



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
(FISPPA)**

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS)

Corso di Laurea Magistrale in psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di laurea magistrale

**LA SESSUALITÀ NELLA TERZA ETÀ: STUDIO SU UN
CAMPIONE ITALIANO**

Sexuality in the elderly: a study on an Italian sample

Relatrice:

Prof.ssa Marta Panzeri

Laureanda: Laura Ungari

Matricola: 2015617

Anno Accademico: 2021/2022

Indice

Introduzione	5
Capitolo 1- Aspetti sociodemografici e aspetti fisiologici della sessualità nella terza età	9
1.1 La sessualità e l'invecchiamento della popolazione	9
1.1.2 La psicologia dell'invecchiamento	13
1.1.3 I diritti sessuali.....	14
1.2 La fisiologia sessuale e il modello di risposta sessuale nella persona anziana.....	16
1.2.1 Modificazione dell'apparato genitale	16
1.2.2 Il ciclo di risposta sessuale	17
1.2.3 Il modello di risposta circolare di Rosemary Basson	23
Capitolo 2 - I cambiamenti biopsicosociali che influenzano la sessualità nella terza età	27
2.1 Il modello biopsicosociale	27
2.2.1 I cambiamenti fisici	29
2.2.2 Lo stato di salute.....	31
2.2.3 I farmaci.....	32
2.3 I fattori psicologici.....	33
2.3.1 Atteggiamenti e pregiudizi sulla sessualità negli anziani.....	33
2.3.2 La percezione di se stessi.....	34
2.3.3 Le conoscenze e le aspettative sulla sessualità nella terza età.....	35
2.3.4 Il livello di istruzione.....	36
2.4 I fattori psico-sociali.....	37
2.4.1 Le nuove sfide evolutive.....	37
2.4.2 Lo stato relazionale e la sessualità nella terza età	38
2.4.3 La sessualità nelle case di cura	41
Capitolo 3 - La ricerca	43
3.1 Ipotesi	44
3.2 Metodo.....	45
3.2.1 Procedura	45
3.2.2 Strumenti	46
3.2.3 Partecipanti	51
3.4 Risultati.....	53
3.4.1 Analisi dei dati demografici	53
3.4.2 Analisi sui fattori, sulle dimensioni e sul <i>c-score</i> del BISF	54

3.4.3 Analisi sulle domande “AD HOC”	62
3.4.4 Analisi delle correlazioni.....	66
Capitolo 4 – Discussione dei risultati	75
4.1 Discussione.....	75
4.2 I limiti della ricerca.....	79
4.3 Le Prospettive future	80
Conclusione	81
Bibliografia.....	83
Sitografia	91

Introduzione

La sessualità è una parte integrante della personalità ed è influenzata dall'attività mentale superiore, quindi dal pensiero, dagli stereotipi, dalle credenze, e dalle caratteristiche sociali, culturali, educative e normative dell'esperienza personale (Panzeri, 2013). L'interesse della comunità scientifica verso la sessualità è piuttosto recente e si basa sul fatto che la sessualità svolge un ruolo chiave nelle relazioni più importanti di ogni persona e nella formazione di una famiglia. Tuttavia, gli studi internazionali in quest'ambito sono ancora pochi e adottano principalmente una prospettiva biomedica che tiene conto solo di alcuni aspetti parziali (DeLamanter 2012). Un modello più appropriato per la comprensione della sessualità è quello biopsicosociale che tiene conto, nell'espressione della sessualità, di più aspetti: biologici, psicologici e sociali (Morley, 2006; DeLamanter e Moorman, 2007). L'espressione sessuale è presente in tutto l'arco di vita della persona manifestandosi in maniera differente nelle varie tappe evolutive (Capodieci, 2012; Panzeri, 2013). Nella società occidentale, in cui, secondo i dati ISTAT, l'età media della popolazione è in aumento, è molto importante prestare attenzione al benessere psico-fisico dell'anziano occupandosi anche delle tematiche relative alla sessualità; infatti, negli ultimi anni stiamo assistendo a un processo di revisione sulle conoscenze legate alla vecchiaia (De Beni e Borella, 2015). Contrariamente allo stereotipo dell'anziano asessuale, molti studi hanno rilevato l'interesse e l'importanza attribuita all'attività sessuale dalle persone anziane, nonostante vi sia un calo della frequenza dei rapporti (Kinsey, 1953; Masters e Johnson, 1966; Gott e Hinchliff, 2003; Smith et al., 2007; DeLamanter, 2012; Lee e O'Connor, 2016). Il mantenimento dell'espressione e dell'interesse sessuale è associato a una serie di fattori personali, sociali e interpersonali (DeLamanter, 2012). Con la vecchiaia si va incontro a molti cambiamenti che influenzano la vita della persona in molti ambiti. Il cambiamento più evidente è quello fisico che può incidere sulla salute e influenzare la sessualità. Alcuni studi infatti hanno riportato che il calo dell'attività sessuale non sia dovuto all'aumentare dell'età, ma ai problemi di salute (Lindau e Gavriloza, 2010; DeLamater e Koepsel, 2015). Lo stato relazionale ha un peso rilevante sulla soddisfazione sessuale, in particolare nell'età avanzata dove molte coppie si trovano a dover affrontare il pensionamento, la malattia o la morte del coniuge. Nelle coppie la soddisfazione sessuale può rimanere costante e influenzare positivamente la soddisfazione globale della relazione, nonostante il calo dell'attività sessuale; inoltre, i rapporti sessuali possono essere sostituiti da altri

comportamenti, come baci, carezze o toccarsi a vicenda (Chao, Li, Ma Hao e Shi, 2009; Galinsky, 2011; Skalacka e Gerymski, 2018).

Lo scopo del presente lavoro è quello di indagare alcuni aspetti sulla sessualità degli over 60 in un campione di uomini e donne di nazionalità italiana attraverso l'utilizzo dei questionari standardizzati e autovalutativi *Brief Sexual Functioning for Woman* (BISF-W, Taylor, Rosen e Leiblum, 1994) nella sua versione italiana validata da Panzeri, Ronconi, Donà e Opale (2009) e il *Brief Sexual Functioning for Men* (Panzeri e Raoli, 2010), aggiungendo delle domande create apposta per approfondire le motivazioni che spingono ad avere un rapporto sessuale, gli impedimenti che ostacolano i rapporti sessuali pur desiderandoli, la soddisfazione di coppia, gli stimoli e le situazioni che aumentano il desiderio e l'eccitazione sessuale.

Nel primo capitolo sarà presentata una panoramica del legame tra la vecchiaia e la sessualità. In primo luogo, verrà presentato l'andamento demografico della popolazione con particolare riferimento all'aumento degli anziani e verrà data una definizione di terza età. In seguito, verranno esplicitati i diritti sessuali poiché la sessualità fa parte dei diritti fondamentali della persona. Successivamente verranno presentate le modificazioni fisiologiche dell'apparato genitale sia nell'uomo che nella donna, dovute all'avanzare dell'età. Si passerà poi a presentare il ciclo di risposta sessuale sottolineando i cambiamenti e le differenze per entrambi i sessi.

Nel secondo capitolo verrà presentato il modello biopsicosociale con cui poter approfondire la sessualità nella terza età. In primo luogo, verranno presentati i fattori biologici, come i cambiamenti fisici, lo stato di salute o i farmaci che possono influenzare la risposta sessuale. Successivamente verranno descritti i fattori psicologici implicati nella percezione degli atteggiamenti della sessualità degli anziani. Infine, saranno riportati alcuni cambiamenti importanti che possono avere dei risvolti sulla sessualità in età avanzata, come "la sindrome del nido vuoto", il pensionamento, la vedovanza e il ricovero in case di cura.

Nel terzo capitolo verrà descritta la ricerca svolta. Verranno illustrati l'obiettivo e le ipotesi di partenza. Successivamente verrà spiegato il metodo applicato attraverso l'esplicitazione della procedura, la descrizione degli strumenti utilizzati e le

caratteristiche del campione. In seguito, verranno descritte le analisi statistiche svolte e riportati i risultati emersi dalle stesse.

Nel capitolo 4 si troveranno la discussione dei dati, le limitazioni e le prospettive future della ricerca.

Infine, nel capitolo conclusivo saranno riassunte le informazioni teoriche più rilevanti, l'obiettivo della presente ricerca e i risultati emersi.

Capitolo 1- Aspetti sociodemografici e aspetti fisiologici della sessualità nella terza età

1.1 La sessualità e l'invecchiamento della popolazione

La sessualità fa parte dell'identità dell'individuo durante tutto il ciclo di vita, rappresenta uno degli aspetti del vivere insieme e una manifestazione ricca e vitale dei rapporti umani e negli anziani ha ritmi diversi rispetto ad altre età. Capodieci (1996) afferma che la sessualità negli anziani è *“meno aggressiva e più sfumata, ma mantiene inalterate le sue potenzialità di comunicazione fra le persone”* (p. 50). In letteratura ci sono diverse evidenze che indicano che alcuni anziani mantengono un'attività sessuale soddisfacente fino a un'età molto avanzata, altri invece non ne sentono il bisogno. Infatti DeLamanter (2012) ha sottolineato come alcune persone possono rimanere sessualmente attive fino ai 70 e 80 anni, mentre Smith, Mulhall, Devveci, Monag e Reid (2007) hanno mostrato che solo una minoranza mantiene attivo il comportamento sessuale. Lo studio di Santos-Iglesias, Byers e Moglia (2016) ha indagato l'attività sessuale nella terza età e la maggior parte dei partecipanti hanno dichiarato di impegnarsi in attività non genitali (baci, abbracci, sfregamenti) almeno una volta al giorno, in attività genitali circa una volta a settimana e nella masturbazione 2 o 3 volte negli ultimi 3 mesi e gli uomini hanno riferito di essersi masturbati più frequentemente rispetto alle donne.

L'invecchiamento non è un percorso omogeneo e uniforme, ma presenta multiformi aspetti nelle donne e negli uomini, infatti come afferma Hillman (1999), con l'aumentare dell'età si amplifica anche la variabilità tra gli individui. Anche il modo di esprimere la propria sessualità cambia a livello individuale e può svilupparsi ed esprimersi in maniera diversa con il passare del tempo (Buizza e Cristini, 2008). Le relazioni romantiche sono una grande fonte di gratificazione e permettono di vivere una relazione intima e di sperimentare un forte contatto fisico, che non deve necessariamente essere di tipo genitale. Il contatto fisico è molto importante perché fornisce un senso di conforto, gratificazione, sicurezza emotiva e aumenta la sensazione di essere amati. Negli anziani il bisogno di contatto fisico e vicinanza aumenta in seguito alle perdite di vario tipo che la persona sta vivendo. Infatti, nonostante il declino, il bisogno di intimità fisica permane (Umidi, Pini, Ferretti, Vergani e Annoni, 2007).

L'interesse della comunità scientifica sulla sessualità nella terza età si è sviluppato a partire dagli anni Cinquanta del secolo scorso. Uno dei primi studi che ha approfondito il calo della frequenza dell'attività sessuale nella terza è stato condotto da Kinsey e dai suoi collaboratori nel 1953. Nel 1966 Master e Johnson (1966) hanno studiato i cambiamenti nella risposta sessuale su un loro campione composto da donne dai 18 ai 78 anni e uomini dai 21 agli 89 anni. Il loro studio evidenziò che, seppur siano presenti delle modificazioni fisiologiche, vi è una risposta sessuale in tutte le età. Nel 1965 Rubin pubblicò *Vita sessuale dopo i 60 anni* spiegando come, grazie ad alcuni psicologi specializzati negli studi riguardanti la sessualità, si siano unite le ricerche mediche e cliniche relative alla sessualità degli anziani e si sia iniziato a combattere lo stereotipo dell'anziano che non prova interesse per la dimensione sessuale. La prima tavola rotonda di carattere nazionale, intitolata: "Difficoltà sessuali dopo i 50 anni", si è svolta a cura dell'Associazione medica canadese nel 1966. In Italia nel 1973 a Milano si sono tenute delle riunioni regionali su iniziativa della SIGG, ma solo nel 1976 si è tenuto il primo vero convegno nazionale con una tavola rotonda del XXIII congresso della SIGG. In questi primi anni di studi la letteratura si è occupata principalmente di valutare il calo sessuale negli anziani. Beckman (2008), tra il 1971 e il 2001, ha condotto uno dei più importanti studi longitudinali per poter studiare la funzione sessuale negli anziani su 1407 soggetti di 70 anni. Dai risultati dello studio è emerso che la quantità e la qualità delle esperienze sessuali sono migliorate durante il lasso di tempo in cui sono stati raccolti i dati sull'attività sessuale. Nei primi anni 2000 gran parte della letteratura si è occupata di comprendere meglio le funzioni sessuali, le difficoltà e gli ostacoli dell'attività sessuale degli anziani. Successivamente si è posta attenzione al legame tra benessere e sessualità, anche se il principale interesse è rimasto orientato verso le funzioni sessuali e la comunicazione con il personale sanitario. Nel secondo decennio del 2000 la ricerca ha ampliato i propri studi sui rapporti non genitali, la masturbazione e l'autostima sessuale, presentando comunque poche ricerche sulla sessualità degli anziani senza un partner.

1.1.1 L'invecchiamento della popolazione

L'Europa sta vivendo un forte cambiamento demografico in seguito all'aumento dell'aspettativa di vita, che rende la popolazione più anziana. Tale cambiamento viene registrato attraverso i dati raccolti dall'ISTAT, che mostrano l'andamento della popolazione nel tempo. In Europa dal 2001 al 2020 le persone di età compresa fra i 65 e

i 79 anni sono aumentate quasi del 5% (Grafico 1), mentre quelle che superano 80 anni sono quasi raddoppiate, passando dal 3,4% al 6% (Grafico 2). A contribuire all'invecchiamento della popolazione si registra anche il calo delle nascite: le percentuali dei giovani sono diminuite quasi del 3% rispetto al 2001 (ISTAT, 2020).

L'Italia non è esente da questo fenomeno ed è considerata il Paese “più vecchio” del mondo, superato solo da qualche anno dal Giappone (Maraolo, 2020). L'età media della popolazione italiana è la più alta dell'Unione Europea, si è passati da circa 40 anni nel 2001, a circa 43 nel 2010, fino a circa 47 nel 2020, indice del rapido cambiamento demografico (ISTAT, 2020).

Grafico 1. Grafico rappresentate l'andamento della popolazione dai 65 ai 79 anni dal 2001 al 2021 in Italia e in Europa (ISTAT, 2020).

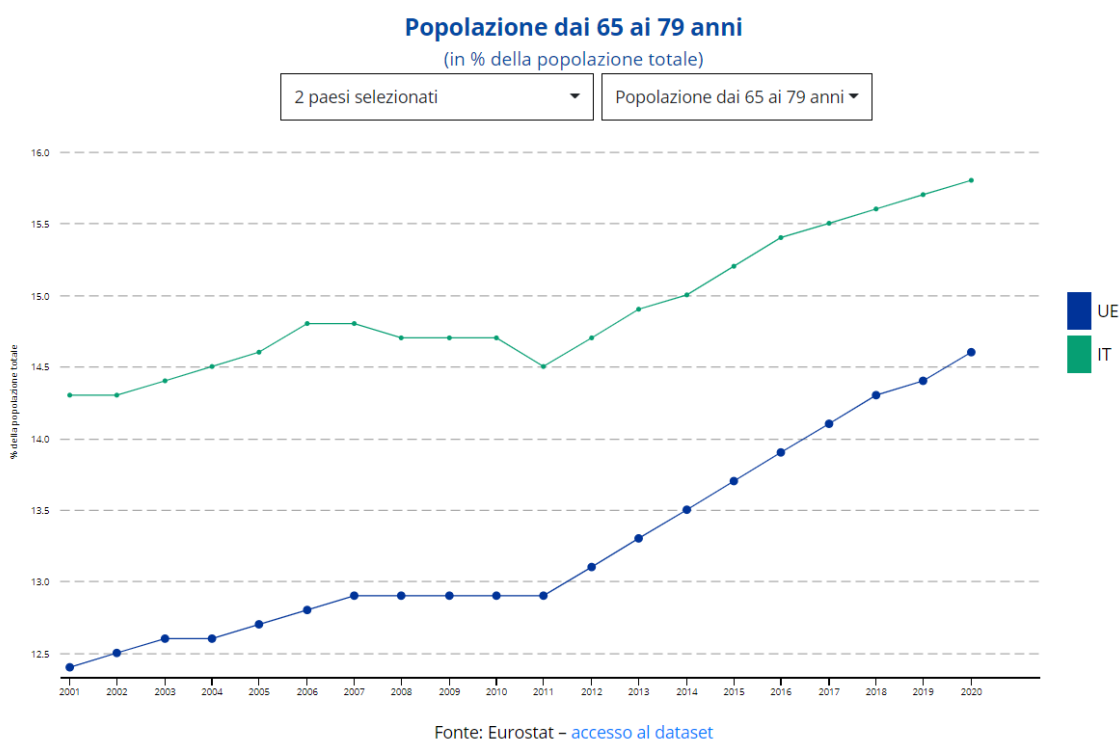
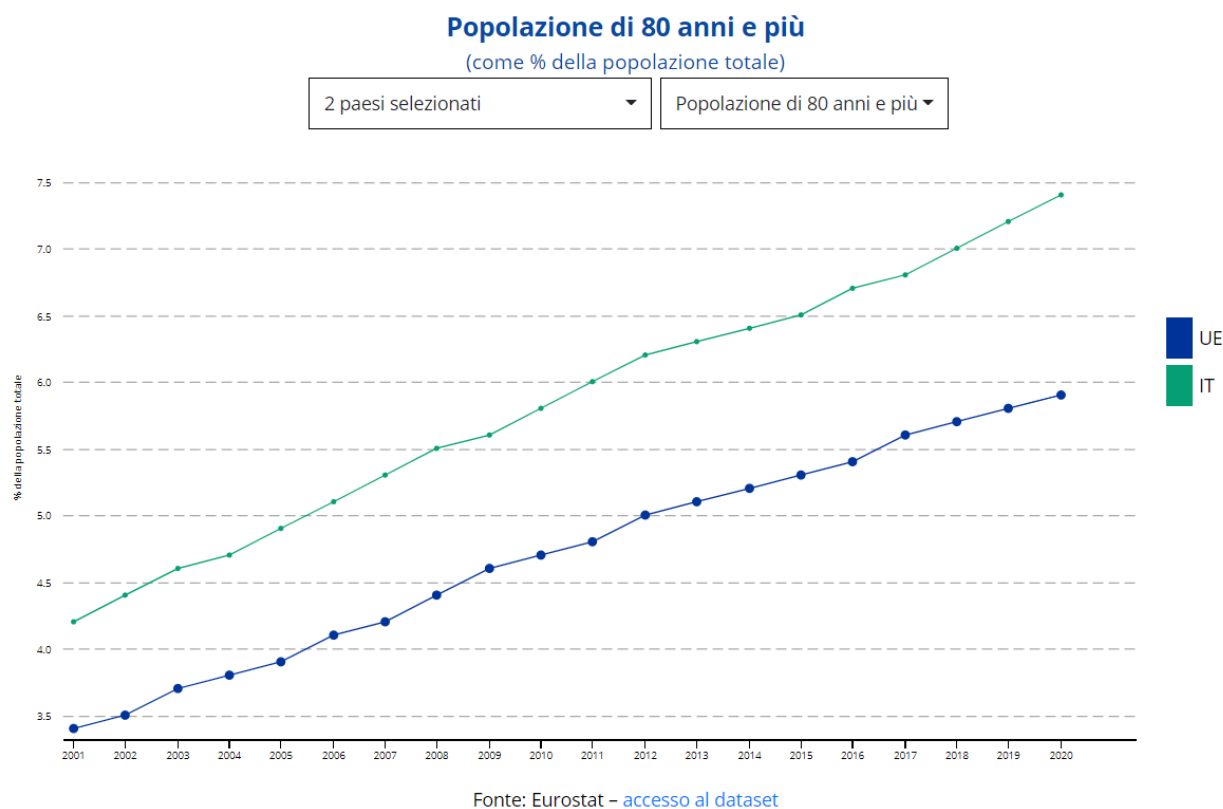


Grafico 2. Grafico rappresentate l'andamento della popolazione dagli 80 anni e oltre dal 2001 al 2021 in Italia e in Europa (ISTAT, 2020).



Dare una definizione universale di “anziano” è complesso in quanto manca uniformità della terminologia poiché l’aspettativa di vita cambia in base al contesto geografico e culturale e influenza la qualità della vita stessa (Malek e Razzak, 2017). La parola “anziano” deriva dal latino medioevale *antianus*, derivante da *antea*, che significa “prima” e si riferisce a una saggezza di un’età anteriore. Da un’indagine è emerso che la categoria degli anziani varia in maniera sostanziale da un Paese all’altro: ad esempio in Turchia la vecchiaia inizia all’età di 53 anni, mentre in Grecia a 78 anni, comportando sostanziali differenze individuali, culturali e di abitudini (Abrams, Vauclair e Swift, 2011).

In Italia, in occasione del 63° Congresso Nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) tenutasi a Roma nel 2018, è stato delineato il concetto di “anzianità” in modo da poterlo adattare alla nuova situazione demografica. La SIGG considera una persona anziana a partire dall’età di 65 anni. Nella definizione è stata

riscontrata una maggiore eterogeneità all'interno degli anziani rendendo necessaria una migliore specificazione per fasce d'età. Esistono due principali sistemi di classificazione. Nel primo si parla di terza età e quarta età: la terza età si caratterizza per una popolazione in buone condizioni di salute, con un positivo inserimento sociale e disponibilità delle risorse; la quarta età si caratterizza per la necessità di dipendenza dagli altri e decadimento fisico. Il secondo criterio per parlare di anzianità definisce la categoria anziani attraverso quattro sottogruppi: "giovani anziani" (persone tra i 64 e i 74 anni), anziani (75 – 84 anni), "grandi vecchi" (85 – 99 anni) e centenari. La SIGG propone di alzare il concetto di anzianità all'età di 75 anni, in quanto grazie alla nuova aspettativa di vita dei paesi sviluppati, anche le condizioni psico-fisiche sono migliorate nel tempo portando a un maggior benessere nell'età avanzata (SIGG, 2018).

1.1.2 La psicologia dell'invecchiamento

Diverse discipline si occupano di studiare la senilità. La geriatria è la branca della medicina specializzata nella diagnosi e nel trattamento dei problemi fisici e psicosociali della persona anziana e si occupa delle patologie legate all'invecchiamento. La gerontologia è la branca della psicologia che studia gli aspetti sociali, psicologici, cognitivi e biologici dell'invecchiamento. La psicologia dell'invecchiamento si interessa allo studio degli aspetti che cambiano o che rimangono stabili nell'anziano.

Esistono tre principali modelli all'interno della psicologia dell'invecchiamento che orientano la ricerca: la psicologia della vecchiaia si concentra sullo studio delle caratteristiche e sulle problematiche di natura biologica, sociale e psicologica della vecchiaia; la psicologia delle differenze di età analizza le discrepanze tra gruppi d'età; la psicologia dell'invecchiamento studia i cambiamenti comportamentali che avvengono con l'avanzare dell'età durante l'arco di vita (De Beni e Borella, 2015).

Negli ultimi decenni a causa dell'aumento dell'aspettativa di vita e dell'invecchiamento della popolazione la comunità scientifica ha deciso di approfondire gli studi sulla popolazione anziana; in quest'ottica è stato messo in discussione il declino cognitivo e fisico analizzando anche i punti di forza ed è stato evidenziato come l'invecchiamento sia un fenomeno complesso e dinamico poiché le persone sono in continua evoluzione. La grande variabilità individuale è evidente dalle condizioni sociostrutturali e dall'insieme delle relazioni in cui gli anziani sono inseriti. Il passaggio graduale da una condizione di completa autonomia e autosufficienza alla necessità di

assistenza e dipendenza è ciò che meglio rappresenta l'eterogeneità di questa fase d'età e sul quale si innesta una pluralizzazione dei percorsi e delle esperienze in base al contesto sociale e relazionale (Tamanza, 2001; Zollo, 2002).

Nel 2013 l'*American Psychological Association* (APA) ha pubblicato le "Linee guida per la pratica psicologica con gli anziani" al fine di aiutare i clinici ad affrontare le diverse problematiche presenti in questa fascia di popolazione. Le linee guida hanno evidenziato la necessità della nuova figura professionale del "geropsicologo", un clinico formato sulle fasi dell'invecchiamento normale e patologico, capace di rispondere ai bisogni delle persone anziane e dei loro familiari.

Invecchiare può avere significati diversi a seconda delle varie prospettive di studio: si può considerarlo da un punto di vista biologico, psicologico, sociale e funzionale. Dal punto di vista biologico viene valutato il processo non volontario che opera in maniera cumulativa nel tempo comportando modificazioni cellulari. All'interno di questo approccio vi sono la teoria dei radicali liberi e dei metaboliti reattivi che causano danni all'organismo, la teoria ormonale e la teoria immunitaria. Quindi l'età biologica viene valutata attraverso lo stato di salute e di funzionamento dell'organismo, attraverso l'analisi dei suoi organi vitali. Dal punto di vista psicologico l'età di una persona viene considerata sulla base alla sua flessibilità e al suo livello di funzionamento cognitivo quando deve affrontare delle situazioni nuove. Nella prospettiva sociale l'età varia a seconda della posizione sociale raggiunta in un momento della vita rispetto all'età media, quindi fa riferimento a come dovrebbero comportarsi le persone e che ruolo dovrebbero assumere in una determinata età cronologica. L'età funzionale considera le competenze della persona di fronte a compiti specifici confrontandola con altri individui della stessa età biologica. Inoltre, questo tipo di età varia all'interno della stessa persona in relazione al tipo di compito richiesto (De Beni e Borella, 2015).

1.1.3 I diritti sessuali

Gli anziani, che rappresentano un'alta percentuale della popolazione, devono essere tutelati, garantiti e rispettati nei loro diritti. Lo Stato è tenuto a favorirne il pieno godimento, con sempre maggior attenzione e rispetto verso i bisogni degli anziani.

La Costituzione italiana nell'articolo 3 riporta che: "*Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali*". È interessante

notare che l'età non venga presa specificamente in considerazione, forse perché nel 1947 non si è reputato necessario indicarla come possibile fonte di disuguaglianza. Infatti, solo recentemente si è riconosciuto che l'età può essere oggetto sia di benefici che di discriminazioni (Mucchi Faina, 2013). Nel 2010 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (ONU) ha istituito un gruppo di lavoro aperto sull'invecchiamento (OEWG-A) per rafforzare la protezione dei diritti umani degli anziani, in cui in più occasioni è stata ridefinita la figura dell'anziano e sono state cercate soluzioni per colmare le lacune legislative al riguardo (Zollo, 2002; Mahler, 2017). Nel 2017 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha promulgato le linee guida sulla cura integrata per le persone anziane che forniscono indicazioni per l'assistenza primaria affinché non sia solo cura delle malattie, ma anche attenzione alle esigenze globali delle persone anziane, fornendo interventi integrati a rispondere a tutti i bisogni (Commissione Europea Bruxelles: Raccomandazione, 2014).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (1948) la salute viene definita attraverso una cornice biopsicosociale come *“un completo stato di benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto in un'assenza di malattia o infermità”*.

La salute si fonda sui diritti umani, tra cui è presente anche il diritto alla sessualità. Nel 2002 a Ginevra è stato delineato che: *“La salute sessuale è uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale legato alla sessualità; non riducibile all'assenza di malattia, disfunzione o infermità. La salute sessuale richiede un approccio positivo e rispettoso alla sessualità e alle relazioni sessuali, così come la possibilità di avere esperienze sessuali piacevoli e sicure, libere da coercizioni, discriminazioni e violenza. Per far sì che la salute sessuale venga raggiunta e mantenuta, i diritti sessuali di ognuno devono essere rispettati, protetti e soddisfatti”* (OMS, 2006). La sessualità è un aspetto complesso ed è una parte integrante dell'identità personale che va oltre le attività sessuali e fa riferimento anche alla storia affettiva, alla relazione di coppia, alle variabili culturali, alla riproduzione e a tutto l'aspetto biologico e fisiologico dell'individuo. La sessualità non è un concetto statico e duraturo nel tempo, ma è in evoluzione e è presente in tutto il ciclo di vita della persona che, come anche per altre tappe evolutive, avrà delle diverse caratteristiche peculiari da un punto di vista psicologico (Panzeri, 2013).

1.2 La fisiologia sessuale e il modello di risposta sessuale nella persona anziana

Per poter comprendere al meglio la sessualità nella terza età è importante conoscere i cambiamenti che avvengono negli organi genitali e nel ciclo di risposta sessuale.

1.2.1 Modificazione dell'apparato genitale

La sessualità è presente in tutto il corso di vita, cambiano le frequenze, i desideri, e i ritmi dei rapporti. Per questa ragione è importante conoscere i cambiamenti fisiologici dell'apparato genitale determinati dal passare degli anni. L'invecchiamento e le modificazioni fisiologiche dei genitali non impediscono all'anziano di avere una soddisfacente vita sessuale. L'apparato genitale, sia negli uomini che nelle donne, si modifica in maniera involutiva e differente a livello individuale (Capodieci, 1996; Buizza e Cristini, 2008; Capodieci, 2012).

Nell'uomo si verifica una progressiva e lenta riduzione della spermatogenesi con ampie variazioni a livello individuale, rendendo sempre meno vigorosi gli spermatozoi. L'elevazione dei testicoli diventa minore, per cui appaiono più abbassati rispetto agli anni precedenti. Sia nello scroto che nei testicoli l'irrorazione sanguigna risulta ridotta e i testicoli regrediscono tanto lentamente che è difficile trovarli atrofici anche in uomini molto anziani (l'eventuale ipotrofia testicolare non comporta la scomparsa o la riduzione dell'attività sessuale). Aumenta la produzione dell'ormone follicolo-stimolante (FSH) e luteinizzante (LH) da parte dell'ipofisi. In seguito alla riduzione dell'elasticità dei legamenti che sorreggono il pene, vi è una maggiore difficoltà di avere rapporti per via dell'inclinazione del pene in erezione, che forma un angolo meno acuto con il corpo. (Gould, 2007; Buizza e Cristini, 2008; Capodieci, 2012; Panzeri, 2013).

Nella donna la maggior parte dei cambiamenti è dovuta alla menopausa che porta ad un declino della produzione degli ormoni femminili (in particolare estrogeni e progesterone). La carenza degli ormoni sessuali causerà la fine del funzionamento delle ovaie. A causa della riduzione degli estrogeni si riscontra un assottigliamento delle pareti vaginali, che aumenta le probabilità di provare irritazione, fastidio e bruciore durante o subito dopo un rapporto e talvolta può capitare che possano lacerarsi e sanguinare. Le grandi labbra diventano meno elastiche perdendo il tessuto adiposo. Il clitoride non

subisce particolari modificazioni fino ad un'età molto avanzata e mantiene la sua funzione di recettore e trasportatore di stimoli sessuali, ma la zona che lo ricopre e il cuscinetto di grasso della zona pubica perdono parte dei loro tessuti adiposi lasciando il clitoride meno protetto e più soggetto a irritazioni. Vi è anche una riduzione delle ghiandole mucose che causa una minor lubrificazione vaginale (Capodiecì, 2012; Panzeri, 2013).

1.2.2 Il ciclo di risposta sessuale

Masters e Johnson sono stati tra i primi studiosi a indagare la sessualità. Nel 1966 hanno individuato quattro fasi presenti sia nell'uomo (Figura 1) che nella donna (Figura 2) e in diverse fasce d'età per spiegare il ciclo di risposta sessuale: eccitazione; plateau; orgasmo e risoluzione. Questa suddivisione del ciclo ha dato vita al modello lineare della risposta sessuale. Il modello è stato modificato nel corso del tempo, in primo luogo dalla Kaplan, tra il 1974 e il 1979, la quale ha proposto un modello trifasico della risposta sessuale: desiderio, eccitazione e orgasmo; e successivamente dal DSM-IV (APA, 1994), che lo divide in desiderio, eccitazione, orgasmo e risoluzione. Nel DSM-5 non è più presente il ciclo di risposta sessuale, ma sono contenuti solo i disturbi sessuali.

Durante l'invecchiamento avvengono alcune modificazioni, anche se esiste una certa variabilità individuale (Masters e Johnson, 1966).

Figura 1. Ciclo di risposta sessuale nell'uomo (Panzeri, 2013, pag.72).

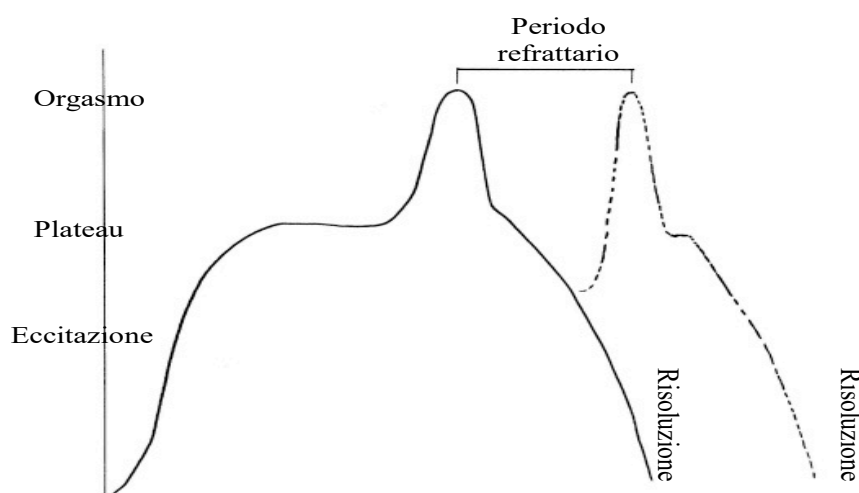
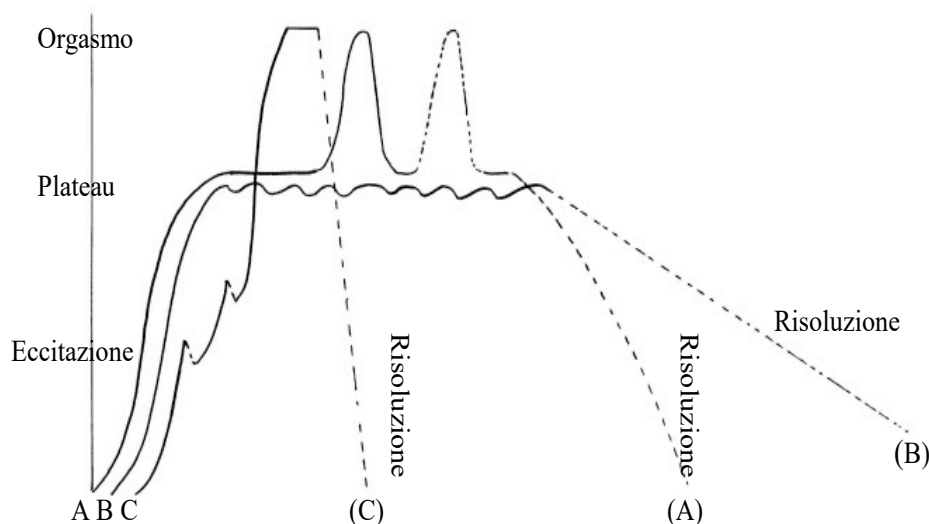


Figura 2. Ciclo di risposta sessuale nella donna (Panzeri, 2013, pag.73).

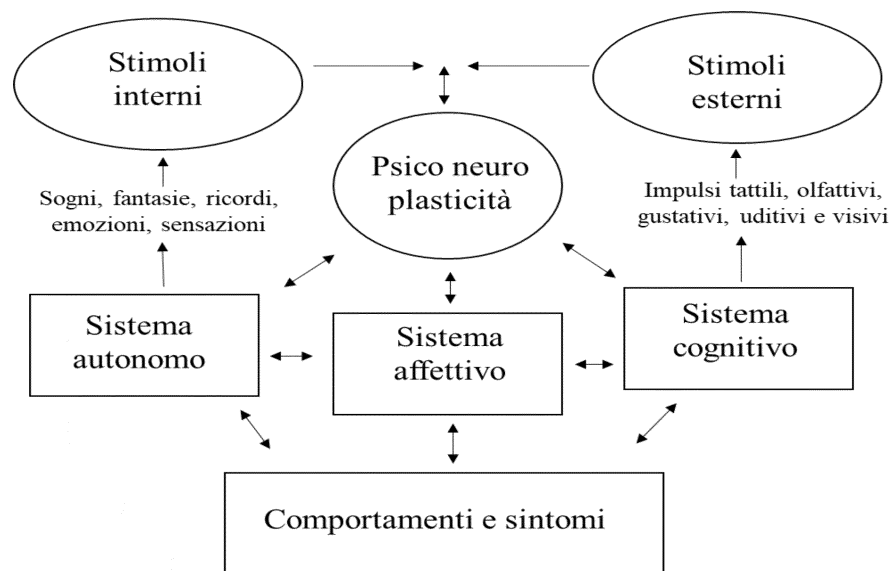


Il desiderio

Il desiderio sessuale è la prima fase del ciclo di risposta sessuale e per questo gioca un ruolo essenziale in ogni individuo. Alcuni studi hanno riportato che la maggior parte degli anziani prova ancora desiderio sessuale. Si pensa che il desiderio diminuisca con l'avanzare dell'età, sia per motivi fisiologici sia per aspetti relazionali. Il desiderio è stato introdotto per la prima volta nel ciclo di risposta sessuale dalla Kaplan nel 1979. Il desiderio viene descritto nel DSM-IV e nel DSM-IV-TR (APA 2000) come la comparsa di fantasie sull'attività sessuale e di desiderio di praticare attività sessuale, senza avere delle modificazioni a livello fisico (motivo per cui Masters e Johnson, nel 1966, lo avevano escluso dal loro modello). Levine (2003) definisce il desiderio sessuale attraverso una metafora matematica, ovvero: *“Although many speak of desire as though it were one phenomenon, it is not. It is the sum of the forces that lean us toward and push us away from sexual behavior”* (pag. 280). Infatti, l'autore sostiene che lo spettro del desiderio vari di intensità durante il ciclo di vita tra: avversione, riluttanza, indifferenza, interesse, bisogno e passione. Durante i suoi studi (1987, 1988, e 2003) ha dedicato molta attenzione a comprendere il desiderio sessuale definendolo come uno stato psicologico che si può suddividere in 3 componenti: pulsionali (aspetti biologici del sistema

endocrino); motivazionali (aspetti cognitivi, sociali e relazionali); emotive (aspetti culturali). Inoltre, ha sottolineato che tra i fattori che influenzano il desiderio è coinvolta anche l'età: con l'aumentare dell'età diminuisce il desiderio (in particolare nelle donne). Il desiderio viene attivato da specifici stimoli o situazioni che possono essere: interni, ovvero l'immaginario erotico (fantasie e sogni), emozioni e bisogni biologici; ed esterni, quindi tutti quegli stimoli o situazioni che sono mediati dai sensi (visivi, gustativi, uditivi e olfattivi). L'interpretazione degli stimoli o situazioni è regolata dal sistema cognitivo e dal sistema affettivo che influenzano il sistema nervoso autonomo che regola il comportamento e la sintomatologia del desiderio (Figura 3).

Figura 3. Fisiologia del desiderio e dell'eccitazione (Capodiecì e Sanzovo, 2017;



In letteratura diversi studi si sono interessati al desiderio sessuale negli anziani. Masters e Johnson (1966) e Rubin (1966) hanno osservato che con l'avanzare dell'età la sfera sessuale nell'uomo diventava più simile a quella delle donne in seguito al calo del testosterone rendendo gli uomini meno impulsivi e più selettivi nella scelta della propria partner sessuale o romantica. La letteratura ha sottolineato che le donne anziane mostrano un minor desiderio rispetto agli uomini (Lindau e Schumm, 2007; Papaharitou, Nakopoulon, Kirana, Giaglis, Moraitou e Hatzichristou, 2007; DeLamanter, 2012; Karraker e DeLamanter, 2013). Nello studio di De Lamanter e Still (2005) sono stati valutati i fattori che influenzano la sessualità e il desiderio negli anziani. Dalla ricerca è

emerso che, sia nelle donne che negli uomini, il desiderio è influenzato dall'età, dall'importanza attribuita alla sessualità, dalla disponibilità del partner (per le donne) e dal livello di istruzione (per gli uomini).

Nello studio di Janssen, McBride, Yarber, Hill e Butler (2008) sono stati condotti dei focus group con uomini di diverse età per poter migliorare la comprensione sul ciclo di risposta sessuale negli uomini. Per quanto riguarda il desiderio si è riscontrato che rispetto agli uomini più giovani che associavano l'erezione all'interesse sessuale, gli uomini più anziani hanno riferito di concentrare maggiormente l'attenzione sugli indicatori psicologici ed emotivi. Ad esempio, hanno riportato che le caratteristiche fisiche della partner sono meno rilevanti di quanto non lo fossero prima e ha assunto una maggiore rilevanza la connessione emotiva. Il modello della Basson potrebbe risultare utile per spiegare il desiderio sessuale negli uomini e nelle donne nella terza età. Infatti, sembrerebbe che le motivazioni che spingono uomini e donne ad avere rapporti sessuali diventino più simili con l'aumentare dell'età (Janssen, et al., 2008; Pappalardo e Panzeri, 2014).

Negli uomini vi è una diminuzione della produzione di testosterone e aumenta il desiderio di intimità emotiva rispetto al bisogno di una relazione puramente sessuale, diventando più simile a quello femminile. Nelle donne non subisce cambiamenti significativi, ma risente maggiormente degli eventi negativi, che aumentano con l'età. In entrambi i generi aumenta l'immaginario erotico (Masters e Johnson, 1966; Panzeri, 2013).

L'eccitazione

L'eccitazione era presente sia nel modello di Masters e Johnson (1966) sia nel modello della Kaplan (1974). Il DSM-IV (APA, 1994) definisce l'eccitazione come la sensazione soggettiva di piacere sessuale. In questa fase avvengono anche delle modificazioni a livello fisiologico: negli uomini si verifica la tumescenza del pene e l'erezione; nelle donne avviene la vasocongestione pelvica, la tumescenza dei genitali esterni e la lubrificazione e dilatazione della vagina. L'eccitazione femminile è per lo più mentale (Graham, Sanders, Milhausen e McBride, 2004). Masters e Johnson (1966) hanno fornito un contributo particolarmente significativo sulla comprensione della risposta fisiologica dell'eccitazione negli uomini e nelle donne e hanno dedicato meno attenzione ai processi responsabili dell'attivazione di tali risposte. Un importante studio che si è basato sul modello del duplice controllo è quello di Graham e collaboratori (2004)

che ha permesso di raccogliere informazioni sui possibili fattori e situazioni che promuovono o interferiscono con l'interesse sessuale e l'eccitazione nelle donne. Nello studio sono stati proposti dei gruppi di discussione nei quali le donne parlavano dell'eccitazione. Le donne hanno descritto un'ampia gamma di segnali fisici (genitali e non genitali), cognitivi ed emotivi e comportamentali relativi all'eccitazione. La relazione tra il desiderio e l'eccitazione sessuale è risultata complessa; infatti, l'interesse sessuale è stato percepito a volte precedente all'eccitazione, ma in altre occasioni successivo ad essa. Inoltre, molte donne non distinguevano chiaramente la differenza tra eccitazione e desiderio sessuale. Tuttavia, la maggior parte concordava nel descrivere la propria eccitazione come fortemente influenzata da alcuni fattori o situazioni: lo stato fisico ed emotivo; le caratteristiche del partner; la difficoltà nel rapporto; l'interazione sessuale e gli aspetti culturali.

Lo studio di Janssen e collaboratori (2008) ha utilizzato procedure simili allo studio precedentemente citato per migliorare la comprensione dell'eccitazione maschile e delle sue componenti su un campione di 50 uomini dai 18 ai 70 anni. I risultati dello studio hanno messo in risalto che durante l'eccitazione gli uomini sperimentano un'ampia gamma di indicatori fisici (oltre all'erezione), psicologici e comportamentali, dimostrando che non sia scontato eccitarsi immediatamente di fronte a uno stimolo sessuale. In particolare, da questo studio sono emerse delle differenze dovute all'età. Infatti, gli uomini più anziani hanno riferito di aver sperimentato cambiamenti nella qualità delle loro erezioni e che tali cambiamenti hanno avuto un effetto diretto sui loro incontri sessuali, inclusa per alcuni una maggiore attenzione al partner e al suo godimento sessuale. Inoltre, hanno affermato di essere diventati più selettivi nella scelta delle loro partner sessuali. I fattori che in tutti i gruppi di età aumentano l'eccitazione sono stati: sentirsi desiderati dal partner sessuale, l'importanza degli attributi del partner, lo stato d'animo di sé e del partner e il sentirsi emotivamente connessi al proprio partner sessuale (particolarmente rilevanti per gli uomini anziani).

A livello fisiologico negli uomini con più di 60 anni l'erezione impiega qualche minuto in più rispetto a quella in età giovanile e può essere meno completa ed efficiente, ma nel momento in cui viene raggiunta sarà mantenuta. Tuttavia, sono presenti differenze a livello individuale nella frequenza e nella durata dell'erezione. Negli uomini in età geriatrica sono necessarie stimolazioni più lunghe e intense, e se non è mantenuta con

continua stimolazione può interrompersi e arrivare alla detumescenza (Masters e Johnson,1966; Capodieci, 2012; Panzeri, 2013).

Nella donna i cambiamenti fisici nei genitali fanno sì che abbia bisogno di più tempo per raggiungere una dilatazione adeguata, inoltre diminuisce l'efficienza della lubrificazione vaginale. Vi è una minore sensibilità dei genitali esterni, una riduzione del sollevamento dell'utero e della dimensione della clitoride, la quale mantiene invariata la percettibilità agli stimoli. L'arrossamento sessuale causato dalla vasocongestione superficiale su risposta cutanea non si verifica frequentemente e vi è una minore tensione muscolare in risposta agli stimoli sessuali. In seguito a coiti prolungati può verificarsi bruciore, anche durante la minzione, in quanto vi è una atrofia generale della vagina. A livello extragenitale diminuisce l'inturgidimento delle mammelle, in seguito alla carenza di estrogeno e progesterone, mentre non cambia la reazione di erezione dei capezzoli (Masters e Johnson,1966; Capodieci, 2012; Panzeri, 2013).

L'orgasmo

L'orgasmo può essere definito come il picco di piacere sessuale (acme) con allentamento della tensione sessuale. Negli uomini viene percepita una sensazione di inevitabilità dell'eiaculazione, seguita dall'espulsione dello sperma. A livello fisiologico negli uomini vi sono delle contrazioni ritmiche dei muscoli perineali, degli organi riproduttivi e dello sfintere. È stato già riportato che l'orgasmo nelle donne non è necessario e che può manifestarsi in diverse modalità non solo tra donne diverse ma anche nella singola donna stessa. Nella donna l'orgasmo si verifica in concomitanza con le contrazioni involontarie della piattaforma orgasmica (costituita dal terzo esterno della vagina, dai muscoli circumvaginali e dalle grandi e piccole labbra) di intensità decrescente. Durante l'orgasmo si verificano anche contrazioni volontarie o involontarie della muscolatura anale e dell'utero e non vengono percepite (Masters e Johnson,1966; Panzeri, 2013; Capodieci e Sanzovo, 2017).

Negli uomini anziani l'eiaculazione può essere ritardata o qualche volte assente e con un numero inferiore di contrazioni (dalle 8-12 scendono a 5-6). Le fasi di emissione ed espulsione tendono a sovrapporsi facendo scomparire la sensazione di inevitabilità dell'eiaculazione. Inoltre aumenta il tempo che intercorre tra l'eccitazione e l'eiaculazione. L'espulsione del liquido seminale diviene meno forte (mentre quello pre-eiaculatorio diventa minimo o assente) e il volume dello sperma si riduce a 2-3 ml. La

diminuzione della forza eiaculatoria e del volume dello sperma non modifica la sensazione di piacere (Masters e Johnson,1966; Capodieci, 2012; Panzeri, 2013).

Per quanto riguarda l'orgasmo nelle donne anziane vi sono molte differenze a livello individuale. Nelle donne in buona salute e che erano già in grado di raggiungere l'orgasmo da giovani, si possono provare ancora orgasmi fino a un'età molto avanzata. Alcune donne anziane che da giovani non hanno mai provato orgasmi possono sperimentare l'orgasmo per la prima volta, questo può essere dovuto a una maggior confidenza con il proprio corpo. In generale l'orgasmo risulta avere una durata minore perché si riducono le contrazioni tipiche, soprattutto se non si hanno rapporti regolari dopo la menopausa, poiché la vagina si atrofizza sempre più. Per alcune donne le contrazioni orgasmiche possono risultare dolorose (Masters e Johnson,1966; Capodieci, 2012; Panzeri, 2013).

La risoluzione

La risoluzione è l'ultima fase del ciclo di risposta sessuale di Masters e Johnson (1966) e può essere definita come la graduale diminuzione della tensione sessuale generale, che prevede un rilassamento muscolare e uno stato di benessere generale.

Con l'invecchiamento la detumescenza del pene diviene più rapida perdendo rigidità velocemente, talvolta, negli uomini più anziani, può avvenire così rapidamente che il pene scivola fuori dalla vagina subito dopo l'orgasmo. Si verifica un allungamento del periodo refrattario (l'intervallo di tempo da un'erezione all'altra e in cui non è possibile ottenere una nuova erezione), fino a raggiungere dalle 15-24 ore fino ad alcuni giorni negli uomini più anziani. Tuttavia tale periodo può diminuire grazie alla conoscenza del proprio corpo e all'aumento dell'immaginario erotico (Masters e Johnson, 1966; Sanzovo e Boccadoro, 2012; Panzeri, 2013).

Nelle donne anziane dopo l'orgasmo si assiste a una rapida decongestione e può diminuire la possibilità di provare orgasmi e di eccitarsi di nuovo (Masters e Johnson, 1966; Panzeri, 2013).

1.2.3 Il modello di risposta circolare di Rosemary Basson

Secondo la Basson il modello lineare non era sufficiente a spiegare il ciclo di risposta femminile, che considerava più complesso. Per spiegare le motivazioni che spingono la donna ad avere rapporti Rosemary Basson (2000) pubblica sul *Journal of Sex*

& *Marital Therapy* un modello di risposta sessuale femminile, illustrato nella Figura 4, che si differenzia da quello classico proposto da Masters e Johnson (1966) perché ritiene che le motivazioni che portano la donna a decidere di avere un rapporto sessuale non possano essere ridotte alla sola presenza o assenza del desiderio, ma sono più complesse. Secondo l'autrice, il modello lineare (desiderio, eccitazione, orgasmo e risoluzione) andava bene per le donne che avessero rapporti occasionali o all'inizio di un rapporto, ma non per chi avesse una relazione stabile da almeno 6 mesi.

La Basson parte da alcuni presupposti, il primo dei quali è che la sessualità femminile sia influenzata dal testosterone, anche se in misura minore rispetto a quella maschile. Per tale ragione ritiene che le donne abbiano un minore bisogno biologico di sentirsi sessuale attiva, poiché sono meno influenzate dal testosterone rispetto agli uomini. Gli ormoni femminili e maschili svolgono un ruolo importante nella sessualità e sono presenti entrambi sia negli uomini che nelle donne ma in proporzioni differenti. Gli ormoni sessuali maschili, come il testosterone o il deidroepiandrosterone, aumentano il desiderio e l'eccitazione sessuale. Gli ormoni sessuali femminili (come gli estrogeni e il progesterone) non aumentano la sessualità della donna in maniera diretta, ma la modulano, in particolare la prolattina svolge una funzione inibitoria (Capodieci e Sanzovo, 2017). Nel secondo presupposto sottolinea che la volontà delle donne di intraprendere dei rapporti sessuali dipende dal numero di "ricompense" o "guadagni" non strettamente sessuali. Le ricompense non sessuali sono importanti anche per gli uomini ma raramente costituirebbero il fattore motivazionale maggiore. Quindi, il desiderio dipenderebbe anche dal contesto. Il terzo presupposto è che l'eccitazione sessuale femminile è per lo più mentale e può essere o meno accompagnata dalla consapevolezza dei cambiamenti vasocongestivi e di altre manifestazioni fisiche di eccitazione extragenitali. La consapevolezza della risposta genitale potrebbe essere uno stimolo erotico per la donna. Infine, non sempre durante l'atto sessuale le donne raggiungono l'orgasmo e nel momento in cui questo viene provato può avvenire in svariati modi, anche nella stessa donna. Dall'esperienza clinica è emerso che le donne hanno diverse modalità di vivere le esperienze dell'eccitazione e dell'orgasmo, che si differenziano non solo da donna a donna, ma anche nelle varie esperienze vissute della stessa donna.

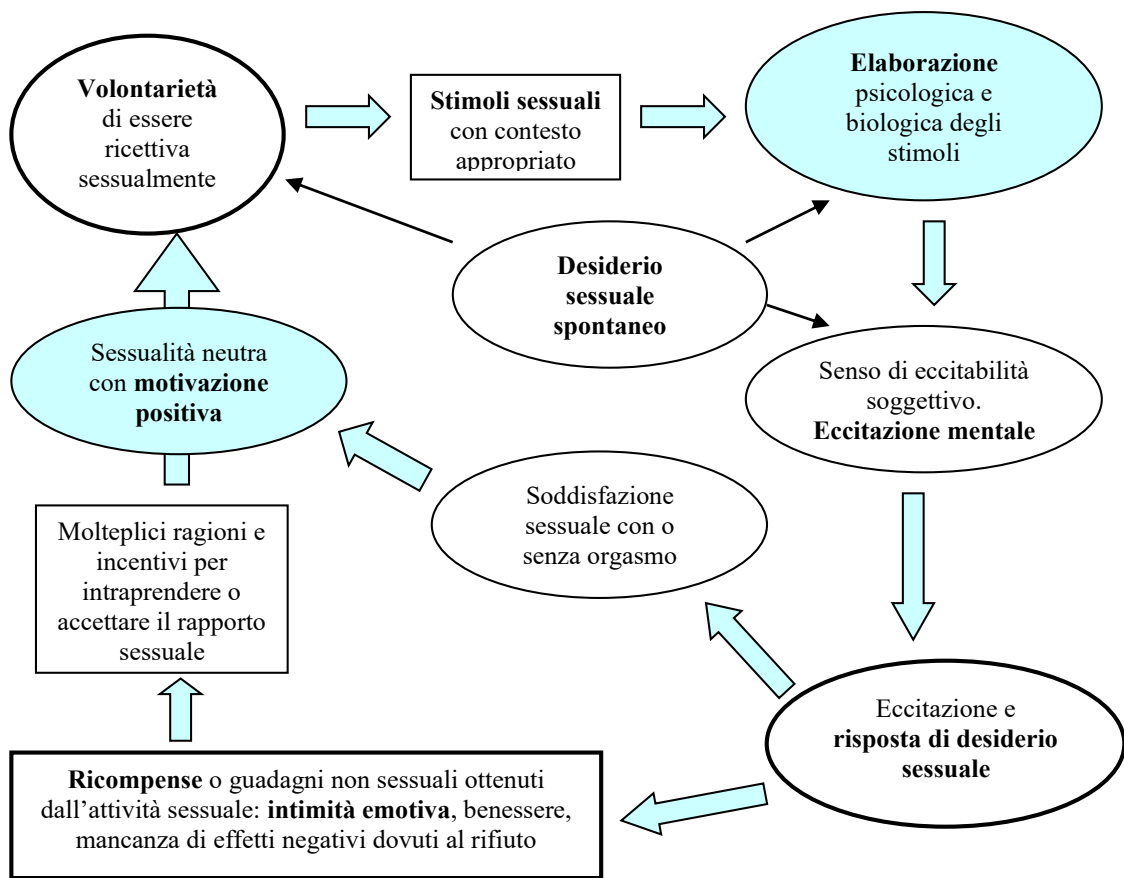
Il modello classico (Masters e Johnson, 1966; Kaplan, 1976) mostra come il ciclo sessuale sia un susseguirsi temporale di 4 fasi, mentre la Basson (2000) sostiene che la risposta sessuale è diversa da una lineare successione di fasi e che le stesse donne la descrivono

come una sovrapposizione di stadi in sequenza variabile in cui sono riscontrabili risposte provenienti sia dal corpo che dalla mente, per questo motivo viene definito come “modello circolare”.

All’inizio la donna si trova in una situazione di neutralità sessuale, ma sentendo l'opportunità di attivarsi sessualmente o vedendo i bisogni del partner, diventa consapevole dei benefici e delle ricompense che potrebbe ricevere dal rapporto sessuale e si discosta dalla neutralità sessuale intraprendendo un rapporto. Solo allora la donna può provare un'eccitazione di tipo sessuale (vuole provare piacere o avere un orgasmo o benessere psicofisico) che la porta a continuare il rapporto. In questo modo il desiderio sessuale viene considerato come un evento di risposta non spontaneo, che si verifica solo dopo aver intrapreso il rapporto sessuale, e la scelta di iniziare la stimolazione viene data da altri tipi di desiderio. La motivazione della donna a intraprendere un atto sessuale non può essere ridotta alla sola presenza o assenza del desiderio, in quanto potrebbe non provare desiderio sessuale e partire da una situazione di neutralità. Secondo l'autrice gli effetti secondari del rapporto sessuale (ovvero aumentare la vicinanza emotiva e il legame affettivo, l'impegno verso l'altro, l'amore, l'affetto, l'accettazione e la tolleranza) possono diventare tutti motivi primari per scegliere deliberatamente di avere un rapporto sessuale, in quanto rappresentano dei “guadagni”, se accompagnati dal bisogno fisico di intraprendere un'attività sessuale (quindi quando si distacca dalla neutralità e sopraggiunge il desiderio di continuare il rapporto, sia per ragioni sessuali, sia per raggiungere l'intimità).

Per concludere, nel suo modello riporta che l'eccitazione femminile è principalmente mentale e più complessa rispetto a quella degli uomini. La scelta di sperimentare una stimolazione sessuale è una scelta deliberata che dipende non solo dallo stimolo presentato, ma anche da effetti secondari come: il legame che si instaura con il partner; la vicinanza emotiva; l'impegno reciproco; l'accettazione e l'intimità (Basson, 2000; 2002; 2014).

Figura 4. Il modello di risposta circolare femminile (Basson, 2005, pag. 1328¹).



¹ Per semplicità le scritte nella figura sono state tradotte in italiano

Capitolo 2 - I cambiamenti biopsicosociali che influenzano la sessualità nella terza età

2.1 Il modello biopsicosociale

La letteratura sulla sessualità nella terza età si può suddividere secondo due modelli: il modello biomedico e il modello biopsicosociale.

In epoca romana si considerava la vecchiaia come una malattia: “*senectutes ipsa morbus est*” (Terenzio, 160 a. C.). Il concetto dell’invecchiamento è spesso erroneamente associato alla malattia, ma non è necessariamente invalidante. Il modello biomedico attribuisce il declino dell’attività sessuale in età avanzata all’uso di farmaci, malattie e livelli ormonali. In letteratura si riscontrano maggiori studi riguardanti i problemi del funzionamento sessuale in età avanzata. Molti studi valutano maggiormente gli aspetti genitali e pongono come riferimento il modello giovanile coitale, facendone risultare una sessualità indebolita e difettosa nell’anziano. Vi sono pochi dati riguardanti i potenziali benefici dell’attività sessuale sulla qualità della vita. Questo tipo di letteratura incoraggia lo stereotipo dell’anziano incapace, inadeguato o disinteressato alla vita erotica (DeLamater, 2012).

Il modello biomedico rappresenta un aspetto parziale della sessualità perché non tiene in considerazione molteplici fattori che possono influenzare la funzione sessuale. La sessualità è un concetto complesso e articolato e può essere compresa tramite il modello biopsicosociale. Tale modello valuta l’influenza che possono avere fattori biologici (§ 2.2), psicologici (§ 2.4) e psicosociali (§ 2.4) sulla sessualità. Nella Figura 5 è raffigurato uno schema (Buizza e Cristini, 2008) che riporta l’interazione tra i tre fattori e presenta alcune caratteristiche rilevanti per la terza età (approfondite nei paragrafi seguenti). Secondo Morley (2006) i fattori che influenzano l’attività sessuale nella donna (Figura 6) e nell’uomo (Figura 7) anziani sono fisici, (i cambiamenti legati al corpo), psico-organici (le possibili malattie fisiche e mentali) e psicosociali (i cambiamenti nella struttura sociale e nelle relazioni e le motivazioni psicologiche sulla sessualità).

Figura 5. Fattori coinvolti della sessualità in età avanzata (Buizza e Cristini, 2008, pag.624).

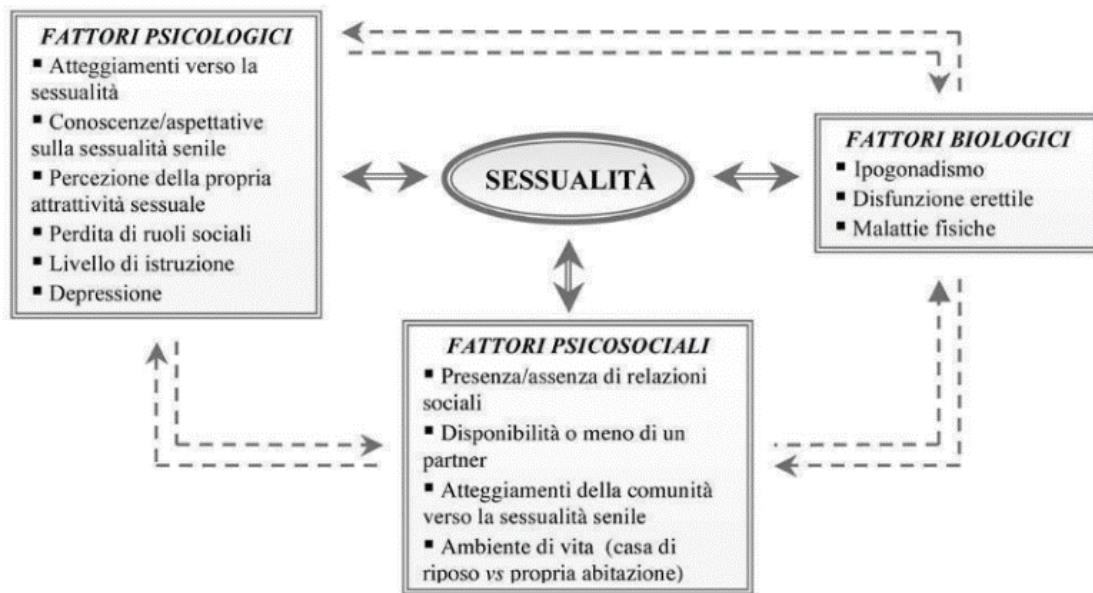


Figura 6. Fattori coinvolti della sessualità della donna in età avanzata (Morley, 2006, §Buizza e Cristini, 2008, pag.627).

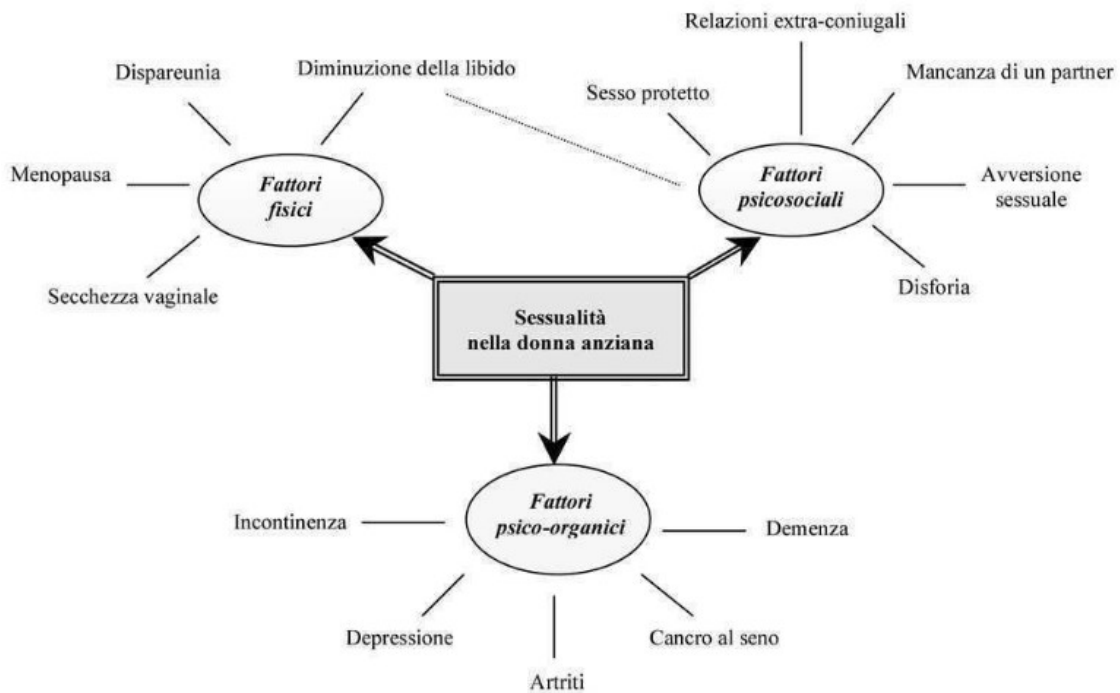
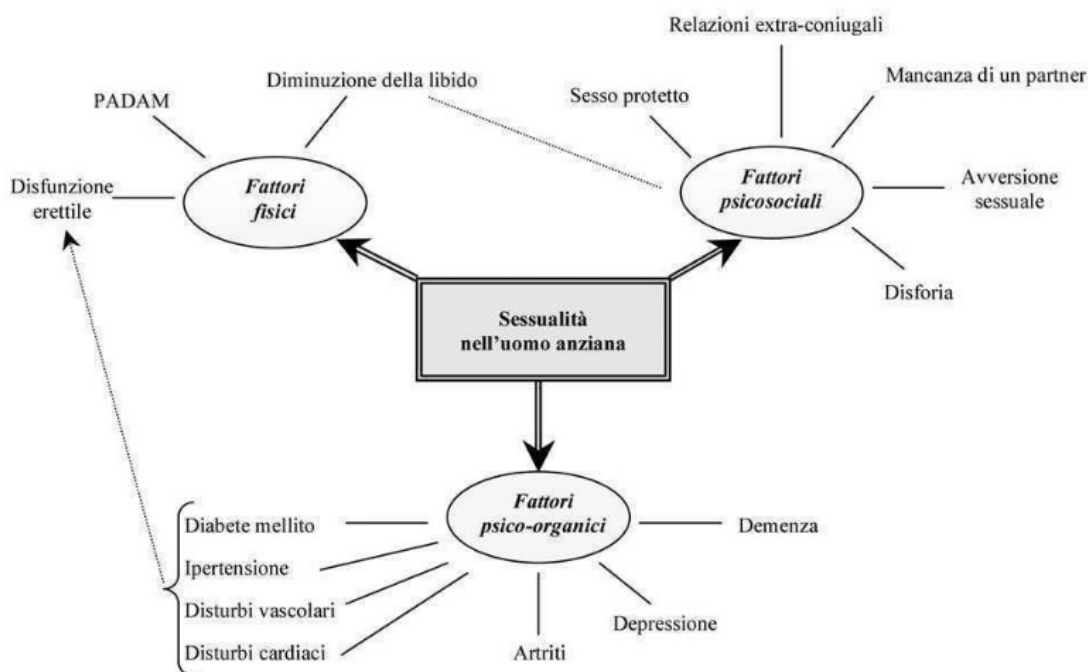


Figura 7. Fattori coinvolti della sessualità dell'uomo in età avanzata (Morley, 2006, §Buizza e Cristini, 2008, pag.628).



2.2 I fattori biologici

I fattori biologici corrispondono a tutti i cambiamenti fisici legati all'invecchiamento, alla salute fisica e mentale e all'uso farmaci.

2.2.1 I cambiamenti fisici

L'invecchiamento è un processo di significativi mutamenti fisici, sia negli uomini che nelle donne. I cambiamenti possono rallentare il livello di efficienza del sistema cardiovascolare, respiratorio, muscoloscheletrico e digestivo e comportare modificazioni a livello sensoriale, in particolar modo per la vista e l'udito (De Beni e Borella, 2015). I cambiamenti fisici possono influenzare in maniera diretta o indiretta sia il funzionamento sessuale che il comportamento sociale, in quanto hanno degli effetti sull'aspetto fisico perché modificano il tono e la compattezza della pelle, la colorazione dei capelli, la vitalità del viso, e nelle donne anche la forma del seno. Invecchiare vuol dire allontanarsi dallo standard giovanile proposto dai media e può avere effetti negativi sull'immagine di

sé, causando sentimenti di insicurezza, stress e la percezione di essere meno attraenti (Koch, Mansfield, Thurau e Carey, 2005).

Nelle donne la menopausa è il cambiamento fisico più evidente. La menopausa, dal greco “*pâusis*” e “*menós*” che significano “cessazione” e “flusso mensile”, è la cessazione definitiva delle mestruazioni, quindi della funzione ciclica dell’ovaio. Essa può essere raggiunta in maniera naturale, quindi associata a una diminuzione degli estrogeni, o iatrogena, ovvero in seguito a un intervento chirurgico per asportazione delle ovaie, chemioterapia o radioterapia, che comporta una riduzione ormonale diffusa, riguardante non solo gli estrogeni, ma anche gli androgeni. Il climaterio, dal greco “*klimater*”, ovvero scalino, punto critico della vita, è il periodo che accompagna il declino dell’attività ovarica che precede (di circa 6 anni) e segue la menopausa (di circa 6 anni), in tutte le sue modificazioni ormonali, metaboliche e in tutti i disturbi fisici o psichici che si manifestano. Durante il climaterio possono comparire anche dei disturbi, come la sindrome climaterica, che sono causati dal calo degli ormoni femminili e si dividono in: sintomi vasomotori, come le vampate di calore, la sudorazione e le palpitazioni; sintomi neurovegetativi, come l’ansia, l’irritabilità, l’insonnia, l’astenia e la depressione; sintomi del tratto urogenitale, causati dall’atrofia generale, bruciore, prurito, secchezza vaginale, vaginiti, dolore durante i rapporti e incontinenza urinaria. In Italia l’età media di comparsa della menopausa è di 45 anni e può variare in base a diversi fattori, tra cui l’etnia, il peso corporeo, le abitudini di vita e i fattori ereditari. La donna perde la sua capacità procreativa e insorge un repentino invecchiamento che può causare insicurezza e bassa autostima, non facendola più sentire attraente, portandola a un calo di desiderio. In particolare dopo la menopausa un’alta percentuale di donne inizia a manifestare segni di cessazione della produzione ormonale che possono influenzare la funzione sessuale: infatti molte donne lamentano un senso di secchezza vaginale e di mancata lubrificazione vaginale. (Morley, 2006; Buizza e Cristini, 2008; DeLamanter, 2012; Panzeri, 2013).

Alcuni studi hanno cercato di analizzare l’impatto della menopausa sul funzionamento sessuale trovando risultati talvolta contrastanti. Lo studio di Koch, Mansfield, Thurau e Carey del 2005 riporta che le donne non hanno segnalato nessun cambiamento durante questo periodo, altri, invece, hanno riscontrato un declino delle funzioni sessuali (Gözüyeşil et al., 2021; Cea García et al., 2022). Hinchliff e Gott nel 2008 hanno approfondito l’importanza per l’attività sessuale nelle donne con un’età uguale o superiore a 50 anni. Per effettuare lo studio sono state utilizzate delle interviste.

Dai risultati è emerso che l'attività sessuale era importante per le donne e che non si era verificato un calo del desiderio in seguito alla menopausa. Pertanto si può dire che la menopausa rimane una delle fasi della vita con più credenze e stereotipi relative a presunti problemi psichici, perdita di desiderio sessuale, depressione e presenza di problemi psichiatrici, in realtà solo un terzo delle donne presenta sintomi lievi e facilmente alleviabili, come vampate di calore, cefalee, faticabilità, instabilità emotiva e irritabilità. Spesso sono gli stress esterni a scatenare o accentuare eventuali sintomi della menopausa (Capodiceci, 2012).

Nell'uomo il graduale declino della produzione di testosterone si inizia a riscontrare dopo i 18 anni, anche se non diviene significativo fino ai 50 anni. Questo processo viene definito come "andropausa", dal greco "andro" e "pâusis", ovvero "uomo" e "cessazione", anche se non è un termine accurato in quanto la secrezione di androgeni non cessa ma si riduce. Per questo motivo la Società Internazionale per gli studi sull'invecchiamento maschile (ISSAM) e la Società Internazionale di Andrologia (ISA) hanno proposto le definizioni di "*Androgen decline in the aging male*" (ADAM), "*Partial Androgen Deficiency of Ageing Male*" (PADAM) e "*Late onset hypogonadism*" (LOH) per riferirsi al graduale declino delle gonadi correlato all'età (Matsumoto, 2002; Morales e Lunenfeld, 2002). Nell'uomo, a differenza della donna, la funzione delle gonadi non si estingue completamente, ma diminuisce. La diminuzione del testosterone diviene significativa solo a partire dai 50 anni, anche se il testosterone rimane sempre nei limiti fisiologici e scompare solo il ritmo circadiano. L'andropausa può influenzare il funzionamento sessuale comportando difficoltà di erezione, una riduzione della probabilità dell'orgasmo e periodi refrattari più lunghi (Buizza e Cristini, 2008; DeLamanter, 2012).

2.2.2 Lo stato di salute

I cambiamenti in seguito all'invecchiamento spesso vengono vissuti negativamente in quanto la cultura occidentale è dominata dall'idea che la sessualità sia riservata a chi possiede uno stato di salute buono e questo spesso esclude gli anziani. La funzione sessuale può dipendere sia dalla salute psicologica e sia dalla salute fisica della persona (Addis, Van Den Eeden, Wassel-Fyr, Vittinghoff e Brown, 2006). L'attività sessuale può essere ostacolata o limitata da alcune malattie o patologie che possono causare dolore o che interferiscono con i meccanismi di desiderio ed eccitazione o di

erezione e lubrificazione. Le difficoltà possono essere dovute all'uso di farmaci o a cure mediche che possono avere delle conseguenze sul fisico, come problemi di incontinenza, cicatrici o stomie, che possono innescare sentimenti di vergogna o insicurezza (DeLamanter, 2012). Alcune difficoltà, patologie fisiche o problemi mentali possono influire sulla sessualità, in quanto possono alterare lo stato d'umore o ridurre il testosterone, gli estrogeni o la libido. Le malattie più studiate in letteratura sono: il diabete mellito (Ahn e Park, 2016; Hylmarova, Stechova, Pavlinkova, Peknicova, Macek e Kvapil, 2020); la depressione (Lu, Fan, Cui, Yang, Song, Kang, Zhang, Liu, Zhou e Liu, 2020); le artriti (Dorner, Berner, Haider, 2018); malattia di Parkinson (Özcan, Benli, Özer, Demir, Kaya e Ayyıldız, 2016); i disturbi cardiovascolari e l'ipertensione (Koutsampasopoulos, Imprialos, Stavropoulos, Vogiatzis, Pittaras, Grassos, Manolis, Faselis, Kokkinos, Manafis, Piperidou, e Doumas, 2019), il cancro al seno e il prolasso uterino (Powell, Alabaster, Le, Stoller, Armstrong e Raine-Bennett, 2020); i disturbi alla prostata; l'insufficienza renale; il mal di schiena; l'Alzheimer. Secondo Lindau e Gavrilova (2010) le persone in condizioni di salute molto buone o eccellenti hanno da 1,5 a 1,8 volte più probabilità di segnalare un interesse per il sesso rispetto a quelle in condizioni di salute più precarie. L'attività sessuale, la qualità della vita sessuale e l'interesse per il sesso sono risultati positivamente associati alla salute nella mezza età e nella vita successiva. Secondo la letteratura vi è un'associazione tra i miglioramenti nella salute e l'aumento dei tassi di attività sessuale. Infatti, il diabete mellito e la depressione sono associati a una ridotta attività sessuale sia per gli uomini che per le donne (DeLamater e Koepsel, 2015; Hylmarova et al., 2020; Nunes, Rudge, Quiroz, Hallur, Prudencio, Pinheiro, Filho, Odland, Calderon, Barbosa, e Rudge, 2020).

2.2.3 I farmaci

Alcuni farmaci possono influenzare negativamente le funzioni sessuali. Talvolta, è possibile che alcuni medici non siano informati dell'espressione sessuale dei loro pazienti e non li rendano partecipi o consapevoli degli effetti del farmaco prescritto. I farmaci che possono influenzare l'attività sessuale sono: antiandrogeni; antiepilettici; antidepressivi; antistaminici; antiipertensivi; antipsicotici; corticosteroidi; farmaci per la cura dell'insufficienza cardiaca; farmaci per la cura di patologie prostatiche ed endocrinologiche; farmaci per la cura di patologie gastroenteriche e statine per la cura dell'ipercolesterolemia. Inoltre, anche l'uso di alcol, tabacco e stupefacenti possono

essere fattori di rischio per la funzione sessuale (Capodieci e Sanzovo, 2017; Sathyanarayana Rao, Tandon, Manohar, Mathur, 2018).

2.3 I fattori psicologici

In passato la vecchiaia era considerata semplicemente una fase terminale della vita che si contraddistingueva per inattività, solitudine ed emarginazione sociale. Oggi, essendo cambiate le caratteristiche della popolazione questa fascia d'età riceve una nuova categorizzazione più positiva, ma comunque ancora inadeguata che può avere ripercussioni sulla definizione del sé e sul benessere dell'anziano (Deponete e Vetere, 2007).

2.3.1 Atteggiamenti e pregiudizi sulla sessualità negli anziani

L'aumento della popolazione anziana ha fatto sì che la scienza approfondisse le conoscenze sulla vecchiaia, superando l'immagine dell'anziano solo, fragile, debole, malato e bisognoso di cure, interessandosi ai diversi anziani che partecipano attivamente alla vita sociale, con un proprio impegno lavorativo, cura dei nipoti, interesse nelle attività culturali e di volontariato sociale (Gambini, 2007). Tuttavia, sono ancora radicati nella società gli stereotipi e i pregiudizi sulla vecchiaia, che si caratterizzano per una forte valenza negativa. Anche la sessualità non è esente da stereotipi e pregiudizi: infatti è diffusa l'idea che la sessualità sia inesistente dopo la mezza età, allontanando l'associazione anziani-sessualità dall'immaginario comune dettato dai tabù, dalle credenze, dai principi religiosi e morali espressi dalla società. L'atteggiamento della società più diffuso verso la sessualità degli anziani consiste nel mostrare disgusto per coloro che cercano contatto e vicinanza. Claman (1966) ha soprannominato "complesso dei figli di Noè" l'atmosfera di pudore che circonda l'idea della sessualità nella senilità, ispirandosi al libro della Genesi (9:20-27). Capodieci in *L'età dei sentimenti: amore e sessualità dopo i 60 anni* (1966) riporta alcuni dei miti più diffusi sulla sessualità nella terza età: il mito cronologico, ovvero che la sessualità diminuisca con l'avanzare dell'età fino a diventare asessualità, che è strettamente legato al mito "ignoranza vuol dire felicità", che sostiene che gli anziani non siano interessati alla sessualità e che quindi i medici non debbano occuparsene; il mito della "pace dei sensi", cioè di una felice e asessuata vecchiaia; il mito della colpa e della vergogna, quindi considerare il sesso come

proibito comprendendo anche la masturbazione; il mito della sessualità di “seconda classe”, che fa riferimento all’impossibilità socioeconomica di poter ricevere un’adeguata assistenza sessuale; il mito della “bella addormentata”, ovvero la credenze che le donne non debbano cominciare un’attività sessuale; e tutti i miti riguardanti problemi medici, come un coito possa provocare un infarto o un ictus. Questi stereotipi sono una forma di *ageism*, termine coniato da Roberti Butler per fare riferimento a tutti gli atteggiamenti di pregiudizio e discriminazione nei confronti delle persone di un’età differente dalla propria (Butler, 1969). Infatti nascono dalla credenza comune che la sessualità riguardi esclusivamente il fisico, senza tenere conto della complessità del termine. Inoltre, si sono sviluppati all’interno di una società che esalta i giovani e la bellezza ripudiando i corpi delle persone anziane. I media giocano un ruolo chiave nel veicolare la conoscenza, fornire immagini comuni e norme sociali, in particolare, per quanto riguarda l’invecchiamento, delineano i problemi tipici e i comportamenti attesi da questa fascia di popolazione (Miele, 2021). A causa della scarsa presenza nei media, Robinson e Skill (1995) hanno definito gli anziani come la “generazione invisibile”. La presenza delle persone anziane nei media è ridotta rispetto a quella delle persone giovani, tant’è che anche il programma “*La signora in giallo*” venne cancellato perché non attirava abbastanza spettatori tra i diciotto e i quarantacinque anni (Applewhite, 2017). I media evitano di unire la sessualità all’anzianità o cercano di associarla ad aspetti affettivi più che erotici (Bildtgård, 2000). All’interno di questo scenario esistono atteggiamenti diversi verso il genere: l’uomo mantiene alcuni privilegi derivati dalla società maschilista, come la possibilità di approcciarsi con donne più giovani, mentre la donna viene biasimata se si accompagna a uomini più giovani di lei (Mengheri e Liperini, 2009). Tuttavia, alcune moderne serie televisive, tra cui *Grace and Frankie* (Netflix), *Olive Kitteridge* (Sky Cinema 1) e *Transparent* (Sky Atlantic), stanno combattendo lo stereotipo della sessualità degli anziani mostrando un mondo ricco di sfumature e vivacità (Applewhite, 2017).

2.3.2 La percezione di se stessi

L’aderenza agli stereotipi sulla sessualità degli anziani può avere un effetto inibitorio o repressivo sull’espressione sessuale, fino a portare anche la persona a percepirsi come un individuo non sessuato. Questo fenomeno viene chiamato “sindrome da *breakdown sessuale*” ed è dovuto all’interiorizzazione dei pregiudizi e degli atteggiamenti negativi che causano insicurezza, minor autostima, facendo perdere

interesse verso le attività sessuali (Kaas, 1981, § Aveni Casucci, 1992). Gli atteggiamenti sulla sessualità hanno un forte impatto sull'espressione sessuale della persona. Le tematiche riguardanti la sessualità possono provocare diversi atteggiamenti negli anziani: silenzio, facendo rispettare la propria privacy, ma provando vergogna a parlarne nel caso in cui possano sorgere problemi; avversione, vivendo la sessualità come qualcosa di fuori luogo e socialmente disdicevole, atteggiamento che trova le sue origini nel contesto culturale; battute umoristiche, con il tentativo di abbattere lo stigma e aumentare la visione positiva dell'anziano; visione a "tunnel", vale a dire la mentalità che concepisce la sessualità solo in termini genitali (Capodiceci, 1996). Le proprie abitudini ed esperienze, la percezione di se stessi e il legame di coppia, possono influenzare l'espressione sessuale infatti, è più probabile che chi ha sperimentato una vita sessualmente attiva da giovane la mantenga anche in età adulta (Deacon, Minichiello, Plummer, 1995). Secondo lo studio di DeLamanter e Still (2005) gli atteggiamenti negativi nei confronti del sesso sono correlati con un basso desiderio sessuale e le persone che valutavano il sesso come importante hanno livelli più alti di desiderio sessuale.

2.3.3 Le conoscenze e le aspettative sulla sessualità nella terza età

Un altro fattore psicologico che può influenzare la sessualità nella terza età è la conoscenza su questo tema. Possedere le informazioni corrette è importante per creare delle aspettative congrue alla propria età evitando di fare riferimento ai modelli giovanili o ai rapporti esclusivamente genitali, e formulare interpretazioni errate di quello che sta accadendo. È importante che gli anziani siano consapevoli degli stereotipi o delle false credenze sull'argomento, quali ad esempio che gli anziani sono asessuati, o che certe attività possano diventare un problema per la propria salute fisica, e siano aiutati a trovare nuove strade e modi appropriati per poter vivere appieno la propria sessualità. Inoltre sarebbe utile che gli anziani sapessero a chi rivolgersi in caso di problemi di natura sessuale, in quanto non sempre il personale medico e sanitario è formato sull'argomento (Buizza e Cristini, 2008). Nel 2010 Brick, Lunquist, Sandak e Taverner hanno sottolineato come anche per gli anziani sarebbe utile partecipare a dei corsi di educazione sessuale per imparare a esprimersi correttamente, trattando il tema delle malattie sessualmente trasmissibili e delle protezioni. In un corso di educazione sessuale per la terza età è importante ribadire che la sessualità è in continuità con la propria esperienza e che persiste indipendentemente dagli stereotipi. Può essere utile anche spiegare che un

maggior uso dei preliminari e l'utilizzo di lubrificanti possono aiutare nel rapporto vaginale e a raggiungere l'orgasmo. Inoltre, va sottolineato che la sessualità può modificarsi nel tempo e che alcune prestazioni sessuali possono essere migliorate evitando i fattori di rischio, quindi ottimizzando la salute fisica e mentale attraverso l'attività fisica, la riduzione di situazioni di stress, seguendo una dieta sana ed evitando l'uso di alcol e il fumo. Per una buona salute sessuale è utile che l'anziano sappia a chi rivolgersi in caso di necessità. La consulenza sessuale alle persone anziane può creare disagio o timore di ferire i pazienti a causa del contesto di pudore in cui è avvolto l'argomento. Per poter effettuare una buona consulenza sessuale è importante conoscere le modificazioni fisiologiche dovute all'invecchiamento che possono incidere sulla sessualità, sia delle donne che degli uomini. Le domande da porre devono riferirsi a come sono vissuti i cambiamenti dovuti all'età in relazione alla propria sessualità, alla presenza di malattie fisiche e all'assunzione di farmaci, alla presenza di disturbi psichici e alla disponibilità, all'interesse e alla salute del partner o della partner. Il clinico deve anche essere in grado di spiegare che alcuni problemi o difficoltà non possono essere risolti con l'aiuto dei farmaci, in quanto a volte possono essere legati alla relazione di coppia o ad altre motivazioni. Il clinico deve essere accogliente e comprensivo, evitando di porsi in maniera giudicante, e deve tenere in considerazione l'atteggiamento dell'anziano verso gli ostacoli di tipo fisico e psicologico che sta affrontando (Capodieci e Sanzovo, 2018).

2.3.4 Il livello di istruzione

Il livello di scolarizzazione sembrerebbe essere correlato al desiderio sessuale sia negli uomini che nelle donne, in quanto parrebbe che una maggiore istruzione possa contrastare gli stereotipi negativi sull'espressione sessuale senile. Un maggior livello di istruzione porterebbe ad avere, non solo un maggiore interesse riguardo alle attività sessuali, ma anche atteggiamenti più positivi nei confronti della sessualità (DeLamanter e Sill, 2005; Addis et al., 2006; Papaharitou, Nakopoulou, Kirana, Giaglis, Moraitou, Hatzichristou, 2007). Anche alcune condizioni sociodemografiche possono influenzare negativamente la sessualità, come avere un basso reddito, preoccupazioni finanziarie e alterazioni dello stato sociale (Metz e Miner, 1998; Papaharitou, et al., 2007).

2.4 I fattori psico-sociali

Il cambiamento dell'aspettativa di vita ha portato a una nuova strutturazione sociale e a una ridefinizione dei ruoli nei confronti degli anziani. Alcuni cambiamenti psico-sociali possono avere dei risvolti sulla sessualità, sia nelle coppie che nei single, in seguito ai cambiamenti nei propri contesti di vita.

2.4.1 Le nuove sfide evolutive

L'aumento dell'aspettativa di vita ha portato dei cambiamenti nella struttura sociale e all'interno della famiglia, con nuovi compiti evoluti. Nelle coppie con figli è particolarmente significativo il periodo in cui i figli intraprendono un percorso di vita al di fuori del nucleo familiare, lasciando la casa. Esistono diversi atteggiamenti con cui la coppia fronteggia la "sindrome del nido vuoto". Alcune coppie vivono serenamente questo momento sentendosi più libere dall'onere di dover essere un modello per i figli e di doverli mantenere inoltre, possono investire maggiormente sulla loro relazione, riscoprire spazi, tempi e sentimenti nuovi. Invece, in altre coppie, possono emergere le difficoltà relazionali già presenti (Panzeri, 2013).

Il pensionamento è un evento critico e, a livello individuale, può essere vissuto come frustrante e far nascere nella persona sentimenti di marginalità e inutilità sociale. In particolare, nelle coppie, può portare a una rottura dell'equilibrio relazionale creato nel tempo. Non necessariamente si tratta di un momento negativo, ma può anche portare a una nuova negoziazione dei ruoli all'interno della coppia, permettendo di riscoprire aspetti di se stessi.

Grazie a questi cambiamenti sociali può essere riscoperta la sessualità di coppia trovando nuovi tempi e comunicando con il partner o con la partner. Poiché spesso questa fase della vita coincide con i primi problemi di salute, la coppia può espandere la propria sessualità non solo ai genitali, ma a tutto il corpo. Per le coppie è importante riuscire a investire sulla propria relazione, poiché non essendoci vincoli lavorativi e genitoriali, possono realizzare desideri che prima non potevano permettersi rafforzando il loro legame. Inoltre, la conoscenza reciproca e la lunga convivenza permettono di avere un rapporto sereno portando a una riduzione dei conflitti (Gambini, 2007).

2.4.2 Lo stato relazionale e la sessualità nella terza età

La speranza di vita più lunga ha comportato una nuova consapevolezza dei legami affettivi spingendo le persone in difficoltà a chiedersi sempre più spesso se sono disposte a mantenere la propria relazione. Negli ultimi anni sono in aumento i “divorzi grigi”, ovvero dei divorzi a partire dai 50 anni (Brown e Lin, 2012). Secondo lo studio di Lin, Brown, Wright, e Hammersmith del 2018, i fattori che influenzano i divorzi grigi non sono legati ai nuovi compiti evolutivi, ma a fattori tradizionalmente associati al divorzio. Le seconde nozze tardive possono indicare una maggiore ricerca di benessere e di desiderio di vicinanza, anche se molte persone, principalmente gli uomini, preferiscono la convivenza piuttosto che un secondo matrimonio (Brown, Fen Li, Hammersmith e Wright, 2019).

Lo stato relazionale (sposato/a, convivente, single, divorziato/a e vedovo/a) ha un peso rilevante sulla possibilità di impegnarsi in un'attività sessuale di coppia e può comportare delle differenze nella frequenza dell'attività sessuale nella terza età. Infatti, anche in età avanzata, uomini e donne sposati hanno più rapporti sessuali rispetto ai divorziati, separati o nubili/celibi (DeLamanter e Koepsel, 2015; DeLamanter, 2015).

Nella terza età la maggior parte delle attività sessuali hanno luogo all'interno di relazioni di coppia di lunga durata con un/a partner fisso (Waite, Laumann e Schumm, 2009). Santos-Iglesias, et al., (2016) hanno svolto uno studio su un campione di 297 soggetti (149 uomini e 148 donne) di età compresa tra i 65 e i 75 anni e di cui la maggior parte eterosessuale. Hanno mostrato che la maggior parte delle persone che non avevano una relazione stabile (188) non avevano avuto rapporti nei tre mesi precedenti alla somministrazione del questionario. In letteratura è noto che l'espressione sessuale regolare all'interno di una relazione contribuisca al benessere fisico e psicologico aiutando a ridurre i problemi di salute fisica e mentale associati all'invecchiamento. La soddisfazione sessuale è spesso correlata con una valutazione positiva della vita di coppia e con la salute psicologica, aumentando l'autostima, la tendenza ad assumere comportamenti salutari, la rete sociale, la resilienza e un minor rischio di disimpegno (Aveni Casucci, 1992). Come mostra la ricerca di Karraker e DeLamanter (2013), i quali hanno indagato la frequenza sessuale in 1502 coppie sposate dai 57 agli 85 anni, le donne anziane hanno meno probabilità di essere sessualmente attive anche se sposate (il 29% risultava essere sessualmente inattivo da almeno un anno). Per spiegare questa particolare differenza nell'inattività sessuale sono le differenze nelle caratteristiche degli uomini e

delle donne sposate e dei loro partner. L'età media degli intervistati è di 67 anni, ma le mogli degli uomini circa 63 anni, mentre i mariti delle donne 69 anni. Inoltre, gli uomini hanno riferito di avere una salute fisica migliore delle donne. L'incidenza e la frequenza sessuale nella coppia cambiano nel corso della vita; infatti, i vari studi sopra elencati hanno messo in risalto come vi sia una riduzione dell'attività sessuale con l'aumentare dell'età. Alcuni fattori tra cui la soddisfazione coniugale, la convivenza prematrimoniale e le seconde nozze influiscono positivamente sulla frequenza dei rapporti (Call e Brigham, 1995). Negli ultimi decenni, in seguito ai divorzi grigi, si sono instaurati nuovi modelli relazionali, tra cui le convivenze (Brown e Lin, 2012). Secondo Yabiku e Gager (2009) le coppie conviventi avrebbero più rapporti rispetto alle coppie sposate. L'espressione della sessualità all'interno delle relazioni di coppia è data dal legame che si crea tra i partner e dalle caratteristiche individuali di ognuno dei due. Waite, Iveniuk, Laumann e McClintock (2017) hanno svolto uno studio per valutare come le caratteristiche individuali e della coppia influissero sulla sessualità negli anziani, rilevando che la tendenza alla positività (valutata attraverso un test psicométrico) era legata a valori più alti di frequenza del desiderio e dell'attività sessuale. In particolare, in coppie eterosessuali in cui l'uomo presenta un'alta positività sono presenti maggiori livelli di attività sessuale. Secondo lo studio di Papaharitou et al. (2007) le coppie sposate per amore sono risultate avere un maggior desiderio e frequenza sessuale rispetto a quelle derivate da matrimoni combinati. Una relazione amorevole e la soddisfazione del rapporto di coppia possono influenzare positivamente l'esperienza sessuale nella terza età (Trudel, Turgeon e Piche, 2000). La valutazione positiva del proprio legame di coppia influisce sull'attività sessuale e una percezione positiva del proprio rapporto di coppia è associata ad una vita sessuale più soddisfacente e abbracci, baci sesso orale e rapporti vaginali più frequenti (DeLamater e Moorman, 2007; McFarland, Uecker e Regnerus, 2011). La soddisfazione sessuale non diminuisce con l'aumentare dell'età, in quanto la sua valutazione va oltre la frequenza dei rapporti sessuali. Per valutare la soddisfazione sessuale è necessario tenere in considerazione vari fattori come il contatto fisico, i rapporti sessuali, i preliminari, le fantasie sessuali, ma anche la vicinanza emotiva, i sentimenti e la relazione. Altri fattori che possono influenzare la soddisfazione sessuale sono la soddisfazione per la propria relazione e per il proprio comportamento intimo, il desiderio sessuale e lo stato socioeconomico (Chang, Chang e Mao, 1997). Anche la salute fisica o psicologica propria o del/della partner ha un ruolo importante nella soddisfazione sessuale

(Addis et al., 2006). Lo studio di Chao et al. (2011) ha messo in risalto che l'aumento del desiderio porta a una maggiore soddisfazione sessuale, la quale influenza positivamente la soddisfazione di coppia; quindi, il desiderio sessuale ha un effetto indiretto sulla qualità della relazione. Nonostante l'attività sessuale diminuisca con l'età la soddisfazione sessuale può rimanere costante attraverso altre manifestazioni come vicinanza emotiva, abbracci o carezze che possono dare piacere agli anziani aumentando l'intimità di coppia (Chao, Li, Ma Hao e Shi, 2009; Skalacka e Gerymski, 2018). Alcuni studi hanno riportato che l'aumento degli anni di matrimonio sia associato a una diminuzione della frequenza dei rapporti sessuali, forse a causa della noia o nel dare per scontata la propria relazione (Byers, 1983; Kingsberg, 2000). La cessazione dei rapporti sessuali sembra essere più facile da affrontare in coppie formatesi da anni, le quali riescono a mantenere l'intimità fisica tramite le coccole e il toccarsi (Gott e Hinchliff, 2003).

In questa fase della vita bisogna anche affrontare la malattia o la disabilità di uno dei due coniugi e la morte. Negli anziani che non hanno un partner o una partner, perché vedovi, divorziati, celibi o nubili, si riscontrano significative differenze individuali. L'assenza di relazioni intime è correlata con sentimenti depressivi, di solitudine, problemi psicofisici e minori attività sessuali. In letteratura ci sono pochi studi che hanno esaminato la sessualità negli anziani che non hanno una relazione stabile o un/a partner sessuale. La probabilità di perdere un/a partner aumenta con l'avanzare dell'età per divorzi o vedovanza (che è maggiore nelle donne perché hanno un'aspettativa di vita più alta rispetto agli uomini). La morte del/della partner viene associata alla cessazione del comportamento sessuale (DeLamanter e Moornam, 2007; Karraker, DeLamater e Schwartz, 2011; DeLamanter, 2015). La ricerca di Fileborn, Thorpe, Hawkes, Minichiello e Pitts (2015) ha voluto indagare l'esperienza sessuale in 15 donne *single* tra i 55 e gli 81 anni. In questo studio sono state sottoposte delle interviste qualitative semi-strutturate per esplorare la percezione della sessualità personale e i sentimenti riguardo all'immagine corporea. Per quanto riguarda il desiderio sessuale le donne hanno espresso pareri diversi, ma per la maggior parte le fantasie hanno luogo all'interno di un contesto relazionale. Nello studio di Fielborn et al. (2015) alcune donne avevano affermato di aver cercato nuovi partner sessuali tramite incontri online. In letteratura sono presenti alcuni studi che indagano l'utilizzo di Internet da parte degli anziani per incontrare potenziali partner sessuali, tra cui quello di Malta del 2007, nel quale sono state condotte delle interviste qualitative semi-strutturate in un campione di uomini e donne dai 61 agli 86 anni reclutato

tramite chat online. Dalle analisi è emerso che tutti i rispondenti avevano usato siti di incontri per trovare un partner sessuale o romantico. Alcuni avevano provato anche a sperimentare *cyber*-sesso, mentre altri provavano piacere nel flirtare online. Un altro studio più recente svolto da McWilliams e Barret (2014) ha indagato il tema degli incontri online nella terza età su un campione di 18 uomini e donne tra i 53 e i 74 anni, proponendo un'analisi qualitativa con domande semi strutturate con l'obiettivo di valutare le aspettative delle relazioni online. Attraverso la ricerca si è osservato che in entrambi i generi c'è la tendenza a cercare di apparire più giovani, in particolare gli uomini inseriscono nei loro profili informazioni sui loro successi finanziari e lavorativi, mentre le donne si concentrano sull'apparire fisicamente attraenti. L'indagine ha sottolineato che le donne tendono a cercare partner sulla base delle loro capacità, mentre gli uomini sull'attrazione fisica.

2.4.3 La sessualità nelle case di cura

Un ambito importante da considerare per quanto riguarda il benessere psicofisico degli anziani è l'accoglienza nelle case di cura. Infatti, i dati ISTAT (2019) riportano che un *over 75* anni su 10 ha una grave riduzione dell'autonomia. Nonostante la sessualità sia un diritto, ci sono alcune situazioni nelle quali le persone più anziane fanno fatica a goderne. È il caso delle strutture di cura o degli istituti per anziani, nelle quali la mancanza generale di privacy, atteggiamenti negativi del personale, attenzione alla sicurezza e alle esigenze di assistenza potrebbero ostacolare l'espressione sessuale degli ospiti delle strutture. Solitamente nelle case di cura non sono presenti letti matrimoniali e anche le coppie sposate vengono separate (Bauer, McAuliffe, Nay, 2007). L'istituzionalizzazione non diminuisce l'interesse per la sessualità, la quale si può manifestare in diversi modi. La maggior parte degli studi che si sono interessati a questo argomento si è focalizzata principalmente sugli atteggiamenti e sulle conoscenze del personale infermieristico, sulle barriere all'espressione sessuale dei residenti e sugli abusi sessuali o l'ipersessualità. Gli studi di Mahieu e Gastmans (2012; 2015) hanno preso in considerazione la letteratura scientifica riguardante il punto di vista dei residenti sulla loro possibilità di esprimersi sessualmente nelle case di cura a lungo termine. Dall'analisi della letteratura è emerso che i residenti ritengono la sessualità al pari di altri bisogni o attività con differenze di importanza a livello individuale. Nonostante sia stata sottolineata una difficoltà nel potersi esprimere sessualmente, vi è un'ampia varietà di comportamenti messi in pratica

nelle case di cura che vanno dall'intimità emotiva al rapporto sessuale: fantasie sessuali; ricordi; lettura di libri romantici o erotici; travestirsi; fare complimenti; prossimità; abbracciare; toccare; baciare; accarezzare; sesso orale; masturbazione e coito. Dall'analisi è emerso anche che uno dei fattori determinanti il comportamento sessuale dei residenti sia legato non solo all'atteggiamento del personale, ma anche a quello degli altri residenti della struttura. Sembrerebbe che siano i residenti stessi a giudicare negativamente l'attività sessuale rispetto al personale. I loro atteggiamenti e le loro reazioni sembrerebbero essere influenzati dai valori introiettati della società conservatrice, dai principi religiosi e dallo stato cognitivo (Mahieu e Gastmans, 2015; McAuliffe, Bauer et al., 2007). Il personale sanitario dovrebbe essere preparato sull'argomento in quanto alcuni residenti potrebbero sentire la necessità di discutere i loro bisogni sessuali (Aizenberg, Weizman, Barak, 2002), in modo da poter indirizzare, consigliare e garantire l'esercizio dei diritti sessuali. Capodieci e Sanzovo (2018) suggeriscono la figura di un consulente sessuale nelle istituzioni che ospitano per lungo tempo le persone anziane, in modo che possa educare e supervisionare i membri dello staff e garantire un maggior benessere sessuale agli anziani. Alcuni suggerimenti sono: informare gli ospiti delle strutture che possono invitare chi desiderano, anche persone con cui avere una relazione intima; offrire servizi dedicati alla cura del corpo, come parrucchiere, barbieri e un centro estetico; garantire privacy alle coppie.

Capitolo 3 - La ricerca

Come già illustrato nel primo capitolo i dati ISTAT (2022) mostrano che c'è un forte invecchiamento della popolazione in Europa, in particolare in Italia che è considerata il secondo Paese "più vecchio" al mondo (Maraolo, 2020). Le ricerche sugli anziani da parte della comunità scientifica sono in aumento negli ultimi anni (De Beni e Borella, 2015). C'è una maggiore attenzione anche ai diritti sessuali, che fanno parte dei diritti umani della persona (OMS, 2006). Tuttavia nell'immaginario comune l'anziano viene allontanato dalla sessualità che viene associata a una prerogativa giovanile (Miele, 2021). Fino agli anni Sessanta del secolo scorso l'anziano veniva considerato "asessuato" e non interessato alla propria sessualità. Grazie ai primi studi sull'attività sessuale di Masters e Johnson (1966) e di Rubin (1965) si è messo in discussione lo stereotipo del disinteresse nei confronti della sfera sessuale nella terza età. Per poter comprendere le sfumature della vita sessuale nella terza età non è sufficiente muoversi all'interno del modello biomedico, ma è necessario fare riferimento a un modello biopsicosociale che tenga conto dei fattori biologici, psicologici e sociali di questa tappa evolutiva (Moorley, 2006; DeLamanter, 2012). Gli studi mostrano che vi è un calo della frequenza dei rapporti con l'avanzare dell'età, ma che persiste un interesse per la sessualità (Kinsey, 1953; Masters e Johnson, 1966; Gott e Hinchliff, 2003; Smith et al., 2007; DeLamanter, 2012; Lee e O'Connor, 2016). La salute fisica e mentale, i farmaci o i cambiamenti fisici, sia propri che del partner o della partner, possono influire sull'attività sessuale (Addis, 2006; Morley, 2006; Lindau e Gavrilova, 2010; DeLamanter, 2012; Capodieci e Sanzovo, 2017). Inoltre, alcuni aspetti psicologici possono influenzare la sessualità negli anziani, per esempio tutti gli atteggiamenti e gli stereotipi che circondano questo argomento, come gli anziani si percepiscono, il livello d'istruzione, e quanto siano informati sulla sessualità (DeLamanter e Sill, 2005; Addis et al., 2006; Brick et al., 2010). Per quanto riguarda gli aspetti sociali è di particolare rilevanza lo stato relazione. Infatti, la vedovanza o l'assenza di un partner sessuale sono tra le cause principali per la cessazione del comportamento sessuale (DeLamanter e Moornam, 2007; Karraker, DeLamater e Schwartz, 2011; DeLamanter, 2015). La maggior parte dell'attività sessuale ha luogo all'interno delle relazioni coniugali di lunga data (Waite et al., 2009).

L'obiettivo della seguente ricerca è quello di approfondire i cambiamenti della funzione sessuale in un campione di uomini e donne sopra i 60 anni, considerando le differenze di genere. Sebbene in letteratura la terza età inizi generalmente a partire

dall'età di 65 anni (SIGG, 2018), vari studi internazionali che indagano la sessualità nella terza età utilizzino un campione a partire dall'età di 60 anni (Rubin, 1965; Capodieci, 1996; Ravanipour et al., 2013; Gharibi et al., 2019). Per la seguente ricerca si è ritenuto opportuno estendere il target anche a partecipanti più giovani per avere un quadro più completo delle modificazioni delle abitudini sessuali, indirizzando il questionario alle persone di età pari o superiore ai 60 anni.

3.1 Ipotesi

Essendo una parte integrante della personalità, l'identità sessuale non è un concetto stabile e immobile nel tempo, ma è in continua evoluzione e mutamento durante tutto l'arco di vita della persona. L'espressione sessuale è differente in ogni tappa evolutiva e si manifesta in maniera peculiare in ogni individuo (Panzeri, 2013).

La prima ipotesi di questo studio è che, come evidenziato dalla letteratura, vi sia un calo della frequenza dell'attività sessuale nel campione che ha 60 anni o più. Molti studi hanno infatti sottolineato che con l'avanzare dell'età la frequenza dei rapporti sessuali diminuisce (Kinsey, 1953; Masters e Johnson, 1966; Gott e Hinchliff, 2003; Lee e O'Connor, 2016).

La seconda ipotesi è che vi sia una correlazione tra la soddisfazione della relazione e la soddisfazione sessuale nelle persone che hanno un/una partner fisso. In letteratura sono presenti alcuni studi che sottolineano il legame tra la soddisfazione sessuale e una valutazione positiva del rapporto di coppia, in particolare nei rapporti di lunga durata (Aveni Casucci, 1992; Waite et al., 2009; Waite et al., 2017).

La terza ipotesi è che i problemi di salute indagati tramite il questionario siano correlati con le motivazioni che impediscono di avere un rapporto sessuale pur desiderandolo. Diversi studi in letteratura hanno messo in risalto che alcuni problemi di salute (ipertensione, problemi cardiovascolari, diabete o altre patologie gravi), la menopausa nelle donne e i problemi alla prostata negli uomini e alcuni tipi di farmaci (DeLamanter, 2012; Capodieci e Sanzovo, 2018) possono influire negativamente, in maniera diretta o indiretta sull'attività sessuale.

La quarta ipotesi, in linea con la letteratura, è che le motivazioni che spingono uomini e donne ad avere rapporti sessuali diventino simili con l'avanzare dell'età. Il modello sviluppato dalla Basson (2000) potrebbe risultare utile per spiegare il desiderio sessuale negli uomini e nelle donne nella terza età. Infatti sembrerebbe che le motivazioni che spingono uomini e donne ad avere rapporti sessuali con l'aumentare dell'età sembrano riferirsi maggiormente a indicatori psicologici ed emotivi, come una maggior connessione emotiva o bisogno di vicinanza (Janssen, et al., 2008; Pappalardo e Panzeri, 2014).

La quinta ipotesi è che le persone con un maggiore di istruzione abbiano valori più alti nel desiderio sessuale. La letteratura evidenzia che il livello di scolarizzazione è correlato al desiderio sessuale negli uomini e nelle donne. Alti livelli di istruzione sono associati a un maggiore desiderio rispetto a chi ha un basso livello di istruzione (DeLamanter e Sill, 2005; Papharitou et al., 2007).

3.2 Metodo

3.2.1 Procedura

La ricerca è stata approvata dal Comitato Etico dell'Università degli Studi di Padova (protocollo 2615). I dati sono stati raccolti utilizzando la piattaforma *Qualtrics* e i partecipanti sono stati reclutati online su base volontaria. Le persone interessate alla ricerca sono state contattate tramite amici o conoscenti oppure tramite gruppi o pagine Facebook. È stata proposta una versione cartacea che però non ha riscontrato nessun risultato. Attraverso il consenso informato sono state espresse le finalità dello studio ed è stata evidenziata l'importanza della partecipazione libera e volontaria alla ricerca. Inoltre, è stata sottolineata la possibilità di poter interrompere il questionario in qualsiasi momento. Per ampliare il campione sono stati uniti alla presente ricerca i dati di 35 partecipanti (di cui 15 uomini e 20 donne) di un precedente studio con la stessa finalità, ma non concluso per l'insufficienza del campione.

Per la ricerca è stato utilizzato uno strumento valido e standardizzato: Il *Brief Index of Sexual Functioning for Women* di Taylor, Rosen e Leiblum (1994) nella versione italiana femminile (§3.2.2; Panzeri, Ronconi, Donà e Optale, 2009) e il *Brief Index of Sexual Functioning for Men* in quella maschile, (Panzeri e Raoli, 2010). In aggiutna, sono

state utilizzate delle domande “ad hoc” (§3.2.2) per indagare le motivazioni che spingono ad avere un rapporto, le motivazioni che pur volendolo impediscono di avere un rapporto, come viene percepita la soddisfazione di coppia, gli stimoli o situazioni che aumentano il desiderio sessuale e gli stimoli o situazioni che aumentano l'eccitazione.

3.2.2 Strumenti

Per poter indagare la funzione sessuale sono stati utilizzati due questionari:

- il *Brief Sexual Functioning for Women* (BISF-W, Taylor, Rosen e Leiblum, 1994), per le donne nella sua versione italiana validata da Panzeri, Ronconi, Donà e Opale (2009);
- il *Brief Sexual Functioning for Men* (BISF- M; Panzeri e Raoli, 2010), per gli uomini nella sua versione italiana proposta da Panzeri e Raoli (2010).

All'inizio del questionario è stata aggiunta una sezione relativa a informazioni generali riguardanti l'età, lo stato civile, il livello di istruzione, i figli e lo stato di salute generale. Inoltre, sono state somministrate delle domande create “ad hoc”, sia su scala Likert che a risposta aperta, per indagare la funzione sessuale nella terza età.

Il *Brief Sexual Functioning for Women*

Il *Brief Index of Sexual Functioning for Women* (BISF-W; Taylor, Rosen e Leiblum, 1994) è un questionario multidimensionale che valuta la funzione sessuale femminile e il livello di soddisfazione, sia a livello quantitativo che qualitativo. È uno strumento di autovalutazione ed è composto da 22 domande (per un totale di 64 item) e fa riferimento agli ultimi 30 giorni nelle donne. La sua versione italiana è stata validata da Panzeri, Ronconi, Donà e Opale nel 2009. Le domande sono valutate su una scala Linkert e le prime due e le ultime due non influiscono sul punteggio finale, perché indagano se la partecipante abbia un partner fisso e/o occasionale e il suo orientamento sessuale. La compilazione del questionario completo richiede 20 minuti circa. Il questionario originale è stato costruito da Taylor et al. nel 1994 su un campione di riferimento di 329 donne di età compresa tra i 18 e i 73 anni, che risultavano essere sessualmente attive e in buona salute. Attraverso un'analisi fattoriali esplorativa sono stati individuati 3 fattori che insieme rappresentavano il 51,2% della varianza:

1. interesse o desiderio sessuale;

2. attività sessuale;
3. soddisfazione.

Considerati insieme questi fattori rappresentavano il 51,2% della varianza e ognuno dei fattori aveva autovalori > 1 . Ogni fattore era composto da almeno 5 domande. Per valutare la coerenza interna è stato utilizzato l'alpha di Cronbach, che è risultata insufficiente per il fattore 1 ($\alpha = .39$), buona per il fattore 2 ($\alpha = .83$) e adeguata nel fattore 3 ($\alpha = .74$).

Mazer, Leiblum e Rosen (2000) hanno costituito un nuovo algoritmo per lo scoring per migliorare l'utilizzo dello strumento ottenendo un punteggio globale relativo alla funzione sessuale, chiamato *composite score* o *c-score* e i punteggi relativi alle 7 dimensioni riconosciute come i principali parametri della funzione sessuale. Le dimensioni sono:

1. pensieri/desideri (D1);
2. eccitazione (D2);
3. frequenza attività sessuale (D3);
4. ricettività/iniziativa (D4);
5. piacere/orgasmo (D5);
6. soddisfazione della relazione (D6);
7. problemi che interferiscono sulla funzione sessuale (D7).

Le dimensioni di pensieri/desideri(D1), eccitazione (D2) e piacere/orgasmo (D5) fanno riferimento al modello trifasico del ciclo di risposta sessuale della Kaplan (1976). La D1 fornisce un indice sui pensieri e sui desideri sessuali. Per la dimensione D2 sono state unite le valutazioni soggettive sull'eccitazione e sulle sensazioni di inibizioni e di ansia. La D3 permette di osservare la qualità e la varietà dell'attività sessuale, mentre la D4 evidenzia la messa in atto dei desideri sessuali. La D5 mostra una valutazione soggettiva sul piacere sessuale e sull'orgasmo. La D6 fornisce un indice sul contesto emozionale e relazionale in cui si svolge l'attività sessuale. Infine la D7 rappresenta la varietà dei problemi che possono avere un impatto negativo sull'espressione sessuale.

Anche in questo caso per valutare il grado di omogeneità del questionario è stato utilizzato il coefficiente alpha di Cronbach, tranne per la domanda 3 che presentava una sola domanda, ottenendo: $\alpha = .72$ per la dimensione 1 (interessi/ desideri); $\alpha = .39$ per la dimensione 2 (eccitazione); $\alpha = .45$ per la dimensione 4 (ricettività/ iniziativa); $\alpha = .72$ la

dimensione 5 (piacere/ orgasmo); $\alpha = .61$ per la dimensione 6 (soddisfazione della relazione) e $\alpha = .08$ per la dimensione 7 (problemi che interferiscono sulla funzione sessuale).

La versione italiana del BISF-W è stata validata da Panzeri e collaboratori (2009) attraverso una ricerca condotta su un campione di 1305 donne tra i 18 e i 74 anni. Sono state apportate alcune modifiche rispetto alla versione americana:

- è stata aumentata la grandezza dei caratteri per far completare agevolmente il questionario anche in casi di vista ridotta;
- è stata inserita una scala Likert accanto ad ogni item ed è stato chiesto ai partecipanti di segnare la risposta con una crocetta;
- sono stati omologati i criteri di risposta (ad esempio “non ho mai praticato questa attività” corrisponde sempre a “0”);
- è stata rimossa l’alternativa “non ho avuto un partner in questo periodo” nelle domande 11 e 15, perché ridondante nel questionario.

Dall’analisi fattoriale esplorativa sono stati individuati quattro fattori:

1. sessualità di coppia;
2. sessualità autoerotica;
3. insoddisfazione;
4. sessualità anale.

Questa versione fa riferimento a un modello psicologico cognitivo-affettivo, a differenza di quello americano in cui si fa riferimento al ciclo di risposta sessuale di tipo psicofisiologico, per poter differenziare l’attività autoerotica dalla soddisfazione sessuale. La sessualità di coppia comprende i desideri, la frequenza delle attività, l’eccitazione e l’orgasmo riferite a tutte le attività che si svolgono in coppia, come baciarsi, i preliminari e gli accarezzamenti reciproci, la stimolazione reciproca, i rapporti orali e il coito.

La sessualità autoerotica fa riferimento ai desideri, alla frequenza delle attività, all’eccitazione e all’orgasmo riferite all’attività autoerotica, come la masturbazione, le fantasie e i sogni erotici.

L’insoddisfazione si riferisce al grado di insoddisfazione della relazione sessuale con proprio partner e ai problemi che possono incidere sull’attività sessuale, come i problemi fisici, psicologici o pratici.

La sessualità anale comprende tutte le componenti dei primi due fattori, ma riferite ai rapporti anali.

La coerenza interna per ogni fattore è stata valutata attraverso il coefficiente alpha di Cronbach, ed è risultato: $\alpha = .95$ per il fattore 1 (sessualità di coppia); $\alpha = .85$ per il fattore 2 (sessualità anale); $\alpha = .73$ per il fattore 3 (insoddisfazione) e $\alpha = .80$ per il fattore 4 (sessualità anale). I valori degli indici derivati da questo modello sono risultati migliori rispetto a quelli di Taylor e collaboratori (1994) e di Mazer e collaboratori (2000).

Il Brief Sexual Functioning for Men

Il *Brief Index of Sexual Functioning for Man* (BISF-M; Panzeri e Raoli, 2010) lo strumento è composto da 22 domande (66 item) e indaga qualitativamente e quantitativamente la funzione sessuale maschile negli ultimi 30 giorni. Presenta alcune differenze rispetto al BISF-W per poter valutare al meglio alcune caratteristiche sessuali maschili, come la difficoltà a raggiungere o mantenere l'erezione, l'eiaculazione non raggiunta o raggiunta con difficoltà e eiaculazione raggiunta troppo presto.

Il BISF-M è stato validato con un campione di 231 uomini in buona salute di età compresa tra i 17 e i 74 anni. I fattori emersi dall'analisi fattoriale esplorativa sono quelli presenti anche nel BISF-W che spiegano il 46,8% della varianza, ovvero: sessualità di coppia; sessualità autoerotica; insoddisfazione e sessualità anale.

La consistenza interna dei fattori è stata indagata con l'alpha di Cronbach che è risultata simile a quella della validazione italiana del BISF-W nella validazione italiana: $\alpha = .96$ per il fattore 1 (sessualità di coppia), $\alpha = .90$ per il fattore 2 (sessualità autoerotica), $\alpha = .76$ per il fattore 3 (insoddisfazione) e $\alpha = .80$ per il fattore 4 (sessualità anale).

Nella presente ricerca sono state apportate delle modifiche ai questionari originali:

- i questionari BISF-W e BISF-M sono stati uniti in un unico questionario (d'ora in avanti BISF);
- l'arco di tempo indagato per le esperienze sessuali è stato allargato da 30 giorni a 6 mesi, perché si è ritenuto limitante valutare solo gli ultimi 30 giorni in quanto secondo la letteratura, con l'avanzare dell'età la frequenza dei rapporti e delle esperienze sessuali diminuisce.

Le domande “ad hoc”

Il questionario “ad hoc” (Tabella 1) è stato creato sulla base della letteratura scientifica e delle risposte durante dei focus group sull'eccitazione e il desiderio sessuale

date da alcune donne sopra i 46 anni (Panzeri e Fontanesi, 2013) e da alcuni uomini sopra i 50 anni (Pappalardo e Panzeri, 2014).

Il questionario presenta 5 domande (43 item) valutate su scala Likert nell'arco degli ultimi 6 mesi. Il questionario voleva indagare le motivazioni che spingono la persona ad avere rapporti sessuali, le motivazioni che la spingono a non averli pur volendoli, la soddisfazione nel rapporto di coppia, le situazioni e gli stimoli che aumentano il desiderio e l'eccitazione della persona.

Tabella 1. Domande "ad hoc".

Domanda	Item
<p>Domanda "ad hoc" 1 Utilizzando la seguente scala numerica riportata qui sotto indichi perché ha un rapporto sessuale:</p>	<p>Non desidero intraprendere rapporti sessuali lo desidera il/la mio/a partner Mi sento desiderato/a dal/dalla mio/a partner Voglio sentirmi più vicino/a al mio partner Desidero più intimità con il mio/a partner Desidero sessualmente il/la mio/a partner Mi sento eccitato/a dal/dalla mio/a partner Ho voglia di avere un rapporto sessuale Ricevo attenzioni dal/dalla mio/a partner Altro</p>
<p>Domanda "ad hoc" 2 Utilizzando la seguente scala numerica riportata qui sotto, indichi perché, pur volendolo, non ha un rapporto sessuale:</p>	<p>Non desidero avere rapporti sessuali Non mi sento desiderato/a dalle altre persone Mi sento a disagio se penso di avere un rapporto sessuale Il/la mio/a partner non riesce ad avere rapporti sessuali Il/la mio/a partner non vuole avere rapporti sessuali Non riesco ad avere rapporti sessuali Mi sento senza energie Ho forti dolori articolari Soffro di depressione Ho difficoltà nel raggiungere l'erezione Non c'è nulla che mi impedisce di avere un rapporto Altro</p>
<p>Domanda "ad hoc" 3 Utilizzando la scala numerica riportata qui sotto, indichi quanto si ritiene soddisfatto/a:</p>	<p>Intimità di coppia Intimità sessuale Rapporti sessuali con il/la mio/a partner Comunicazione dei miei desideri al/alla mio/a partner Comunicazione dei miei desideri sessuali al/alla mio/a partner vita sessuale Sentirmi desiderato/a dal/dalla mio/a partner Altro</p>
<p>Domanda "ad hoc" 4 Utilizzando la scala numerica riportata qui sotto indichi quali situazioni o stimoli hanno favorito il desiderio sessuale durante gli ultimi mesi:</p>	<p>Non ho mai provato desiderio sessuale Momenti di profonda intimità emotiva con il/la mio/a partner Sentirmi molto desiderato/a dal mio partner Ricevere molte attenzioni dal/dalla mio/a partner Sentirmi speciale per il/la mio/a partner Sentire che il/la mio/a partner comprendeva i miei desideri Altro</p>
<p>Domanda "ad hoc" 5 Utilizza la scala numerica riportata qui sotto, indichi quali situazioni o stimoli l'hanno eccitata di più durante gli ultimi 6 mesi:</p>	<p>Non mi sono mai sentito/a eccitato/a Ho vissuto profondi momenti di intimità emotiva con il/la mio/a partner Ricevere attenzioni speciali da parte del/della mio/a partner Sentirmi attraente per il/la mio/a partner Sentirmi attraente in generale Altro</p>

3.2.3 Partecipanti

I criteri di inclusione sono: essere eterosessuale; parlare fluentemente l'italiano e non avere deficit cognitivi evidenti. A tutti i partecipanti è stato illustrato il fine della ricerca e fatto leggere e approvare il consenso informato.

3.3 Analisi statistiche

Per le analisi statistiche è stato utilizzato il software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) 28.0.

In primis, si è indagata l'attendibilità dei quattro fattori e delle sette dimensioni del *Brief Index of Sexual Functioning* sia per uomini che per donne è stata valutata mediante l'analisi della coerenza interna utilizzando l'indice Alpha di Cronbach², particolarmente indicato per i test psicometrici, utilizzando le seguenti soglie (Tabella 2) per valutarne la qualità:

Tabella 2 Valori di riferimento Alpha di Cronbach.

Valori soglia Alpha di Cronbach	Valutazione attendibilità
$\alpha \geq ,90$	Ottima coerenza interna
$,80 \leq \alpha < ,90$	Buona coerenza interna
$,70 \leq \alpha < ,80$	Discreta coerenza interna
$,60 \leq \alpha < ,70$	Sufficiente coerenza interna
$\alpha < ,60$	Inadeguata coerenza interna

Fonte: Nunnally e Bernstein (1994)

Per valutare le interazioni significative rispetto alle variabili indipendenti del modello (genere ed età dei/delle rispondenti), sono state effettuate delle analisi multivariate della varianza (MANOVA, *Multivariate Analysis of Variance*). Inoltre, sia per il campione maschile che per il campione femminile è stata effettuata un'analisi univariata della varianza (ANOVA, *Analysis of Variance*) tenendo conto del gruppo di età a cui appartenevano i rispondenti. Nel compiere queste analisi sono state considerate come variabili indipendenti il genere, suddiviso tra "uomini" e "donne", rilevato mediante

² L'Alpha di Cronbach è un indice statistico utilizzato per misurare la coerenza interna degli studi psicometrici. In particolare, mira a misurare la riproducibilità nel tempo dei risultati raggiunti, a parità di condizioni.

l'auto-identificazione del campione nel rispondere al questionario e l'età, suddivisa in due fasce "18-59" e "over 60", per analizzare le differenze nella funzione sessuale tra la "terza età" e il gruppo di controllo. Come variabili dipendenti sono stati utilizzati i quattro fattori, le sette dimensioni e il *c-score* del BISF. Inoltre, in tutte le sopracitate analisi il valore alpha di riferimento per i 4 fattori è stato invece aggiustato seguendo la Correzione di Bonferroni:

$$\text{Correzione di Bonferroni} = 1 - (1 - \alpha)^{\frac{1}{k}}$$

secondo la quale, considerando $\alpha=0,05$ e $k=4$, si ottiene un valore di $p < 0,013$.

L'effetto delle variabili indipendenti risultate significative è stato poi approfondito mediante analisi univariate.

Successivamente sono state effettuate delle analisi sulle domande "ad hoc" per indagare la significatività della variabile dipendente genere sui singoli item di ciascuna delle domande "ad hoc". Per condurre l'analisi è stata utilizzata la distribuzione Chi-quadro. Per verificare se il genere è significativo nella spiegazione degli item di ciascuna domanda "ad hoc" negli *over 60*, sono stati effettuati dei test con la distribuzione di Chi-quadro. Per ciascun item le due ipotesi erano:

H_0 : l'item e la variabile dipendente (genere) sono indipendenti

H_1 : l'item e la variabile dipendente (genere) sono dipendenti.

Infine, per calcolare le correlazioni è stato utilizzato l'indice di correlazione di Spearman per indagare la relazione tra gli item delle domande "ad hoc" 1, 3, 4, e 5 con i fattori e le dimensioni del BISF e il *c-score* negli uomini e nelle donne *over 60*. Successivamente sono stati messi in relazione la dimensioni D1 (pensieri/desideri) con il livello d'istruzione.

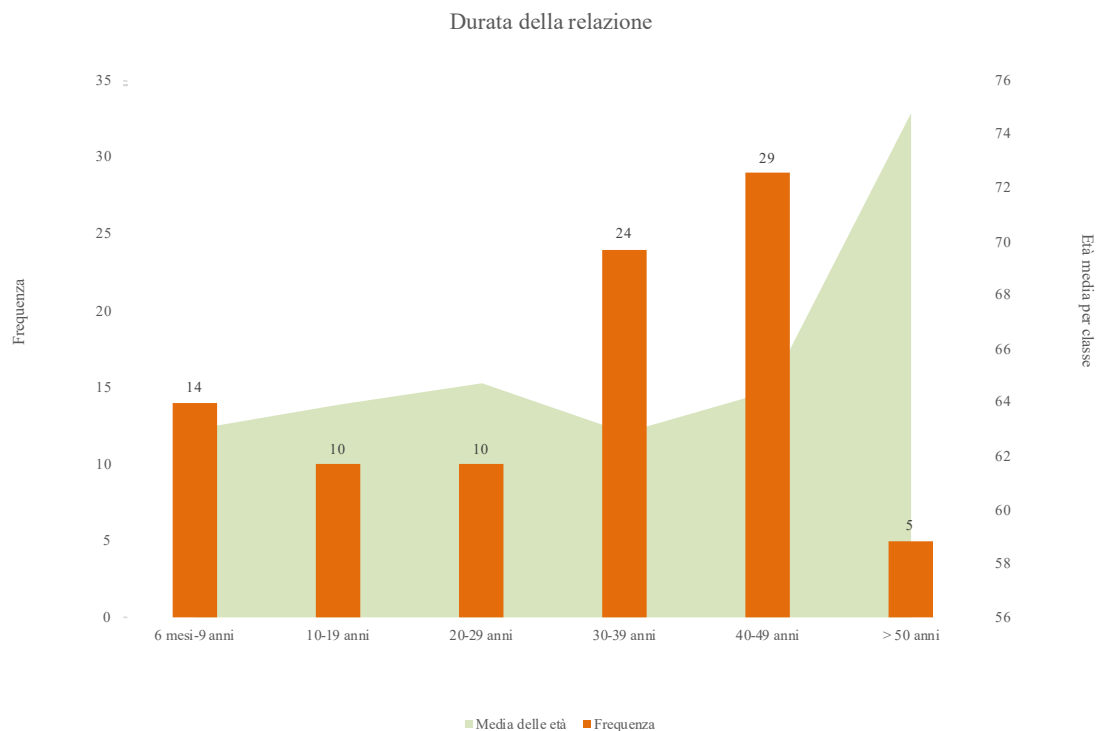
3.4 Risultati

3.4.1 Analisi dei dati demografici

Sono stati raccolti 206 risposte al questionario. Da questi dati sono stati scartati 28 partecipanti: 10 non hanno acconsentito al consenso informato; 14 non hanno completato il questionario e 14 hanno risposto “altro” alla domanda riguardante il genere. Per aumentare il campione sono stati uniti 35 partecipanti di una ricerca precedente svolta nelle medesime modalità (Cozza, 2018/2019).

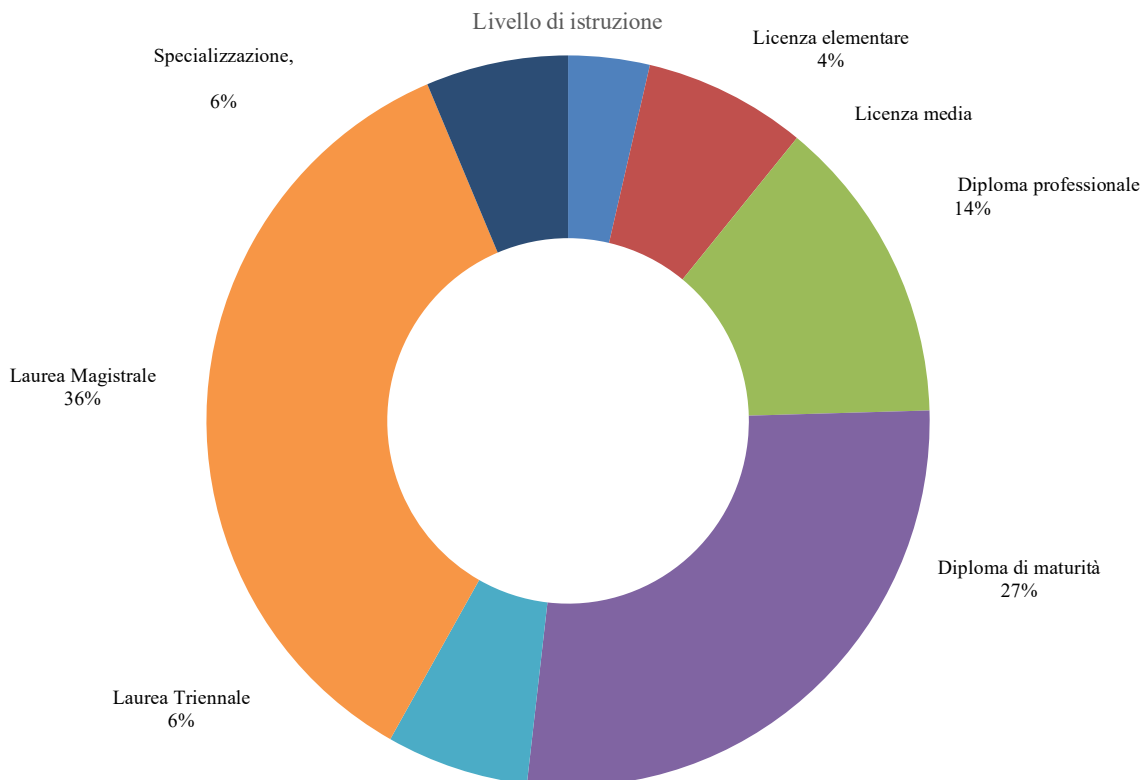
Il campione finale è costituito da 213 persone, di cui 99 uomini e 114 donne, di nazionalità italiana con un'età tra i 18 e 86 anni, sia single sia all'interno di una relazione di coppia. I partecipanti sono stati divisi in due gruppi d'età: 18-59 anni (per un totale di 103) e dai 60 fino a 86 anni (per un totale di 110). Ai partecipanti è stato chiesto se avessero avuto un partner o una partner stabile negli ultimi 6 mesi, e tale richiesta ha avuto esito positivo per l'85% dei rispondenti. È possibile osservare i dati in questione nel Grafico 3.

Grafico 3. Durata della relazione nel campione over 60.



È stato chiesto anche il livello di istruzione (Grafico 4). Nel campione è possibile osservare un alto livello di scolarizzazione.

Grafico 4. Livello di istruzione nel campione over 60.



3.4.2 Analisi sui fattori, sulle dimensioni e sul *c-score* del BISF

Attendibilità 4 fattori del BISF

Dopo aver calcolato la coerenza interna, i risultati ottenuti hanno mostrato che ciascuno dei fattori ha una coerenza interna di qualità apprezzabile; pertanto, sono tutti stati mantenuti nelle successive analisi (Tabella 3).

Nello specifico i fattori F1 e F2 presentano una ottima coerenza interna, pertanto, i risultati ottenuti sulla base di questi due elementi risulteranno riproducibili nel tempo. Il fattore F4 mostra una buona coerenza interna. Invece il fattore F3 è stato diviso per genere, perché l'insoddisfazione si compone di item specifici per il genere e pertanto un indicatore che non tiene conto di questa distinzione porterebbe a dati fuorvianti. In ogni caso anche per tale fattore i valori ottenuti mostrano livelli sufficienti di coerenza interna.

Tutti gli indici sono risultati molto vicini a quelli della validazione italiana, già riportati in precedenza (§3.2.2).

È stato poi effettuato un ulteriore livello di analisi, calcolando l'affidabilità interna, mediante l'Alpha di Cronbach, suddivisa sia per genere che per età (Tabella 3). I risultati mostrano una qualità apprezzabile della coerenza interna dello studio in tutti i fattori anche quando vengono considerati il genere e l'età dei/delle rispondenti. Un valore si discosta dalle soglie utilizzate: l'Insoddisfazione nelle donne tra i 18 e i 59 anni (F3-F-18/59) che mostra un valore $\alpha = 0,587$. Tuttavia, poiché si trova comunque nell'intorno del valore soglia accettabile, si è deciso di considerarlo nello studio.

Tabella 3. Valori Alpha di Cronbach per i fattori del BISF, per genere ed età.

Fattori		Alpha di Cronbach	Alpha di Cronbach	Item
Sessualità di coppia - F (F1)	18-59	0,945	0,943	27
	60+		0,961	27
Sessualità di coppia - M (F1)	18-59		0,948	27
	60+		0,917	27
Sessualità autoerotica - F (F2)	18-59	0,913	0,901	7
	60+		0,910	7
Sessualità autoerotica - M (F2)	18-59		0,725	7
	60+		0,880	7
Insoddisfazione - F (F3)	18-59	0,639	0,587	8
	60+		0,742	8
Insoddisfazione - M (F3)	18-59	0,688	0,654	8
	60+		0,738	8
Sessualità anale - F (F4)	18-59	0,807	0,859	5
	60+		0,814	5
Sessualità anale - M (F4)	18-59		0,724	5
	60+		0,827	5

Attendibilità delle 7 dimensioni del BISF

Seguendo lo stesso procedimento, è poi stata verificata l'attendibilità delle sette dimensioni del modello (Tabella 4):

Tabella 4 Valori Alpha di Cronbach per le dimensioni del BISF, dettagliati secondo il genere e l'età.

Dimensioni			Alpha di Cronbach	Alpha di Cronbach	Item
Pensieri/Desideri (D1)	Uomini	18-59	0,565	0,135	2
		60+		0,534	2
	Donne	18-59	0,806	0,757	2
		60+		0,756	2
Eccitazione (D2)	Uomini	18-59	-0,455	-1,767	2
		60+		0,13	2
	Donne	18-59	-0,156	-0,254	2
		60+		0,144	2
Ricettività/iniziativa (D4)	Uomini	18-59	-0,144	-0,116	3
		60+		-0,17	3
	Donne	18-59	-0,334	-0,357	3
		60+		-0,565	3
Piacere/Orgasmo (D5)	Uomini	18-59	0,677	0,574	2
		60+		0,741	2
	Donne	18-59	0,714	0,581	2
		60+		0,815	3
Soddisfazione della relazione (D6)	Uomini	18-59	0,719	0,734	3
		60+		0,7	3
	Donne	18-59	0,786	0,645	3
		60+		0,854	3
Problemi che interferiscono sulla funzione sessuale (D7)	Uomini	18-59	0,157	0,24	4
		60+		0,116	4
	Donne	18-59	0,447	0,369	4
		60+		0,501	4

Dall'analisi è stata esclusa la terza dimensione (Frequenza dell'attività sessuale) poiché essendo costituita da una sola domanda, il valore dell'Alpha di Cronbach risulterebbe essere non significativo. Utilizzando le soglie già precedentemente citate (§3.3) le seguenti dimensioni sono state escluse: D2 (Eccitazione), D4 (Ricettività / Iniziativa), e D7 (Problemi che interferiscono con la funzione sessuale).

MANOVA sui 4 fattori del BISF

I risultati mostrano significatività per le variabili del genere e dell'età (entrambe con $\alpha < 0,001$), ma non nell'interazione tra le due variabili indipendenti (Tabella 5).

L'indice Eta quadrato parziale³ mostra che la varianza del modello spiegata dalla variabile età è maggiore di quella spiegata dalla variabile genere, seppur entrambe le variabili possano considerarsi rilevanti. Per quanto riguarda l'interazione tra l'età e il genere, l'Eta è pari a 0,035 ($p=,116$), pertanto l'interazione tra le due variabili gioca un ruolo marginale nella spiegazione della varianza complessiva.

Tabella 5 Test multivariati delle variabili indipendenti sui 4 fattori del BISF.

Variabili Indipendenti	F	Sig.	Eta quadrato parziale
Età gruppo	14,762	<0,001	0,223
Genere	12,613	<0,001	0,197
Età gruppo*Genere	1,876	0,116	0,035

Entrambe le variabili indipendenti (età e genere) hanno dunque effetti principali sulle variabili dipendenti (i 4 fattori), pertanto tali effetti sono stati poi analizzati a livello univariato.

Tabella 6 MANOVA, test effetti tra soggetti sui 4 fattori del BISF.

	Fattore	F	Sig.	Gradi di libertà	Eta quadrato parziale
Età gruppo	Sessualità di coppia	11,391	<0,001	1	0,052
	Sessualità autoerotica	47,656	<0,001	1	0,186
	Insoddisfazione	0,006	0,936	1	0,000
	Sessualità anale	0,074	0,786	1	0,000
Genere	Sessualità di coppia	2,548	0,112	1	0,012
	Sessualità autoerotica	45,458	<0,001	1	0,179
	Insoddisfazione	0,267	0,606	1	0,001
	Sessualità anale	17,469	<0,001	1	0,077
Età gruppo*Genere	Sessualità di coppia	1,908	0,169	1	0,009
	Sessualità autoerotica	1,721	0,191	1	0,008
	Insoddisfazione	1,007	0,317	1	0,005
	Sessualità anale	0,052	0,820	1	0,000

³ Eta quadrato parziale è un indice statistico compreso tra 0 e 1 che misura la proporzione di varianza del modello che può essere spiegata da una data variabile, dopo aver tenuto in considerazione la varianza spiegata da tutte le altre variabili del modello.

I test univariati tra soggetti (Tabella 6) confermano la non significatività dell'interazione tra l'età e il genere. La variabile indipendente relativa all'età del gruppo è significativa nei primi due fattori (Sessualità di coppia e Sessualità autoerotica), mentre la seconda variabile indipendente è significativa nel secondo e nel quarto fattore (Sessualità anale), mentre nessuna delle due variabili è significativa nel terzo fattore (Insoddisfazione). Tali conclusioni sono confermate dai valori dell'Eta quadrato parziale, che ha valori alti o medio-alti per tutte le interazioni significative secondo gli standard di Cohen.

Tabella 7 MANOVA, test univariato rispetto alla variabile età.

Fattori	Età: 18-59		Età: over 60		F	Gradi di libertà	p	Eta quadrato parziale
	Media	σ	Media	σ				
Sessualità di coppia	3,216	0,100	2,748	0,096	11,391	1	<0,001	0,052
Sessualità autoerotica	3,502	0,112	2,430	0,107	47,656	1	<0,001	0,186
Insoddisfazione	1,611	0,067	1,619	0,064	0,006	1	0,936	0,000
Sessualità anale	1,220	0,104	1,181	0,100	0,074	1	0,786	0,000

La Tabella 7 riassume i risultati del test univariato rispetto alla variabile età fornendo un maggiore livello di dettaglio rispetto alla precedente. Come già detto la variabile indipendente ha un effetto statisticamente significativo sui primi due fattori.

Tabella 8 MANOVA, test univariato rispetto alla variabile “genere”.

Fattori	Uomini		Donne		F	Gradi di libertà	p	Eta quadrato parziale
	Media	σ	Media	σ				
Sessualità di coppia	3,093	0,102	2,871	0,094	2,548	1	0,112	0,012
Sessualità autoerotica	3,489	0,114	2,443	0,105	45,458	1	<0,001	0,179
Insoddisfazione	1,591	0,068	1,639	0,063	0,267	1	0,606	0,001
Sessualità anale	1,501	0,106	0,900	0,098	17,469	1	<0,001	0,077

La Tabella 8 riporta la medesima analisi con riferimento alla variabile relativa al genere. Quest'ultima ha un effetto statisticamente significativo sul secondo e sul quarto fattore: gli uomini hanno valori più elevati in entrambi i fattori rispetto alle donne.

MANOVA sulle 7 dimensioni

Come precedentemente evidenziato dall'analisi dell' α di Cronbach, le dimensioni 2 (Eccitazione), 4 (Ricettività e Iniziativa), e 7 (Problemi che interferiscono sulla funzione sessuale) mancano di coerenza interna e pertanto sono state escluse dalle analisi.

L'analisi multivariata delle variabili indipendenti rispetto al modello così costituito ha portato ai valori che si possono osservare nella Tabella 9.

Tabella 9 Test multivariati delle variabili indipendenti sulle 7 dimensioni del BISF.

Variabili Indipendenti	F	Sig.	Eta quadrato parziale
Età gruppo	11,285	<0,001	0,280
Genere	13,632	<0,001	0,320
Età gruppo*Genere	1,821	0,085	0,059

I risultati sottolineano che entrambe le variabili età e genere hanno l'indice di significatività $\alpha < 0,001$. Come nel caso precedente, l'interazione tra il genere e l'età non risulta significativa ($\alpha = 0,085$), come dimostrato anche dal basso valore dell'Eta quadrato parziale.

Poiché entrambe le variabili indipendenti hanno effetti principali sulle variabili dipendenti (le quattro dimensioni considerate), è opportuno analizzare tali effetti a livello univariato. Come nel caso precedente il valore alpha di riferimento è stato aggiustato seguendo la Correzione di Bonferroni, questa volta considerando $\alpha = 0,05$ e $k = 4$ ottenendo infine $p < 0,013$ (Tabella 10).

Tabella 10 MANOVA, test effetti tra soggetti sulle 6 dimensioni del BISF.

	Fattore	F	Sig.	Gradi di libertà	Eta quadrato parziale
Età gruppo	Pensieri/Desideri (D1)	62,410	<0,001	1	0,782
	Frequenza attività sessuale (D3)	7,720	0,006	1	0,036
	Piacere/Orgasmo (D5)	1,640	0,202	1	0,008
	Soddisfazione della relazione (D6)	0,953	0,330	1	0,005
Genere	Pensieri/Desideri (D1)	58,764	<0,001	1	0,219
	Frequenza attività sessuale (D3)	4,717	0,031	1	0,022
	Piacere/Orgasmo (D5)	7,839	0,006	1	0,036
	Soddisfazione della relazione (D6)	0,088	0,768	1	0,000
Età gruppo*Genere	Pensieri/Desideri (D1)	0,634	0,427	1	0,003
	Frequenza attività sessuale (D3)	0,114	0,736	1	0,001
	Piacere/Orgasmo (D5)	0,188	0,665	1	0,001
	Soddisfazione della relazione (D6)	5,148	0,024	1	0,024

A livello univariato la variabile genere è significativa con riferimento alle dimensioni D1 (Pensieri/Desideri) e D5 (Piacere/Orgasmo) in base ai valori di α corretti secondo l'aggiustamento di Bonferroni e alla proporzione di varianza spiegata dall'Eta quadrato parziale.

Approfondendo l'analisi dei dati con riferimento ai due generi si possono fare alcune osservazioni interessanti. In particolare, i valori medi degli uomini sono significativamente superiori rispetto ai valori medi delle donne per quanto concerne la prima dimensione mentre questa differenza si affievolisce notevolmente per la quinta dimensione del BISF.

Tabella 11 MANOVA, test univariato rispetto alla variabile genere.

Fattori	Uomini		Donne		F	Gradi di libertà	p	Eta quadrato parziale
	Media	σ	Media	σ				
Pensieri/Desideri (D1)	6,918	0,187	4,960	0,174	58,764	1	<0,001	0,219
Frequenza attività sessuale (D3)	6,610	0,274	5,798	0,254	4,717	1	0,031	0,022
Piacere/Orgasmo (D5)	4,865	0,214	4,046	0,199	7,839	1	0,006	0,036
Soddisfazione della relazione (D6)	7,807	0,322	7,677	0,299	0,088	1	0,768	0,000

La Tabella 6 mostra, inoltre, come la variabile età sia invece significativa per le dimensioni D1 (Pensieri/Desideri) e D3 (Frequenza dell'attività sessuale). In queste dimensioni i valori di p sono tutti più bassi rispetto al valore limite di p corretto secondo Bonferroni. L'Eta quadrato parziale risulta particolarmente alto nella dimensione D1 ($\eta=0,782$) mentre di entità bassa nella D3 ($\eta=0,036$) – sempre accentuando i valori interpretativi di Cohen; ciò implica che l'età da sola è in grado di spiegare molta della varianza della variabile dipendente D1, mentre per spiegare la varianza di D3 è necessario prendere in considerazione altre variabili.

Tabella 12 MANOVA, test univariato rispetto alla variabile età.

Fattori	Età: 18-59		Età: over 60		F	p	Gradi di libertà	Eta quadrato parziale
	Media	σ	Media	σ				
Pensieri/Desideri (D1)	6,947	0,184	4,930	0,177	62,410	<0,001	1	0,230
Frequenza attività sessuale (D3)	6,724	0,270	5,684	0,259	7,720	0,006	1	0,036
Piacere/Orgasmo (D5)	4,643	0,211	4,268	0,202	1,640	0,202	1	0,008
Soddisfazione della relazione (D6)	7,956	0,317	7,527	0,304	0,953	0,330	1	0,005

Analizzando separatamente le due fasce d'età (Tabella 12), vi è una differenza rilevante tra i due gruppi con riferimento alla prima dimensione.

L'interazione tra le due variabili indipendenti età e genere risulta invece non significativa nelle sette dimensioni del BISF avendo un valore di p persistentemente superiore ad α (Tabella 10).

ANOVA sul c-score

Infine, con l'obiettivo di poter osservare a livello globale come cambia la funzione sessuale in base all'età e al genere è stata svolta un'analisi ANOVA sul *c-score*. Esso è un punteggio di sintesi sviluppato da Mazer e collaboratori (2000) mediante un algoritmo di *scoring* che costituisce un indice della funzione sessuale valutata nel suo complesso.

Come si può dedurre dalla Tabella 13 le variabili che risultano significative nella spiegazione della varianza del *c-score* sono l'età e il genere, mentre non risulta significativa l'interazione tra le due variabili ($p = 0,169$ e $\eta = 0,009$).

Tabella 13 ANOVA sul c-score.

Variabili Indipendenti	F	Sig.	Gradi di libertà	Eta quadrato parziale
Età gruppo	14,806	<0,001	1	0,066
Genere	21,735	<0,001	1	0,094
Età gruppo*Genere	1,903	0,169	1	0,009

Dai test univariati sulle variabili indipendenti (Tabella 14 e 15) si possono infine fare alcune osservazioni con riferimento all'età e al genere dei/delle rispondenti.

Tabella 14 ANOVA sul c-score rispetto alla variabile età.

	<i>c-score</i>		F	<i>p</i>	Gradi di libertà	Eta quadrato parziale
	Media	σ				
Età: 18-59	37,897	1,061	14,806	<0,001	1	0,066
Età: over 60	32,245	1,016				

In particolare, la funzione sessuale tende ad avere valori significativamente più alti nella fascia d'età 18-59 rispetto alla fascia d'età *over 60*.

Tabella 15 ANOVA sul c-score rispetto alla variabile genere.

	<i>c-score</i>		F	<i>p</i>	Gradi di libertà	Eta quadrato parziale
	Media	σ				
Uomini	38,495	1,078	21,835	<0,001	1	0,094
Donne	31,647	0,999				

Per quanto riguarda invece la variabile relativa al genere la differenza del *c-score* sulla base del sesso dei/delle rispondenti è ancora più marcata: il genere “uomo” ha infatti valori superiori rispetto al genere “donna”.

3.4.3 Analisi sulle domande “AD HOC”

È stato preso in considerazione il numero di risposte valide per ciascuna domanda “ad hoc”, in modo da verificare se il campione avesse un’estensione statisticamente atta a trarre conclusioni valide.

Tabella 16 Casi validi, esclusi, e totali per ogni domanda “ad hoc”.

AD HOC 1	Validi	200
	Esclusi	13
	Totali	213
AD HOC 2	Validi	2
	Esclusi	211
	Totali	213
AD HOC 3	Validi	179
	Esclusi	34
	Totali	213
AD HOC 4	Validi	203
	Esclusi	10
	Totali	213
AD HOC 5	Validi	179
	Esclusi	34
	Totali	213

La Tabella 16 mostra come tutte le domande “ad hoc” abbiano un numero di casi validi accettabile, eccezion fatta per il secondo, che è stato escluso dall’analisi. Ciò rende impossibile valutare la quarta ipotesi:

H₃, se i problemi di salute indagati tramite il questionario siano correlati con le motivazioni che impediscono di avere un rapporto sessuale.

I risultati che sono emersi dalle analisi dei singoli item di ogni domanda “ad hoc” sono riportati nei grafici che seguono. Nell’analizzare i dati sono state prese in considerazione solo le risposte di coloro che hanno dichiarato di avere un rapporto di coppia stabile, definito come presente da più di sei mesi.

Chi-quadro

Tabella 17 Test Chi-quadro sugli item della domanda “ad hoc” 1.

	Chi-quadro di Pearson	Gradi di libertà	Significatività
AD HOC 1			
Motivazioni per avere un rapporto sessuale			
Lo desidera il/la mio/a partner (item 2)	2,028	5	,845
Mi sento desiderato/a dal mio partner (item 3)	3,558	5	,615
Mi sento eccitato/a dal/la mio/a partner (item 7)	11,312	5	,046
Desidero sessualmente il mio/a partner (item 6)	10,960	5	,052
Ho voglia di avere un rapporto sessuale (item 8)	14,290	5	,014
Voglio sentirmi più vicino/a al/la mio/a partner (item 4)	11,125	5	,049
Desidero più intimità con il/la mio/a partner (item 5)	5,697	5	,337
Ricevo attenzioni dal/la mio/a partner (item 9)	9,040	5	,107

Nella Tabella 17 si possono osservare delle differenze di genere in alcuni item. Relativamente alla domanda “ad hoc” 1 si può osservare che l’effetto della variabile genere è significativo per l’item 7 (“Mi sento eccitato/a dal/dalla mio/a partner”), item 8 (“Ho voglia di avere un rapporto sessuale”) e item 4 (“Voglio sentirmi più vicino/a al/alla mio/a partner”). Per tutti gli altri item l’effetto del genere risulta non significativo, ossia viene accettata l’ipotesi nulla (H_0). Negli item “Mi sento eccitato/a dal/dalla mio/a partner” e “Ho voglia di avere un rapporto sessuale”, i punteggi medi degli uomini sono più alti di quelli delle donne (rispettivamente 3,69 e 3,52 negli uomini e 2,70 e 2,89 nelle donne). Nell’item “Voglio sentirmi più vicino/a al/alla mio/a partner”, le donne hanno mostrato avere valori medi (3,14) più alti rispetto agli uomini (3,11).

Tabella 18 Test Chi-quadro sugli item della domanda “ad hoc” 3.

	Chi-quadro di Pearson	Gradi di libertà	Significatività
AD HOC 3			
Soddisfazione di coppia			
Intimità sessuale (item 2)	2,503	4	,644
Rapporti sessuali con il/la mio/a partner (item 3)	2,485	4	,647
Comunicazione dei desideri sessuali al/la mio/a partner (item 5)	5,342	4	,254
Vita sessuale (item 6)	2,704	4	,608
Intimità di coppia (item 1)	4,191	4	,381
Comunicazione dei miei desideri al/la mio/a partner (item 4)	1,228	4	,873
Sentirmi desiderato/a dal/la mio/a partner (item 7)	6,184	4	,186

Passando alla domanda “ad hoc” 3 (Tabella 18) si può osservare che non è presente nessun effetto significativo della variabile genere, pertanto viene accettata l’ipotesi nulla (H_0): il genere e tutti gli item di questa domanda “ad hoc” sono tra loro indipendenti.

Tabella 19 Test Chi-quadro sugli item della domanda “ad hoc” 4.

	Chi-quadro di Pearson	Gradi di libertà	Significatività
AD HOC 4			
Stimoli che favoriscono il desiderio sessuale			
Momenti di profonda intimità emotiva con il/la partner (item 2)	4,009	4	,405
Sentirmi molto desiderato/a dal/la mio/a partner (item 3)	4,001	4	,406
Ricevere molte attenzioni dal/la mio/a partner (item 4)	5,509	4	,239
Sentirmi speciale per il/la mio/a partner (item 5)	7,286	4	,122
Sentire che il/la mio/a partner comprendeva i miei desideri (item 6)	2,810	4	,590

Nella domanda “ad hoc” 4 (Tabella 19) non vi è nessun effetto significativo della variabile dipendente; per questa ragione, viene nuovamente accettata l’ipotesi nulla.

Tabella 20 Test Chi-quadro sugli item della domanda “ad hoc” 5.

	Chi-quadro di Pearson	Gradi di libertà	Significatività
AD HOC 5			
Stimoli che favoriscono l'eccitazione			
Ho vissuto profondi momenti di intimità emotiva con il/la partner (item 2)	1,815	4	,770
Ricevo attenzioni speciali da parte del mio/a partner (item 3)	2,163	4	,706
Sentirmi attraente per il/la mio/a partner (item 4)	6,204	4	,184
Sentirmi attraente in generale (item 5)	3,106	4	,540

Anche nella domanda “ad hoc 5” (Tabella 20) non è presente nessun effetto significativo tra il genere e tutti gli item delle domande “ad hoc”. Anche in questo caso viene accettata l’ipotesi nulla.

3.4.4 Analisi delle correlazioni

Tabella 21 Correlazioni tra gli elementi del BISF e gli item della domanda “ad hoc” 1 divisi per genere per la fascia “over 60”.

Età: over 60			Sessualità di coppia (F1)	Sessualità autocrotica (F2)	Insoddisfazione (F3)	Sessualità anale (F4)	Pensieri/Desideri (D1)	Frequenza attività sessuale (D3)	Piacere/Orgasmo (D5)	Soddisfazione e della relazione (D6)	c-score
AD HOC 1											
Motivazioni per avere un rapporto sessuale											
Lo desidera il/la mio/a partner (item 2)	Uomini	Correlazione (Spearman)	,333*	,312*	-.210	,243	,056	,111	,374**	,265	,388**
		Sign.	,017	,026	,140	,085	,697	,438	,007	,060	,005
	Donne	Correlazione (Spearman)	,374**	,174	,076	,227	,334*	,148	,265	,279*	,282*
		Sign.	,007	,226	,600	,113	,018	,306	,063	,050	,047
Mi sento desiderato/a dal mio/a partner (item 3)	Uomini	Correlazione (Spearman)	,349*	,279*	-.273	,144	,021	,063	,338*	,385**	,407**
		Sign.	,012	,047	,053	,312	,883	,660	,015	,005	,003
	Donne	Correlazione (Spearman)	,694**	,272	-.225	,343*	,331*	,184	,584**	,603**	,662**
		Sign.	<.001	,056	,116	,015	,019	,200	<.001	<.001	<.001
Mi sento eccitato/a dal/la mio/a partner (item 7)	Uomini	Correlazione (Spearman)	,533**	,158	-,353*	,227	,080	-.028	,588**	,526**	,536**
		Sign.	<.001	,269	,011	,108	,578	,845	<.001	<.001	<.001
	Donne	Correlazione (Spearman)	,744**	,378**	-,281*	,377**	,505**	,006	,746**	,733**	,760**
		Sign.	<.001	,007	,048	,007	<.001	,965	<.001	<.001	<.001
Desidero sessualmente il mio/a partner (item 6)	Uomini	Correlazione (Spearman)	,522**	,190	-,385**	,204	,158	-.042	,562**	,474**	,501**
		Sign.	<.001	,182	,005	,151	,269	,767	<.001	<.001	<.001
	Donne	Correlazione (Spearman)	,671**	,483**	-.255	,382**	,553**	,143	,639**	,604**	,711**
		Sign.	<.001	<.001	,074	,006	<.001	,321	<.001	<.001	<.001
Ho voglia di avere un rapporto sessuale (item 8)	Uomini	Correlazione (Spearman)	,340*	,299*	-.233	,439**	,277*	,099	,374**	,287*	,461**
		Sign.	,015	,033	,100	,001	,049	,488	,007	,041	,001
	Donne	Correlazione (Spearman)	,650**	,657**	-,438**	,463**	,578**	,137	,655**	,520**	,704**
		Sign.	<.001	<.001	,002	,001	<.001	,348	<.001	<.001	<.001
Voglio sentirmi più vicino al/la mio/a partner (item 4)	Uomini	Correlazione (Spearman)	,438**	,369**	-.166	,233	,213	,020	,322*	,437**	,466**
		Sign.	,001	,008	,249	,103	,138	,891	,022	,002	,001
	Donne	Correlazione (Spearman)	,663**	,305*	-.069	,326*	,475**	-.005	,585**	,550**	,590**
		Sign.	<.001	,031	,635	,021	<.001	,972	<.001	<.001	<.001
Desidero più intimità con il/la mio/a partner (item 5)	Uomini	Correlazione (Spearman)	,403**	,337*	-.145	,297*	,250	,014	,377**	,437**	,464**
		Sign.	,003	,015	,309	,034	,076	,920	,006	,001	,001
	Donne	Correlazione (Spearman)	,533**	,211	,012	,307*	,400**	-.041	,500**	,533**	,513**
		Sign.	<.001	,141	,937	,030	,004	,780	<.001	<.001	<.001
Ricevo attenzioni dal/la mio/a partner (item 9)	Uomini	Correlazione (Spearman)	,410**	,199	-,432**	,265	,078	,076	,439**	,484**	,497**
		Sign.	,003	,161	,002	,060	,588	,595	,001	<.001	<.001
	Donne	Correlazione (Spearman)	,736**	,266	-.233	,287*	,448**	,082	,676**	,743**	,732**
		Sign.	<.001	,062	,103	,043	,001	,570	<.001	<.001	<.001

*La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

La Tabella 21 riporta le correlazioni tra gli item delle domande “ad hoc” e gli indici del BISF. Il fattore F1, le dimensioni D5 e D6 e il *c-score* correlano positivamente con la maggior parte degli item della domanda “ad hoc” 1 per entrambi i generi (Tabella 18). Fanno eccezione la correlazione tra l’item 2 (“Lo desidera il/la mio/a partner”) e la D5 per le donne, e lo stesso item con la dimensione D6, entrambe non significative.

Il terzo fattore (Insoddisfazione), ove significativo, è correlato negativamente con gli item della domanda “ad hoc”1, a indicare come l’Insoddisfazione vada in direzione

opposta rispetto alle motivazioni che spingono ad avere un rapporto sessuale. La terza dimensione D3 (Frequenza dell'attività sessuale) non presenta correlazioni statisticamente significative con nessuno degli item della domanda "ad hoc" 1. Ciò rappresenta un elemento interessante, perché sottolinea che non c'è evidenza del fatto che la frequenza dell'attività sessuale influenzi le motivazioni per avere un rapporto, né in positivo né in negativo.

Entrando nel dettaglio dei singoli item, il primo ("Lo desidera il/la mio/a partner"), in aggiunta alle sopracitate correlazioni, è significativamente e positivamente correlato con il fattore F2 (Sessualità autoerotica) per gli uomini (corr. = ,312 e $p = ,026$) e con la dimensione D1 (Pensieri / Desideri) per le donne (corr. = ,334 e $p = ,018$), seppur debolmente.

Per quanto riguarda gli uomini l'item 3 eccetto le correlazioni significative e positive con le già citate componenti F1, D5, D6 del BISF e con il *c-score*, è correlato in modo significativo unicamente con il fattore F2 (Sessualità autoerotica) in modo debolmente positivo. Per le donne l'item in analisi è debolmente e positivamente correlato al fattore F4 (Sessualità anale) e la dimensione 1 (Pensieri e desideri). Inoltre, è rilevante la correlazione tra l'item 3 e la sessualità di coppia (F1) che risulta essere particolarmente elevata ($\rho = ,694$).

Il successivo item ("Mi sento eccitato/a dal/la mio/a partner") non ha ulteriori correlazioni significative rispetto a quelle già menzionate in precedenza (F1, F3, D5, D6, *c-score*) per gli uomini. Al contrario, le donne sono significativamente e positivamente correlate con tutti gli altri elementi del BISF. Tra l'altro, valori particolarmente elevati si possono notare in presenza del fattore F1 ($\rho = ,744$), delle dimensioni D5 ($\rho = ,746$) e D6 ($\rho = ,733$) e del *c-score* ($\rho = ,760$).

Analogamente, l'item "Desidero sessualmente il/la mio/a partner" per gli uomini non ha altre correlazioni significative oltre a quelle già discusse. Per le donne, invece, la sola correlazione non significativa è con la dimensione D3 (Frequenza dell'attività sessuale) e il fattore F3 (Insoddisfazione). Particolarmente elevata in questo caso è la correlazione con il *c-score* ($\rho = ,711$), indice del fatto che il desiderio sessuale nei confronti del/della partner nelle donne è fortemente legato al punteggio globale della funzione sessuale.

Il successivo item “Ho voglia di avere un rapporto sessuale” ha correlazioni statisticamente significative e positive con tutti gli elementi del BISF – tranne il già menzionato fattore F3, che presenta una correlazione negativa per le donne e non risulta significativo per gli uomini. È inoltre interessante osservare come i valori siano persistentemente maggiori nelle donne rispetto che negli uomini, indicando una più forte correlazione tra questo item per il campione femminile e gli elementi del BISF presi in considerazione.

“Voglio sentirmi più vicino al/la mio/a partner” presenta per gli uomini un’ulteriore correlazione significativa e positiva con il fattore F2 (Sessualità autoerotica). Per quanto riguarda invece le donne, questo item è correlato positivamente con ogni fattore e dimensione statisticamente significativi.

Il penultimo item, “Desidero più intimità con il/la mio/a partner” presenta correlazioni differenti per uomini e donne. Circa gli uomini, esso è correlato significativamente con tutti gli elementi del BISF fatta eccezione per la dimensione D3 (Frequenza dell’attività sessuale), la dimensione D1 (Pensieri/Desideri) e il fattore F3 (Insoddisfazione). Per quanto riguarda invece le donne questo item è correlato positivamente con i fattori F1 (Sessualità di coppia), F4 (Sessualità anale), il *c-score*, e le dimensioni D1, D5 e D6.

Infine, l’item “Ricevo attenzioni dal/la mio/a partner” non ha ulteriori correlazioni significative a parte quelle già discusse in precedenza con riferimento agli uomini. Per quanto riguarda le donne invece esso presenta correlazioni significative con ciascuno degli elementi del BISF, fatta eccezione per i fattori F2 e F3 e la dimensione D3. Sempre per le donne valori particolarmente alti si trovano in corrispondenza del fattore F1 ($\rho=,736$), D6 ($\rho=,743$), e il *c-score* ($\rho=,732$) a indicare che le attenzioni del partner nelle donne sono legati a valori più elevati della sessualità di coppia, della soddisfazione della relazione e della funzione sessuale nel suo complesso, e seppur con una minore intensità della percezione del piacere e dell’orgasmo ($\rho_{D5}=,676$).

genere per la fascia “over 60”.

Età: over 60			Sessualità di coppia (F1)	Sessualità autoerotica (F2)	Insoddisfazione (F3)	Sessualità anale (F4)	Pensieri/Desideri (D1)	Frequenza attività sessuale (D3)	Piacere/Orgasmo (D5)	Soddisfazione e della relazione (D6)	c-score
AD HOC 3											
Soddisfazione di coppia											
Intimità sessuale (item 2)	Uomini	Correlazione (Speaman)	,475**	-,149	-,463**	,031	-,175	-,079	,399**	,752**	,482**
		Sign.	<,001	,298	,001	,829	,220	,583	,004	<,001	<,001
	Donne	Correlazione (Speaman)	,701**	,407**	-,286*	,470**	,657**	,234	,598**	,635**	,739**
		Sign.	<,001	,003	,042	,001	<,001	,098	<,001	<,001	<,001
Rapporti sessuali con il/la mio/a partner (item 3)	Uomini	Correlazione (Speaman)	,466**	-,087	-,440**	,050	-,181	-,040	,423**	,691**	,459**
		Sign.	,001	,544	,001	,729	,203	,782	,002	<,001	,001
	Donne	Correlazione (Speaman)	,665**	,277	-,277	,301*	,548**	,224	,542**	,659**	,699**
		Sign.	<,001	,052	,052	,034	<,001	,118	<,001	<,001	<,001
Comunicazione e dei desideri sessuali al/la mio/a partner (item 5)	Uomini	Correlazione (Speaman)	,414**	-,092	-,453**	,014	-,107	-,073	,325*	,638**	,401**
		Sign.	,003	,520	,001	,921	,456	,610	,020	<,001	,004
	Donne	Correlazione (Speaman)	,796**	,275	-,295	,370*	,552**	,054	,759**	,889**	,863**
		Sign.	<,001	,105	,080	,027	<,001	,756	<,001	<,001	<,001
Vita sessuale (item 6)	Uomini	Correlazione (Speaman)	,542**	-,042	-,667**	,041	-,047	-,125	,434**	,742**	,537**
		Sign.	<,001	,795	<,001	,803	,774	,444	,005	<,001	<,001
	Donne	Correlazione (Speaman)	,590**	,212	-,402*	,378*	,429**	,206	,548**	,757**	,726**
		Sign.	<,001	,214	,015	,023	,009	,229	,001	<,001	<,001
Intimità di coppia (item 1)	Uomini	Correlazione (Speaman)	,416**	-,182	-,418**	-,070	-,241	-,025	,358**	,657**	,381**
		Sign.	,002	,201	,002	,625	,088	,859	,010	<,001	,006
	Donne	Correlazione (Speaman)	,595**	,230	-,314*	,279*	,469**	,388**	,465**	,584**	,634**
		Sign.	<,001	,107	,027	,050	,001	,005	,001	<,001	<,001
Comunicazione e dei miei desideri al/la mio/a partner (item 4)	Uomini	Correlazione (Speaman)	,537**	-,030	-,498**	,070	-,108	,069	,447**	,611**	,509**
		Sign.	<,001	,835	<,001	,625	,452	,631	,001	<,001	<,001
	Donne	Correlazione (Speaman)	,719**	,268	-,303*	,304*	,530**	,106	,584**	,735**	,707**
		Sign.	<,001	,060	,033	,032	<,001	,462	<,001	<,001	<,001
Sentimenti desiderato/a dal/la mio/a partner (item 7)	Uomini	Correlazione (Speaman)	,340*	,119	-,438**	-,106	-,124	-,062	,477**	,629**	,424**
		Sign.	,032	,464	,005	,514	,445	,704	,002	<,001	,006
	Donne	Correlazione (Speaman)	,569**	,126	-,131	,220	,418*	,094	,502**	,722**	,615**
		Sign.	<,001	,465	,445	,196	,011	,585	,002	<,001	<,001

*La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

Gli item della domanda “ad hoc” 3 (Tabella 22) avevano l’obiettivo di indagare la soddisfazione del campione circa il proprio rapporto di coppia. Come anche nel caso precedente, il fattore F1, le dimensioni D5 e D6, e il c-score presentano correlazioni significative e positive con ciascuno degli item che compongono la domanda “ad hoc” 3 sia per gli uomini che per le donne. Al contrario, come ravvisabile dalla Tabella 19 la dimensione D3 (Frequenza dell’attività sessuale) non ha correlazioni statisticamente rilevanti con nessuno degli item, tranne con l’item 1 (“intimità di coppia”) nelle donne che presenta una correlazione significativa e positiva con la frequenza dell’attività sessuale (F3). Analogamente il fattore F2 (sessualità autoerotica) presenta una sola correlazione statisticamente significativa con l’item 2 (“Intimità sessuale”) per le donne

($\rho=,407$). Infine, il fattore F3 (Insoddisfazione) presenta, ove significative, correlazioni negative e tendenzialmente elevate con gli item della domanda “ad hoc” 3 indicando una correlazione inversa tra l’Insoddisfazione della funzione sessuale e la Soddisfazione di coppia.

Analizzando in modo più approfondito le differenze tra il campione di uomini e di donne, il primo item “Intimità sessuale” presenta correlazioni significative e positive con tutti gli elementi del BISF per le donne, eccezion fatta per il fattore F3 che è negativamente correlato. Correlazioni particolarmente elevate sono quelle con il fattore F1 ($\rho=,701$) e il c-score ($\rho=,739$). Al contrario per gli uomini non vi sono altre correlazioni rilevanti a parte quelle già menzionate nel precedente paragrafo.

L’item “Rapporti sessuali con il/la mio/a partner” per gli uomini non presenta correlazioni rilevanti al di là di quelle già esaminate. Per le donne invece risultano statisticamente significative, nonché positive, le correlazioni con il fattore F4 e con la dimensione D1. Per entrambi i generi è particolarmente rilevante la correlazione con la dimensione D6 ($\rho_{uomini}=,691$; $\rho_{donne}=,659$) che sottolinea come i rapporti sessuali siano una componente rilevante per la soddisfazione in entrambi i generi.

In modo analogo l’item “Comunicazione dei desideri sessuali al/la mio/a partner” e il successivo “Vita sessuale” non presentano correlazioni particolarmente interessanti se non per entrambe quella debolmente significativa con il fattore F4 (sessualità anale) per le donne. Le donne hanno inoltre valori molti alti di correlazione tra la “Comunicazione dei desideri sessuali al/la mio/a partner” e il fattore F1 ($\rho=,796$), le dimensioni D5 e D6 (rispettivamente $\rho=,759$; $\rho=,889$) e il C-score ($\rho=,863$).

Il successivo item “Intimità di coppia” per quanto riguarda le donne presenta correlazioni significative con tutti gli elementi del BISF eccezion fatta per il fattore F2 che non correla positivamente con nessuno. Per quanto riguarda gli uomini le correlazioni non sono particolarmente interessanti se non quella con la D6 ($\rho=,657$).

Gli ultimi due item: “Comunicazione dei desideri al/la mio/a partner” e “Sentirmi desiderato/a dal/la mio/a partner” per gli uomini non presentano correlazioni significative oltre a quelle già menzionate in apertura.

Tabella 23. Correlazioni tra gli elementi del BISF e gli item della domanda “ad hoc” 4 divisi per genere per la fascia “over 60”.

Età: over 60			Sessualità di coppia (F1)	Sessualità autoerotica (F2)	Insoddisfazione (F3)	Sessualità anale (F4)	Pensieri/Desideri (D1)	Frequenza attività sessuale (D3)	Piacere/Orgasmo (D5)	Soddisfazione e della relazione (D6)	c-score
AD HOC 4											
Stimoli che favoriscono il desiderio sessuale											
Momenti di profonda intimità emotiva con il/la partner (item 2)	Uomini	Correlazione (Spearman)	,553**	,152	-,351*	,146	,011	,062	,521**	,642**	,554**
		Sign.	<,001	,288	,012	,308	,939	,665	<,001	<,001	<,001
	Donne	Correlazione (Spearman)	,761**	,302*	-,171	,377**	,626**	0,210	,613**	,688**	,713**
		Sign.	<,001	,033	,236	,007	<,001	,144	<,001	<,001	<,001
Sentirmi molto desiderato/a dal/la mio/a partner (item 3)	Uomini	Correlazione (Spearman)	,487**	,229	-,507**	,202	,157	,155	,351*	,560**	,562**
		Sign.	<,001	,107	<,001	,156	,270	,276	,011	<,001	<,001
	Donne	Correlazione (Spearman)	,559**	,086	,009	,130	,387**	-,066	,534**	,651**	,535**
		Sign.	0,276	,555	,952	,369	,005	,650	<,001	<,001	<,001
Ricevere molte attenzioni dal/la mio/a partner (item 4)	Uomini	Correlazione (Spearman)	,355*	,227	-,398**	,162	,128	,133	,378**	,468**	,461**
		Sign.	,011	,109	,004	,257	,371	,354	,006	,001	,001
	Donne	Correlazione (Spearman)	,691**	,353*	-,150	,212	,511**	-,038	,626**	,669**	,634**
		Sign.	<,001	,012	,300	,140	<,001	,794	<,001	<,001	<,001
Sentirmi speciale per il/la mio/a partner (item 5)	Uomini	Correlazione (Spearman)	,374**	,317*	-,386**	,178	,217	,130	,416**	,475**	,541**
		Sign.	,007	,024	,005	,212	,127	,364	,002	<,001	<,001
	Donne	Correlazione (Spearman)	,500**	,137	-,061	-,030	,230	-,075	,466**	,451**	,427**
		Sign.	<,001	,344	,674	,839	,107	,603	<,001	<,001	0,002
Sentire che il/la mio/a partner comprendeva i miei desideri (item 6)	Uomini	Correlazione (Spearman)	,524**	,131	-,427**	,199	,026	,070	,477**	,582**	,532**
		Sign.	<,001	,365	,002	,167	,856	,628	<,001	<,001	<,001
	Donne	Correlazione (Spearman)	,503**	,189	-,053	,045	,354*	-,105	,530**	,551**	,451**
		Sign.	<,001	,189	,714	,755	,012	,468	<,001	<,001	<,001

*La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

La successiva domanda “ad hoc” 4 (Tabella 23) è stato costruito con il fine di indagare quali siano gli stimoli che favoriscono il desiderio sessuale nelle persone di età superiore ai 60 anni. Come nei casi precedenti sono state analizzate le correlazioni con gli elementi del BISF del campione che mostrano una coerenza interna apprezzabile. Come già rilevato nei casi precedenti, anche per questa domanda “ad hoc” il fattore F1 (Sessualità di coppia), il c-score, e le dimensioni D5 (Piacere/Orgasmo) e D6 (Soddisfazione della relazione) sono correlate in modo significativo e positivo con tutti gli item che compongono la domanda “ad hoc” 4. In aggiunta, la dimensione D3 (Frequenza dell’attività sessuale) non è statisticamente correlata con nessuno degli item della domanda “ad hoc” 4 a indicare che la frequenza dell’attività sessuale non è correlata con gli stimoli che favoriscono il desiderio sessuale.

Il primo item “Momenti di profonda intimità emotiva con il/la partner” presenta significatività diverse per i due generi. Nel caso degli uomini accanto a quelle già discusse vi è una correlazione significativa, seppur di modesta entità ($\rho=-,351$), e negativa con il

fattore F3 (Insoddisfazione) a indicare che la profonda intimità emotiva con il partner si muove in direzione opposta rispetto all'insoddisfazione nei confronti della relazione. Per le donne invece il fattore F3 è il solo non statisticamente rilevante, mentre tutti gli altri elementi del BISF risultano correlati positivamente con questo item. Tra l'altro si registrano valori particolarmente elevati nelle correlazioni con il fattore F1 ($\rho=,761$) e con il *c-score* ($\rho=,713$) a indicare che la profonda intimità emotiva è strettamente legata alla sessualità di coppia e alla funzione sessuale nel suo complesso.

Il secondo item "Sentirmi molto desiderato/a dal/la mio/a partner" non presenta delle correlazioni particolarmente interessanti, se non una correlazione negativa con l'Insoddisfazione negli uomini ($\rho=-,507$).

Proseguendo nell'analisi, l'item "Ricevere molte attenzioni dal/la mio/a partner" per gli uomini presenta una correlazione negativa con il fattore F3 (Insoddisfazione), fattore che invece per le donne non presenta alcuna significatività statistica. Per le donne, l'item sotto analisi è invece fortemente correlato con il fattore F1 ($\rho=,691$) e la dimensione D6 ($\rho=,669$), e presenta delle altre correlazioni meno significative con il fattore F2 (Sessualità autoerotica) e la dimensione D1 (Pensieri/Desideri).

Gli ultimi due item, ossia "Sentirmi speciale per il/la mio/a partner" e "Sentire che il/la mio/a partner comprendeva i miei desideri" non hanno correlazioni particolarmente rilevanti. Entrambi sono negativamente correlati con l'Insoddisfazione per gli uomini (rispettivamente $\rho=-,386$ e $\rho=-,427$), mentre non sono statisticamente significativi per le donne.

L'ultimo insieme di item compone la domanda "ad hoc" 5 (Tabella 21), che è stato costruito con il fine di indagare quali siano gli stimoli che favoriscono l'eccitazione sessuale nelle persone di età superiore ai 60 anni. Seguendo il metodo illustrato in precedenza si possono fare le seguenti osservazioni generali: il fattore F1 (Sessualità di coppia), il *c-score*, e le dimensioni D5 (Piacere/Orgasmo) e D6 (Soddisfazione della relazione) sono correlate in modo significativo e positivo con tutti gli *item*. In aggiunta, la dimensione D3 (Frequenza dell'attività sessuale) non è statisticamente correlata con nessuno degli item della domanda "ad hoc" 5. Il fattore F3 (Insoddisfazione) è correlato in maniera statisticamente significativa e negativa con tutti gli item che compongono la domanda "ad hoc" 5, ma con riferimento unicamente agli uomini.

divisi per genere per la fascia “over 60”.

Età: over 60			Sessualità di coppia (F1)	Sessualità autoerotica (F2)	Insoddisfazione (F3)	Sessualità anale (F4)	Pensieri/Desideri (D1)	Frequenza attività sessuale (D3)	Piacere/Orgasmo (D5)	Soddisfazione e della relazione (D6)	c-score
AD HOC 5											
Stimoli che favoriscono l'eccitazione											
Ho vissuto profondi momenti di intimità emotiva con il/la partner (item 2)	Uomini	Correlazione (Spearman)	,613**	,156	-,543**	,211	-,014	,041	,485**	,553**	,551**
		Sign.	<,001	,274	<,001	,137	,921	,777	<,001	<,001	<,001
	Donne	Correlazione (Spearman)	,783**	,430**	-,263	,519**	,730**	,165	,711**	,801**	,795**
		Sign.	<,001	,002	,065	<,001	<,001	,253	<,001	<,001	<,001
Ricevo attenzioni speciali da parte del mio/a partner (item 3)	Uomini	Correlazione (Spearman)	,523**	,284*	-,382**	,236	,161	,166	,381**	,441**	,528**
		Sign.	<,001	,046	,006	,098	,264	,249	,006	,001	<,001
	Donne	Correlazione (Spearman)	,711**	,432**	-,267	,399**	,581**	,100	,666**	,686**	,690**
		Sign.	<,001	,002	,061	,004	<,001	,491	<,001	<,001	<,001
Sentirmi attraente per il/la mio/a partner (item 4)	Uomini	Correlazione (Spearman)	,539**	,139	-,506**	,189	,009	-,023	,447**	,592**	,523**
		Sign.	<,001	,337	<,001	,189	,948	,872	,001	<,001	<,001
	Donne	Correlazione (Spearman)	,682**	,297	-,137	,406*	,493**	-,060	,679**	,672**	,636**
		Sign.	<,001	,079	,424	,014	,002	,730	<,001	<,001	<,001
Sentirmi attraente in generale (item 5)	Uomini	Correlazione (Spearman)	,450**	,215	-,407**	,245	,096	-,010	,455**	,390*	,474**
		Sign.	,004	,183	,009	,127	,557	,952	,003	,013	,002
	Donne	Correlazione (Spearman)	,690**	,436**	-,051	,563**	,540**	,053	,649**	,405*	,581**
		Sign.	<,001	,008	,766	<,001	,001	,757	<,001	,014	<,001

*La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

Nella Tabella 24 si possono osservare le correlazioni con gli indici del BISF e gli item della domanda “ad hoc” 5. Il primo item che compone la domanda “ad hoc” 5 in esame è “Ho vissuto profondi momenti di intimità emotiva con il/la partner”. Questo item presenta una correlazione negativa particolarmente forte con il fattore F3, che cattura l’insoddisfazione, per gli uomini ($\rho=-,543$). Per quanto riguarda le donne invece, questo item correla in modo significativo e positivo con tutti gli elementi del BISF, fatta eccezione per quelli già menzionati in precedenza (F3 e D3). Inoltre, valori particolarmente alti si trovano in presenza delle correlazioni con il fattore F1 ($\rho=,783$), le dimensioni D5 ($\rho=,711$) e D6 ($\rho=,801$), e con il *c-score* ($\rho=,795$). Ciò significa che l’intimità emotiva ha effetti particolarmente elevati sulla funzione sessuale femminile in età avanzata.

L’item “Ricevo attenzioni speciali da parte del mio/a partner” per gli uomini è significativamente correlato con le prime 3 dimensioni del BISF e con le dimensioni

D5 e D6 e con il *c-score*. Per quanto riguarda le donne invece l’item è correlato con tutte le dimensioni e tutti i fattori del BISF (tranne quelli già menzionati). Tra l’altro con riferimento a questo item i valori delle donne sono persistentemente più alti rispetto a quelli degli uomini con la correlazione tra sessualità di coppia e le attenzioni

particolarmente forte ($\rho=,711$) ad indicare che per le donne le attenzioni ricevute dal partner o dalla partner hanno un effetto molto rilevante sul valore della sessualità di coppia.

L'item "Sentirmi attraente per il/la mio/a partner" per gli uomini ha una sola correlazione significativa ulteriore rispetto a quelle già analizzate: gli uomini presentano infatti una correlazione negativa con il fattore F3 ($\rho=-,506$). Le donne invece presentano correlazioni significative e positive con il fattore F4 (Sessualità anale) e la dimensione D1 (Pensieri/Desideri), anche se valori interessanti si rilevano in presenza della correlazione con il fattore F1 ($\rho=,682$) e la dimensione D5 ($\rho=,679$).

L'ultimo item, "Sentirmi attraente in generale" è correlato negativamente con il fattore F3 per gli uomini. Per le donne correla positivamente con i fattori F1, F2 e F4 e con la dimensione D1, D5 e D6 e con il *c-score*.

Infine, si è voluto procedere con una correlazione tra il grado di scolarizzazione e il desiderio sessuale nella terza età. Tale correlazione ha portato a un risultato significativo seppur di modesta entità ($\rho=,194^*$; $p=,042$) che apre la strada a ulteriori studi volti ad approfondire questo tema.

Capitolo 4 – Discussione dei risultati

4.1 Discussione

Lo scopo della presente ricerca era di indagare l'andamento della funzione sessuale nella terza età mediante l'analisi dei dati raccolti somministrando il BISF a un campione costituito da 110 rispondenti di età superiore ai 60 anni. Successivamente è stato sottoposto il medesimo questionario a un gruppo di controllo composto da 113 persone di età compresa tra i 18 e i 59 anni per indagare la presenza di differenze nella funzione sessuale tra i due gruppi anagrafici. Lo studio ha valutato l'influenza di 2 variabili indipendenti: genere ed età su 4 categorie di variabili dipendenti:

- I. i 4 fattori definiti dal BISF stesso (sessualità di coppia, sessualità autoerotica, insoddisfazione e sessualità anale);
- II. le 7 dimensioni ricavate dal BISF (pensieri/desideri, eccitazione, frequenza dell'attività sessuale; ricettività/iniziativa, piacere/orgasmo, soddisfazione della relazione e problemi che interferiscono sulla funzione sessuale);
- III. il *c-score* quale indicatore globale della funzione sessuale;
- IV. le 5 domande ad-hoc sviluppate per approfondire la conoscenza della sessualità nella terza età.

La prima ipotesi che si è voluta indagare riguarda la frequenza dell'attività sessuale e le sue variazioni nel passaggio da un gruppo anagrafico al successivo. Tale ipotesi è confermata dai valori della terza dimensione del BISF, che rappresenta la frequenza dell'attività sessuale, che dimostrano come vi sia una netta riduzione con l'aumentare dell'età. In letteratura sono presenti molti studi che riportano che durante l'invecchiamento vi sia un calo dell'attività sessuale, anche se questo non significa che non vi sia un interesse al riguardo (Kinsey, 1953; Masters e Johnson, 1966; Gott e Hinchliff, 2003; Lee e O'Connor, 2016).

L'ipotesi successiva riguardava la presenza di una correlazione tra la soddisfazione della relazione e la soddisfazione sessuale nelle persone che hanno un/una partner fisso. Tale ipotesi risulta verificata dalle alte correlazioni tra la dimensione della soddisfazione della relazione sessuale e gli item della domanda "ad hoc 3" che catturano l'auto-

valutazione della soddisfazione di coppia. I risultati ottenuti sono coerenti con la letteratura, infatti lo studio di Chao e collaboratori (2011) ha messo in evidenza che un aumento della soddisfazione sessuale influisce positivamente sulla soddisfazione della propria relazione. La soddisfazione relazionale non diminuisce con l'aumentare dell'età, infatti dai dati non risultano esserci differenze nella soddisfazione della relazione che varino secondo la variabile dell'età. Attraverso questi risultati si può concludere che nelle coppie anziane, aventi un rapporto stabile, la percezione di avere una relazione positiva e appagante può influenzare positivamente l'esperienza sessuale (Trudel et al., 2000; Waite et al., 2009; Waite et al., 2017).

Non è stata potuta verificare la terza ipotesi, che supponeva che alcuni problemi di salute (ipertensione, problemi cardiovascolari, diabete o altre patologie gravi), la menopausa nelle donne, i problemi alla prostata negli uomini e alcuni farmaci (DeLamanter, 2012; Capodieci e Sanzovo, 2017) siano correlati con le motivazioni che impediscono di avere un rapporto pur desiderandolo, per le ragioni già riportate in precedenza.

La quarta ipotesi è che le motivazioni che spingono uomini e donne ad avere rapporti sessuali diventino simili con l'avanzare dell'età. Dai risultati emersi è possibile notare che non vi siano differenze significative tra i due generi sugli stimoli e sulle situazioni che aumentano il desiderio e l'eccitazione sessuale. I dati sono coerenti con la letteratura, nella quale viene riportato che per gli uomini più anziani e nelle donne i motivi che aumentano il desiderio e l'eccitazione sono legati anche ad aspetti psicologici ed emotivi, come sentirsi desiderati, vicini, emotivamente connessi al/alla propria partner e sentirsi attraenti (Graham et al., 2004; Janssen et al., 2008; Pappalardo e Panzeri, 2014; Chao, Li, Ma Hao e Shi, 2009; Skalacka e Gerymski, 2018). Tuttavia, sono risultate delle differenze di genere in alcune motivazioni per avere un rapporto sessuale. In particolare, nelle donne si sono riscontrati valori più alti nell'item "voglio sentirmi più vicino/a al/alla mio/a partner". Questo risultato è coerente con il modello proposto da Basson (2000). Gli uomini, invece, hanno mostrato valori maggiori negli item "mi sento eccitato/a dal/dalla mio/a partner" e "ho voglia di avere un rapporto sessuale" che rappresentano motivazioni più legate ad aspetti sessuali. Questo si somma ai risultati sulle componenti psicologiche e comportamentali alla base delle motivazioni per avere un rapporto. Ciò è coerente con

lo studio di Janssen e collaboratori (2008) che riporta una maggior complessità nella risposta sessuale degli uomini rispetto al modello di Masters e Johnson (1966).

Infine l'ultima ipotesi voleva indagare se le persone con un maggiore di istruzione abbiano valori più alti nel desiderio sessuale. I risultati hanno mostrato che vi è una correlazione, seppur modesta, e rispecchiano la letteratura, nella quale viene riscontrato che alti livelli di istruzione sono associati a un maggiore desiderio rispetto a chi ha un basso livello di istruzione (DeLamanter e Sill, 2005; Papharitou et al., 2007). Per questo risultato è necessario tenere in considerazione la natura del campione, nel quale il livello di scolarizzazione risulta essere molto alto e non omogeneamente distribuito nel campione.

Attraverso le analisi delle correlazioni si è voluto vedere se ci sono delle interazioni tra le domande "ad hoc" (motivazioni per avere rapporti, gli stimoli che aumentano il desiderio e l'eccitazione) e i fattori, le dimensioni e il *c-score* del BISF. Dalle correlazioni sono emersi dei risultati degni di nota. In primis la maggior parte degli item delle domande "ad hoc" correla positivamente con la maggior parte delle componenti del BISF, seppur in misura diversa (e con valori più forti nelle donne), a indicare che le motivazioni per avere un rapporto, la soddisfazione (sia sessuale che relazionale), gli stimoli e le situazioni che aumentano il desiderio e quelli che favoriscono l'eccitazione influenzino la sessualità di coppia, la sessualità autoerotica, la sessualità anale, i pensieri/desideri, il piacere/orgasmo e la funzione sessuale in generale.

La frequenza dell'attività sessuale non è risultata significativamente correlata con nessun item delle domande "ad hoc". Quindi non vi è evidenza che le motivazioni per avere un rapporto, gli stimoli e situazioni che favoriscono il desiderio e l'eccitazione sessuale influenzino la frequenza dell'attività sessuale. Questo dato è in linea con la letteratura che riporta che il calo dell'attività sessuale non sia legato a una diminuzione della soddisfazione della relazione o sessuale e dell'interesse del desiderio verso l'attività sessuale (Gott e Hinchliff, 2003; Lee e O'Connor, 2016). In riferimento a questi dati vi è solo un'eccezione, ovvero nell'item relativo all'intimità di coppia dove vi è una correlazione positiva molto debole.

Per quanto riguarda l'insoddisfazione, sono state riscontrate molte correlazioni negative negli uomini nelle domande relative alle motivazioni per avere un rapporto, agli stimoli e situazioni che aumentano il desiderio e l'eccitazione sessuale, e indicano una direzione opposta: tanto più i valori delle motivazioni e degli stimoli e situazioni sono alti, tanto più sarà bassa l'insoddisfazione. Nelle donne è presente solo una correlazione negativa nelle motivazioni, seppur molto bassa. Gli item sulla soddisfazione sono risultati tutti negativamente correlati all'insoddisfazione negli uomini, mentre nelle donne solo gli item: "intimità di coppia" e "intimità sessuale". È interessante che l'insoddisfazione correli negativamente con i valori della maggior parte degli item delle domande "ad hoc" relative alla soddisfazione negli uomini. Questi dati possono voler dire gli uomini si ritengono più insoddisfatti della loro relazione a livello sessuale in assenza degli stimoli e delle situazioni descritti dagli item.

Per quanto riguarda le motivazioni per avere un rapporto sessuale alcuni item sono risultati fortemente correlati con alcuni elementi. Per le donne sentirsi eccitate dal proprio partner risulta essere fortemente legato con la sessualità di coppia, il piacere sessuale, la soddisfazione della relazione e la funzione sessuale globale ($\rho=,744$; $\rho=,746$; $\rho=,733$ e $\rho=,760$).

Nella domanda "ad hoc" che valuta la soddisfazione sessuale sono emerse forti correlazioni positive con la soddisfazione della relazione sessuale desunta dal BISF, sia negli uomini che nelle donne. Infatti i due indici misurano variabili molto simili tra loro. Questi risultati sono coerenti con la seconda ipotesi, ovvero che la soddisfazione sessuale e la soddisfazione della relazione sessuale si influenzino positivamente (Trudel et al., 2000; Waite et al., 2009; Waite et al., 2017). Una correlazione particolarmente forte si trova nelle donne tra la comunicazione dei propri desideri sessuali al partner e la soddisfazione della relazione e la funzione sessuale in generale.

Negli stimoli o situazioni che favoriscono il desiderio sessuale sono presenti due correlazioni forti nelle donne tra momenti di profonda intimità emotiva con il partner e sessualità di coppia e il *c-score*. A indicare che questa situazione favorisca la funzione sessuale globale e in particolare gli aspetti che compongono la sessualità di coppia. Questo dato è coerente con la letteratura e in particolare con il modello circolare della Basson (2000).

Infine, nell'ultima domanda "ad hoc" relativa agli stimoli e situazioni che favoriscono l'eccitazione sessuale tutte le correlazioni forti si riferiscono solo al genere femminile. In particolare, è emerso che vivere dei momenti di profonda intimità emotiva è positivamente correlato alla sessualità di coppia, ai pensieri o desideri, alla soddisfazione della relazione e al *c-score*. I valori indicano che questa specifica situazione per le donne sia fortemente legata a questi aspetti della sessualità, ed è coerente con il modello della Basson (2000). Anche ricevere attenzioni speciali da parti del partner nelle donne ha una forte correlazione con la sessualità di coppia, a indicare che questo aspetto sia importante nell'influenzare la sessualità. Lo studio di Graham e collaboratori (2004) ha mostrato che ricevere attenzioni dal proprio partner sia tra i fattori che favoriscono l'eccitazione.

Nelle donne anche sentirsi desiderati dal proprio partner e in generale ha ottenuto una correlazione forte con la sessualità di coppia e l'orgasmo. Lo studio di Koch et al. (2005) aveva messo in evidenza come sentirsi sciatti o trascurati in seguito all'invecchiamento sia un inibitore del desiderio sessuale perché porta le donne a non sentirsi attraenti e desiderabili. A fronte di questi risultati sarebbe interessante approfondire quest'aspetto.

Nonostante, come indagato nella quarta ipotesi, non vi siano differenze di genere tra le domande "ad hoc" se non, come già riportato, in 3 item, nelle correlazioni sono presenti differenze di genere: gli uomini correlano negativamente con l'insoddisfazione nella maggior parte degli item, e le donne presentano valori più forti nelle correlazioni.

4.2 I limiti della ricerca

Uno dei principali limiti della ricerca è relativo al campione analizzato. Infatti, la numerosità del campione era molto piccola e quindi non rappresentativa della popolazione generale. Per questo studio sarebbe raccomandabile un campione di almeno 250 uomini e donne (50% uomini e 50% donne) con età pari o superiore a 60 anni. La scarsità del campione è dovuta a una difficoltà nel reclutamento dello stesso. La difficoltà può essere dovuta al tema della ricerca ancora avvolto da tabù e false credenze (Claman, 1966; Capodieci, 1996; Bildtgård, 2000). Inoltre, il campione *over 60* non è omogeneamente distribuito dai 60 agli 86 anni, ma si situa tra i 60 e i 70 anni.

Una difficoltà è stata riscontrata durante il reclutamento del campione. Le persone sono state contattate tramite passaparola di amici o conoscenti, oppure su piattaforme social, mentre i questionari cartacei non hanno avuta nessuna risposta. Molte attività commerciali hanno rifiutato il consenso a tenere e proporre il questionario ai loro clienti. Pertanto, il campione è stato raccolto esclusivamente online, obbligando i partecipanti a rispondere attraverso l'utilizzo di smartphone, tablet o computer, non accessibili a tutta la popolazione anziana.

I partecipanti alla ricerca sono risultati avere un alto livello di scolarizzazione; infatti, il 48% ha dichiarato di essere laureato o avere un grado d'istruzione più elevato (come un master o una specializzazione) e non sono rappresentativi della popolazione. Dalla letteratura risulta che le persone con un alto livello d'istruzione siano più propense ad avere atteggiamenti positivi verso la sessualità (DeLamanter e Sill, 2005; Addis et al., 2006; Papaharitou et al., 2007).

4.3 Le Prospettive future

Per quanto riguarda le prospettive future, sarebbe auspicabile riproporre questo studio ampliando il campione e cercando di raggiungere un campione più ampio anche nell'età superiore ai 70 anni, in modo da avere dei dati che possano essere omogenei e rappresentativi della popolazione.

Inoltre, sarebbe interessante indagare maggiormente la sessualità nei *single*. Si potrebbero proporre dei *focus group* in base al genere. In questo modo e sulla base della letteratura si potrebbero creare delle domande specifiche da proporre a un campione più ampio.

La presente ricerca non poneva limitazioni in base all'orientamento sessuale; tuttavia, quasi tutti i partecipanti *over 60* hanno affermato di essere eterosessuali. Nel futuro sarebbe importante riuscire a svolgere la medesima ricerca su coppie omosessuali per vedere se i fattori che influenzano negativamente e positivamente la sessualità negli anziani cambino in base all'orientamento sessuale.

Infine, sarebbe interessante ideare e proporre un questionario al personale medico e sanitario (come geriatri, infermieri, andrologi, psichiatri o medici di base) sul loro interesse verso le problematiche sessuali dei loro pazienti e sulla conoscenza che hanno sull'argomento.

Conclusione

La sessualità nella terza età è ancora oggi poco studiata e col presente lavoro si è voluta approfondire questa tematica. La maggior parte degli anziani prova interesse per la sessualità e possono rimanere sessualmente attivi fino ai 70 e 80 anni (DeLamanter, 2012). In letteratura sono presenti molti studi che si interessano ai cambiamenti fisici e alle disfunzioni sessuali che possono presentarsi con l'avanzare dell'età e solo recentemente si è mostrato interesse anche per altri aspetti, come il rapporto tra la soddisfazione relazionale e sessuale, l'intimità emotiva, la sensazione di sentirsi amati e vicini dal proprio partner (Jassen et al., 2008; Chao et al., 2009; Skalacka e Gerymski, 2018).

Lo scopo della presente ricerca era approfondire maggiormente e confermare alcune ipotesi sulla sessualità nella terza età in un campione italiano. Nonostante il campione ridotto, lo studio si colloca in una panoramica più ampia di studi internazionali, seppur ridotti rispetto alla complessità del tema.

Dai risultati è emerso gli anziani si dimostrano interessati alla sessualità e attivi, nonostante vi sia un calo di desiderio. La frequenza dei rapporti non è risultata essere correlata con altri elementi in analisi secondo le correlazioni con riferimento all'indice di Spearman; pertanto, si può affermare che la vita sessuale degli anziani è soddisfacente e che il calo della frequenza non è rilevante per la funzione sessuale (Kinsey, 1953; Masters e Johnson, 1966; Gott e Hinchliff, 2003; Lee e O'Connor, 2016). Per quanto riguarda la soddisfazione relazionale nelle coppie di lunga data vi è una forte correlazione con la soddisfazione sessuale (Trudel et al., 2000; Waite et al., 2009; Waite et al., 2017). Sarebbe interessante poter approfondire maggiormente facendo un confronto tra coppie stabili e coppie formate da un tempo più ridotto per vedere se vi siano differenze nella soddisfazione relazionale e sessuale. Le motivazioni che spingono uomini e donne anziani ad avere rapporti sessuali, gli stimoli e le situazioni che favoriscono il desiderio sessuale e l'eccitazione sono risultati in linea con la letteratura. (Graham et al., 2004; Janssen et al., 2008; Pappalardo e Panzeri, 2014; Chao, Li, Ma Hao e Shi, 2009; Skalacka e Gerymski, 2018). Seppur nelle correlazioni ci sono delle differenze di genere degne di nota, in quanto negli uomini l'insoddisfazione correla negativamente con in ogni item delle domande "ad hoc", mentre le donne presentano un legame più forte nelle correlazioni tra gli indici del BISF e le domande "ad hoc", escluse la frequenza sessuale e l'insoddisfazione, con le quali non vi sono correlazioni. In riferimento al livello

d'istruzione, coerentemente con i risultati della letteratura (DeLamanter e Sill, 2005; Papharitou et al., 2007), la correlazione è presente seppur bassa; pertanto, necessita di essere approfondito in ulteriori studi.

Bibliografia⁴

- Abrams, D., Vauclair, M., & Swift, H. J. (2011). Predictors of attitudes to age across Europe.
- Addis, I. B., Van Den Eeden, S. K., Wassel-Fyr, C. L., Vittinghoff, E., Brown, J. S., & Thom, D. H. (2006). Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstetrics and Gynecology (New York. 1953)*, 107(4), 755–764.
- *Ahn, S., & Park, H. (2016). A Study on Sexual Function, Sexual Stress, and Quality of Life in Middle Aged Women Patients with Diabetes Mellitus. *Kibon Kanho Hakhoe Chi*, 23(4), 393–401.
- Applewhite, & Talò, A. (2017). *Il bello dell'età: manifesto contro l'ageismo*. Corbaccio.
- Associazione degli ex parlamentari della Repubblica. (2002). *Una società per tutte le età: presenza e diritti degli anziani in Italia*. Edizioni dell'Università Popolare.
- Aveni Casucci. (1992). *Psicogerontologia e ciclo di vita*. Mursia.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51-65.
- Basson, R. (2002). Are our definitions of women's desire, arousal and sexual pain disorders too broad and our definition of orgasmic disorder too narrow?. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(4), 289-300.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 172(10), 1327–1333.
- Basson, R. (2014). On the Definition of Female Sexual Interest/Arousal Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 43(7), 1225–1226.
- Bauer, M., McAuliffe, L., & Nay, R. (2007). Sexuality, health care and the older person: An overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 2(1), 63–68.

⁴ Dei lavori contrassegnati con l'asterisco è stato possibile consultare solo l'abstract.

- Beckman, N., Waern, M., Gustafson, D., & Skoog, I. (2008). Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: Cross sectional survey of four populations, 1971-2001. *BMJ*, 337(7662), 151–154.
- Bildtgård, T. (2000). The Sexuality of Elderly People on Film—Visual Limitations. *Journal of Aging and Identity*, 5(3), 169–183.
- Buizza, C., & Cristini, C. (2008). Sessualità e senescenza. *Giornale di Gerontologia*, 56(6), 623–632.
- Butler, R. N. (1969). Age-Ism: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist*, 9(4_Part_1), 243–246.
- Buizza, C. & Cristini, C. (2008). *Sessualità e senescenza. Giornale di Gerontologia, call56(6), 623-632.*
- Call, V., Sprecher, S., & Schwartz, P. (1995). The incidence and frequency of marital sex in a national sample. *Journal of Marriage and the Family*, 57(3), 639–652.
- Capodieci, S. (1996). *L'età dei sentimenti amore e sessualità dopo i 60 anni*. Città nuova.
- Capodieci. (2012). *Fondamenti di sessuologia: aspetti medici, psicologici, sociali e filosofici della sessualità umana*. Libreriauniversitaria.it.
- Capodieci, S., & Sanzovo, S. (2018). *Psicosessuologia: Il manuale del consulente sessuale*. Libreriauniversitaria.it.
- *Cea García, J., Márquez Maraver, F., & Rubio Rodríguez, M. C. (2022). Cross-sectional study on the impact of age, menopause and quality of life on female sexual function. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(5), 1225–1232.
- Chao, J.-K., Lin, Y.-C., M., M.-C., Lai, C.-J., Ku, Y.-C., Kuo, W.-H., & Chao, I.-C. (2011). Relationship among sexual desire, sexual satisfaction, and quality of life in middle-aged and older adults. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(5), 386–403.
- Claman, A. D. (1966). Sexual difficulties after 50. *Canadian Medical Association Journal*, 94(5), 207–207.

- Cozza A. (2018/2019). *“La sessualità nella terza età: un’ipotesi di ricerca* [Tesi di laurea magistrale]. Università degli studi di Padova.
- *Deacon, S., Minichiello, V., & Plummer, D. (1995). Sexuality and older people: Revisiting the assumptions: Learning to live at all ages. *Educational Gerontology*, 21(5), 497–513.
- DeBeni, R., & Borella, E. (2015). *Psicologia dell’invecchiamento* (2. ed). Il Mulino.
- DeLamater, J. (2012). Sexual Expression in Later Life: A Review and Synthesis. *The Journal of Sex Research*, 49(2–3), 125–141.
- DeLamater, J. D., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *The Journal of Sex Research*, 42(2), 138–149.
- DeLamater, J., & Koepsel, E. (2015). Relationships and sexual expression in later life: A biopsychosocial perspective. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(1), 37–59.
- DeLamater, J., Koepsel, E. R., & Johnson, T. (2019). Changes, changes? Women’s experience of sexuality in later life. *Sexual & Relationship Therapy*, 34(2), 211–227.
- DeLamater, J., & Moorman, S. M. (2007). Sexual behavior in later life. *Journal of Aging and Health*, 19(6), 921–945. Scopus.
- Deponte, A., & Vetere, A. (2007a). Lo studio degli stereotipi associati all’età: Il caso degli anziani. *Rassegna di psicologia*, 2.
- Deponte, A., & Vetere, A. (2007b). Lo studio degli stereotipi associati all’età: Il caso degli anziani = Investigating age-related stereotypes: The case of the elderly. *Rassegna di Psicologia*, 24(2), 95–108.
- Fileborn, B., Thorpe, R., Hawkes, G., Minichiello, V., & Pitts, M. (2015). Sex and the (older) single girl: Experiences of sex and dating in later life. *Journal of Aging Studies*, 33, 67–75.
- Gambini, P. (2007). *Psicologia della famiglia: La prospettiva sistemico-relazionale / Paolo Gambini*. F. Angeli.

- Gharibi, T., Gharibi, T., & Ravanipour, M. (2019). Facilitators and barriers affecting sexual desire in elderly Iranian women: A qualitative study. *Sexual and Relationship Therapy, 34*(2), 228–241.
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine, 56*(8), 1617–1628.
- Gould, D. C. (2007). Managing the andropause. *Update, 74*(1), 63–67.
- Gözüyeşil, E., Vurgec, B. A., Sürücü, S. G., & Köroğlu, C. O. (2021). The Relationship between the Attitudes towards Menopause and Sexual Functions among Women in the Climacteric Period, Turkey. *Journal of Midwifery & Reproductive Health, 9*(3), 1–10.
- Graham, C. A., Sanders, S. A., Milhausen, R. R., & McBride, K. R. (2004). Turning On and Turning Off: A Focus Group Study of the Factors That Affect Women's Sexual Arousal. *Archives of Sexual Behavior, 33*(6), 527–538.
- Hillman, J. (1999). The force of character & the lasting life. *Calgary Herald*.
- Hinchliff, S., & Gott, M. (2008). Challenging Social Myths and Stereotypes of Women and Aging: Heterosexual Women Talk About Sex. *Journal of Women & Aging, 20*(1/2), 65–81.
- Hylmarova, S., Stechova, K., Pavlinkova, G., Peknicova, J., Macek, M., & Kvpil, M. (2020). The impact of type 1 diabetes mellitus on male sexual functions and sex hormone levels. *Endocrine Journal, 67*(1), 59–71.
- Janssen, E., McBride, K. R., Yarber, W., Hill, B. J., & Butler, S. M. (2008). Factors that Influence Sexual Arousal in Men: A Focus Group Study. *Archives of Sexual Behavior, 37*(2), 252–265.
- *Kaas, M. J. (1981). Geriatric Sexuality Breakdown Syndrome. *The International Journal of Aging and Human Development, 13*(1), 71–77.
- Kaplan, H. S. (1982). *I disturbi del desiderio sessuale: Gli sviluppi teorici e pratici della nuova terapia sessuale / Helen Singer Kaplan ; traduzione di Daniela Cesoni ; prefazione di Willy Pasini*. A. Mondadori.

- Karraker, A., & DeLamater, J. (2013a). Past-year sexual inactivity among older married persons and their partners. *Journal of Marriage and Family*, 75(1), 142–163.
- Koch, P. B., Mansfield, P. K., Thureau, D., & Carey, M. (2005). «Feeling Frumpy»: The Relationships Between Body Image and Sexual Response Changes in Midlife Women. *Journal of Sex Research*, 42(3), 215–223.
- Koutsampasopoulos, K., Imprialos, K., Stavropoulos, K., Vogiatzis, I., Pittaras, A., Grassos, C., Manolis, A. J., Faselis, C., Kokkinos, P., Manafis, A., Piperidou, A., & Doumas, M. (2019). Atrial fibrillation is associated to sexual function of hypertensive patients with heart failure: new findings, new considerations? *Journal Of Hypertension*, 37, E185.
- Koutsampasopoulos, K., Stavropoulos, K., Imprialos, K., Zografou, I., Sampanis, C., Katsimardou, A., Patoulis, D., Sachinidis, A., Petidis, K., Athyros, V., Karagiannis, A., & Doumas, M. (2019). Hypertensive patients with heart failure: what is the impact of diabetes mellitus on their sexual function? *Journal Of Hypertension*, 37, E246.
- Laumann, E. O., & Waite, L. J. (2008). Sexual dysfunction among older adults: Prevalence and risk factors from a nationally representative U.S. probability sample of men and women 57-85 years of age. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(10), 2300–2311.
- Lee, D. M., Nazroo, J., O'Connor, D. B., Blake, M., & Pendleton, N. (2016). Sexual health and well-being among older men and women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 133–144.
- Levine, S. B. (2003). The Nature of Sexual Desire: A Clinician's Perspective. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 279–285.
- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muirheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 357(8), 762–775.

- Lindau, S. T., & Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: Evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ*, *340*, c810.
- *Mahieu, L., & Gastmans, C. (2012). Sexuality in institutionalized elderly persons: A systematic review of argument-based ethics literature. *International Psychogeriatrics*, *24*(3), 346–357.
- Mahieu, L., & Gastmans, C. (2015). Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *52*(12), 1891–1905.
- Mahler, C. (2017). What is the situation with human rights of the elderly?: UN Open-ended Working Group on Ageing—Review and prospects. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *50*(4), 281–286.
- Malek, M. A., & Razzak, M. A. (2017). Rights of the elderly: An emerging human rights discourse. *International Journal of Law and Management*, *59*(2), 284–302.
- Malta, S. (2007). Love actually! Older adults and their romantic internet relationships. *Australian Journal of Emerging Technologies and Society*, *5*(2), 84–102. Scopus.
- Maraolo, A. E. (2020). Epidemiologia dell'emergenza da COVID-19: Cinque domande e altrettante risposte. *Medici Oggi*.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown; trad.it. *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna*. Milano: Feltrinelli, 1967.
- Matsumoto, A. M. (2002). Andropause: Clinical implications of the decline in serum testosterone levels with aging in men. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, *57*(2), M76–M99.
- Mazer, N. A., Leiblum, S. R., & Rosen, R. C. (2000). The brief index of sexual functioning for women (BISF-W): a new scoring algorithm and comparison of normative and surgically menopausal populations. *Menopause*, *7*(5), 350-363.
- McFarland, M. J., Uecker, J. E., & Regnerus, M. D. (2011). The role of religion in shaping sexual frequency and satisfaction: Evidence from married and unmarried older adults. *Journal of Sex Research*, *48*(2–3), 297–308.

- *McWilliams, S., & Barrett, A. E. (2014). Online dating in middle and later life: Gendered expectations and experiences. *Journal of Family Issues*, 35(3), 411–436. Scopus.
- Mengheri, M., & Liperini, G. (2009) *Stereotipi, pregiudizi e mobbing nella terza età l'affettività come promozione della salute*.
- Metz, m. E., & miner, m. H. (1998). Psychosexual and psychosocial aspects of male aging and sexual health. *The canadian journal of Human Sexuality*, 7(3), 245–259.
- Miele. (2021). *Anziani, salute e società: politiche di welfare, discorso pubblico e cura quotidiana*. Il Mulino.
- Morales, A., & Lunenfeld, B. (2002). Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. Official Recommendation. *The Aging Male*, 14.
- Morley, J. E. (2006). Sexuality and aging. *Sexuality and aging., Principles and practice of Geriatric Medicine*(4), 115–122.
- Mucchi Faina, A. (2013). *Troppo giovani, troppo vecchi: Il pregiudizio sull'età / Angelica Mucchi Faina*. GLF Laterza.
- *Nunes, S. K., Rudge, C. V. C., Quiroz, S. C. B. V., Hallur, R. L., Prudencio, C. B., Pinheiro, F. A., Filho, C. I. S., Odland, J., Calderon, I. M. P., Barbosa, A. M. P., & Rudge, M. V. C. (2020). Impact of Gestational Diabetes Mellitus on Sexual Function: A Case-Control Study. *Journal of Women's Health (2002)*, 29(8), 1150–1159.
- Özcan, T., Benli, E., Özer, F., Demir, E. Y., Kaya, Y., & Ayyıldız, A. (2016). The association between symptoms of sexual dysfunction and age at onset in Parkinson's disease. *Clinical Autonomic Research*, 26(3), 205–209.
- Panzeri, M. (2013). *Psicologia della sessualità / Marta Panzeri*. Il mulino.
- Panzeri, M., Donà, M. A., & Cusinato, M. (2006). La sessualità della coppia nel ciclo di vita familiare. *Rivista di sessuologia*, 30(2), 1–7.
- Panzeri, M., & Raoli, V. (2010). Il Brief Index of Sexual Functioning for Men (BISF-M): validazione su un campione italiano. *Rivista di sessuologia clinica*.

- Panzeri, M., Ronconi, L., Donà, M. A., & Optale, G. (2009). Il Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W): validazione su un campione italiano. *Rivista di sessuologia clinica*.
- Panzeri, M., & Fontanesi, L. (2013). *La sessualità femminile: Fattori eccitanti e inibenti. Uno studio tramite focus group su donne italiane*.
- Papaharitou, S., Nakopoulou, E., Kirana, P., Giaglis, G., Moraitou, M., & Hatzichristou, D. (2007). Factors associated with sexuality in later life: An exploratory study in a group of Greek married older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46(2), 191–201.
- Pappalardo D., & Panzeri M. (2015). Sexual arousal and sexual inhibition: Qualitative study on Italian men through focus group. *Journal of Sexual Medicine*, 12, 241-241.
- *Powell, C. B., Alabaster, A., Le, A., Stoller, N., Armstrong, M. A., & Raine-Bennett, T. (2020). Sexual function, menopausal symptoms, depression and cancer worry in women with BRCA mutations. *Psycho-Oncology (Chichester, England)*, 29(2), 331–338.
- Ravanipour, M., Gharibi, T., & Gharibi, T. (2013). Elderly women's views about sexual desire during old age: A qualitative study. *Sexuality and Disability*, 31(2), 179–188.
- *Robinson, J. D., & Skill, T. (1995). The invisible generation: Portrayals of the elderly on prime-time television. *Communication Reports*, 8(2), 111–119.
- Santos-Iglesias, P., Byers, E. S., & Moglia, R. (2016). Sexual well-being of older men and women. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 25(2), 86–98.
- Sathyanarayana Rao, T., Tandon, A., Manohar, S., & Mathur, S. (2018). Clinical Practice Guidelines for management of sexual disorders in elderly. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(7), 397–409.
- Smith, L. J., Mulhall, J. P., Deveci, S., Monaghan, N., & Reid, M. (2007). Sex After Seventy: A Pilot Study of Sexual Function in Older Persons. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(5), 1247–1253.

- Tamanza, G. (2001). *Anziani rappresentazioni e transizioni dell'ultima età della vita*. Angeli.
- Taylor, J. F., Rosen, R. C., & Leiblum, S. R. (1994). Self-report assessment of female sexual function: Psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women. *Archives of Sexual Behavior*, 23(6), 627–643.
- Dorner, C. Berner, S. Haider, I. Grabovac, T. Lamprecht; K.H. Fenzl & L. Erlacher. (2018). *Sexual health in patients with rheumatoid arthritis and the association between physical fitness and sexual function: A cross-sectional study*. *Rheumatology International* volume 38, 1103–1114.
- Trudel, G., Turgeon, L., & Piché, L. (2000). Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy*, 15(4), 381–406.
- Umidi, S., Pini, M., Ferretti, M., Vergani, C., & Annoni, G. (2007). Affectivity and sexuality in the elderly: Often neglected aspects. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44, 413–417.
- Waite, L. J., Laumann, E. O., Das, A., & Schumm, L. P. (2009). Sexuality: Measures of partnerships, practices, attitudes, and problems in National Social Life, Health, and Aging Study. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B(Suppl 1), I56–I66.
- Waite, L. J., Iveniuk, J., Laumann, E. O., & McClintock, M. K. (2017). Sexuality in older couples: Individual and dyadic characteristics. *Archives of Sexual Behavior*, 46(2), 605–618.

Sitografia

Congresso Nazionale SIGG 2018:

https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/12/News_Quando-si-diventa-anziani.pdf.

Dati anagrafici popolazione ISTAT 2020:

[https://www.istat.it/demografiadelleuropa/bloc1c.html?lang=it#:~:text=Cominci amo%20col%20guardare%20l'evoluzione,5%20punti%20percentuali%20\(p.p\).](https://www.istat.it/demografiadelleuropa/bloc1c.html?lang=it#:~:text=Cominci amo%20col%20guardare%20l'evoluzione,5%20punti%20percentuali%20(p.p).)

Dati sulla condizione di salute della popolazione anziana ISTAT 2019:

<https://www.istat.it/it/archivio/259588>