

**Genere e sessualità nei vissuti di malattia  
e invecchiamento: tra narrazioni  
dominanti e contro-discorsi / Doing  
gender and sexuality through  
experiences of illness and aging:  
between dominant and counter-  
discourses**

AG AboutGender  
2022, 11(22), 485-512  
CC BY-NC

Mara Pieri

University of Coimbra, Portugal

Raffaella Ferrero Camoletto

University of Turin, Italy

**Abstract**

The article investigates the intersection of doing gender and sexuality within chronic conditions and aging, adopting an analytical framework that mixes different theoretical approaches (Crip theory and Disability studies, Gender studies and Ageing studies). The empirical basis derives from two different research projects: the first one analysed the experiences of young adults LGBTQ+ with chronic illness through 24 narrative interviews carried out in Italy and Portugal; the second investigated discourses and practices related to sexuality and aging through in-depth

---

**Corresponding Author:**

Mara Pieri  
University of Coimbra, Portugal  
marapieri@ces.uc.pt

DOI: 10.15167/2279-5057/AG2022.11.22.2031

interviews with Italian women aged 50+. For the reflection elaborated in this article, in both researches it was decided to focus only on the sub-sample of interviews made in Italy to cisgender women and non-binary people (15 in the first research, 8 in the second). The article interrogates this empirical material with the aim of understanding to what extent, and according to what modalities, situations of chronic illness or psycho-physical conditions related to aging, are perceived, adhering to a medicalizing framework, as desexualizing; and whether instead forms of redefinition, reworking and renegotiation of their sexual experience at the level of desire and practices are activated.

**Keywords:** gender, illness, aging, disability, sexuality.

## 1. Introduzione

All'interno della nostra società, vi sono corpi (resi) invisibili perché considerati devianti rispetto agli standard normativi corporei, che presuppongono e danno per scontati certi livelli di funzionalità: sono i corpi malati, disabili, che invecchiano. Ciò che accomuna questi corpi devianti, dal punto di vista di una prospettiva abilista, è la mancanza o lo scarto rispetto a tutte quelle capacità che in una cornice medica ci si attende da un corpo sano e "normale": una delle quali, sempre più centrale nel definire una piena soggettività, è la funzionalità sessuale, in una società della performance che tende a ricondurre la salute alle possibilità di uno stile di vita attivo in tutti gli ambiti dell'esistenza (Katz e Marshall 2004).

Nelle società contemporanee, la capacità di agire come soggetto sessuale, dotato quindi di indipendenza e autonomia sul piano sessuale, è ritenuta una componente fondamentale per il riconoscimento dello status di adulto, sostituendo in parte la soglia rappresentata dall'ingresso nel mercato del lavoro. Si tratta, come

suggerisce Arfini (2011), di una forma di capitale corporeo il cui mancato riconoscimento, o la cui negazione, innesca un processo di de-sessualizzazione<sup>1</sup>: la rimozione di un attributo sessuale o erotico a tali corpi, e quindi sia di una agency sessuale, sia della possibilità di essere oggetto di attrazione sessuale, sino a esiti quali l'infantilizzazione o la neutralizzazione.

Questo contributo nasce da riflessioni derivanti da due filoni di letteratura spesso mantenuti separati nonostante i numerosi punti di contatto: gli studi critici sulla disabilità e gli studi sull'invecchiamento.

## **2. La sessualità all'intersezione tra Ageing Studies, Disability Studies, e Crip Studies**

La letteratura degli ultimi due decenni si è interrogata in maniera critica sul ruolo della sessualità nelle vite delle persone con disabilità, portando la riflessione anche a temi come la desessualizzazione, l'abilismo implicito nella sessualità normativa e l'intersezione con l'asse del genere (Shildrick 2009; McRuer e Mollow 2012).

La desessualizzazione costituisce uno strumento di costruzione fondamentale di una narrazione delle soggettività disabili in chiave infantilizzata, passiva e depotenziata della propria agency. In altre parole, *“because disabled people are infantilized, and denied the status of active subjects, so consequently their sexuality is undermined”* (Shakespeare et al. 1996, 10). Lo stigma associato alla disabilità, che genera discriminazione ed esclusione in tante aree di vita, dal lavoro alla vita civica, risulta ancora più radicato quando si associa alla sessualità e, in particolare, nell'intersezione con posizionamenti non-normativi, siano essi di genere o di orientamento (Shildrick 2009). Il riconoscimento della sessualità delle persone con disabilità passa attraverso un pieno riconoscimento dell'autodeterminazione e del

---

<sup>1</sup> Un meccanismo opposto è quello della iper-sessualizzazione, ovvero dell'associazione della disabilità con una sessualità eccessiva, fuori controllo, mostruosa.

diritto alla scelta, ma anche ad una loro inclusione totale nel modello di soggettività autonoma, produttiva e indipendente su cui si fonda l'idea contemporanea di cittadinanza. I corpi disabili, invece, trovano numerose barriere sociali nel loro accedere ad una soggettività sessuale e ad una identità di genere: questo a sottolineare che non sono le caratteristiche in sé dei corpi, quanto la loro percezione sociale a ingenerare tale processo di de-sessualizzazione. La sessualità di fatto viene spesso tralasciata dall'ampio bacino di diritti e politiche che coinvolgono le persone con disabilità (e le persone anziane, come si vedrà a breve): questa assenza riflette la considerazione di tali corpi come corpi non "completamente umani" (Shakespeare *et al.* 2016). I corpi dei soggetti disabili sono percepiti come manchevoli e malfunzionanti rispetto a ciò che è considerato normale e il loro disattendere percorsi attesi si ripercuote anche in una esperienza di sessualità considerata marginale, manchevole e, appunto, malfunzionante. Al corpo disabile, pensato come incompleto, dipendente e infantilizzato, è negata la possibilità di essere percepito come oggetto del desiderio sessuale e come soggetto desiderante. Simili dinamiche di desessualizzazione e delegittimazione del desiderio sono applicate anche alle persone con malattie croniche: nonostante non sia pacifico che malattie croniche e disabilità siano accomunabili, perlomeno in toto, alcuni aspetti delle due esperienze si intersecano e si rimandano a vicenda (Pieri 2022).

Inoltre, come sottolinea Siebers (2012), la stessa sessualità normativa è costruita attorno ad un'idea abilista, che mette al centro l'incontro di maschilità e femminilità in specifici copioni performativi che hanno il loro focus (quasi) esclusivamente nella penetrazione. Questa idea riproduce implicitamente una linea divisoria che separa i corpi adatti a sostenere l'aspettativa di tale performance da quelli che, per disabilità, malattia, o altre condizioni di fragilità (come l'invecchiamento), non ne sono in grado. In quest'ottica, i corpi disabili e impegnati in una ricerca della sessualità attiva si configurano come soggetti doppiamente de-

vianti, eccentrici e trasgressivi, perché sovvertono sia l'aspettativa di desessualizzazione sia la rigidità dei copioni (anche di genere) alla base della sessualità (Bahner 2019; Kim 2011). Da questa riflessione, tra l'altro, si sviluppa l'interesse per il potenziale creativo e sovversivo (McRuer e Mollow 2012) che la sessualità delle persone con disabilità può rappresentare nel prefigurare forme alternative di fare sessualità.

Infine, gli studi femministi sulla disabilità (Garland-Thomson 2011; Wendell 1996) hanno messo in luce che dinamiche come la desessualizzazione e l'infantilizzazione si fanno particolarmente forti quando si accompagnano a disegualianze di genere, in cui l'assenza di autodeterminazione concessa alle donne sul proprio corpo si intreccia con un vissuto di infantilizzazione della sessualità disabile. Così, come sottolinea Shildrick (2009), ogni volta che il piacere e il desiderio di una donna con disabilità evade dalle norme di genere e dall'abilismo, è molto probabile che sia respinto e considerato pericoloso, anormale o profondamente perturbante.

Questi elementi di inquadramento della sessualità disabile, tuttavia, vanno legati ad un ulteriore passo concettuale che costituisce un punto fondamentale per la discussione qui elaborata: la desessualizzazione delle persone con disabilità passa anche attraverso una naturalizzazione di una certa specifica visione della disabilità come esperienza univoca e unilaterale. Al contrario, come sottolineano anche le più recenti correnti di studi crip (McRuer 2006; Kafer 2013) e i movimenti di *disability justice* (Clare 2017; Piepzna-Samarasinha 2018), il termine disabilità va inteso come ombrello sotto il quale si riuniscono esperienze anche molto diverse che subiscono simili forme di discriminazione abilista. Accogliendo questo filone, malattia cronica, disabilità sensoriali, malattia mentale, ma anche grassezza e neurodiversità, sono tutte esperienze leggibili attraverso la macro-lente della disabilità nella misura in cui comportano forme di esposizione a discriminazione, violenza e vulnerabilità accomunabili per emergere tutte da un sistema di oppressione abilista.

Nel caso dell'invecchiamento, l'affermarsi delle più recenti retoriche sull'invecchiamento attivo (Lamb *et al.* 2017) ha contribuito a trasformare le rappresentazioni dei corpi, e delle loro funzionalità, nella terza età, prefigurando l'orizzonte di un sesso senza età (Marshall e Kazt 2002; Katz e Marshall 2003).

In questo cambio di scenario un ruolo importante è stato giocato dall'avvento dei sessuofarmaci come il Viagra e i suoi succedanei, che hanno promosso la possibilità di una funzionalità sessuale tecno-mediata, con il prolungamento dell'esercizio di una sessualità coitale, possibilità, come vedremo, non priva di aspetti critici.

All'interno del filone dei cosiddetti *Viagra Studies* (Loe 2004; Pott 2005; Potts *et al.* 2003 e 2006), è possibile considerare l'avvento dei sessuofarmaci – intesi come oggetto culturale e come tecnologia di genere – come una sorta di spartiacque rispetto alle modalità di rappresentazione, e di sperimentazione, della sessualità nel processo di invecchiamento. Nella fase “pre-Viagra”, la visione dominante associava l'invecchiamento ad un naturale e inevitabile declino sessuale, spesso richiamato con immagini quali quella del “pensionamento sessuale”, in cui viene meno un ruolo attivo sia nel mercato produttivo che nella sfera sessuale-riproduttiva (Gott 2005). L'affermarsi sulla scena dei sessuofarmaci ha prodotto un immaginario sessuale post-Viagra, in cui l'idea rassegnata del declino sessuale viene sostituita da una nuova narrazione dominante, specialmente per gli uomini: quella dei “*sexy oldies*” (Gott 2005) o “*sexy seniors*” (Marshall 2010), interessati a riacquistare, grazie all'aiuto della farmacologia e della chirurgia estetica, la vitalità sessuale degli anni giovanili e alla possibilità addirittura di raggiungere standard performativi idealizzati. In questo passaggio è evidente il ritorno di una visione abilista legata ad una medicina che sposta sempre più i confini dell'umano dalla cura al potenziamento e all'ottimizzazione (Giglio 2015). Tale visione di una sessualità senza limiti di età continua comunque a riflettere un doppio standard di genere: la rivendicazione di una vita sessuale attiva da parte di un uomo anziano

è spesso, come vedremo, naturalizzata e socialmente più accettata di quella di una donna di pari età (pur con differenti modalità di incorporazione del modello sulla base della classe sociale), che da un lato viene fatta rientrare in categorie spettacolarizzate come quella della “*cougar*” (Montemurro e Siefken 2014), dall’altra è ricondotta al copione della rispettabilità, come si può evincere da programmi docu-reality su palinsesti nazionali come “Non ho l’età” (<https://www.raiplay.it/programmi/nonholeta>), che ricostruiscono storie d’amore – rigorosamente eterosessuali – contrastate che ottengono il lieto fine romantico in tarda età. E anche la visione farmaco-mediata della sessualità, che riporta alla centralità dell’imperativo coitale (Gavey 2006), non trova sempre accoglienza nelle partner femminili di utilizzatori di sessuofarmaci, le quali denunciano un ritorno a forme meno negoziali e asimmetriche di relazione sessuale come esito della viaggrizzazione della sessualità (Potts *et al.* 2003; si vedano anche Hinchliff e Gott 2008).

Rimane comunque presente una seconda narrazione che si oppone, in modo più o meno manifesto, a questa risessualizzazione in chiave giovanilista della sessualità nella terza età, facendo riferimento a parole chiave come quelle di rispettabilità e intimità. Il primo termine rimanda ad una visione progressiva e lineare della sessualità che, distanziandosi dall’esuberanza dell’età giovanile, raggiunge un maggiore equilibrio tra aspetti affettivo-relazionali e sessuali nell’età matura, pur mantenendo alcune asimmetrie di genere all’interno dei ruoli familiari (Wentzell 2013). Il secondo termine, quello dell’intimità (Potts *et al.* 2006; Sandberg 2011; Ferrero Camoletto 2021), rimanda invece sia ad un allontanamento dall’imperativo coitale verso una concezione più ampia di sessualità e di modalità di darsi piacere, sia ad un decentramento di importanza della sessualità a favore di un prendersi cura emotivo e affettivo che passa attraverso la corporeità in modo non conforme agli standard normativi sessuali, con “*a reprioritization from sex centred on genital orgasm to sex focused on the whole body, on touching, hugging and caressing*”, *what they call a ‘kin hunger’*” (Bildtgard e Öberg 2017, 155) .

Nell'analisi che presenteremo ci collochiamo dunque in quest'ottica di intersezione e ampliamento di prospettive per indagare le modalità con cui due tipi di "corpi che non contano", i corpi delle persone con malattia cronica e i corpi che hanno superato la soglia della mezz'età e si avviano verso, o si collocano nella terza fase della vita, vengano percepiti o possano dirsi sessuali; che cosa conti per sessualità (quali parti del corpo, quali pratiche, quali interazioni); e come essi possano esperire e costruire contronarrazioni e pratiche alternative sulla sessualità.

### **3. Metodologia: un dialogo tra due ricerche**

L'articolo nasce da una riflessione congiunta su due ricerche empiriche realizzate su campioni che, pur diversi, presentano elementi di risonanza che riteniamo meritevoli di attenzione.

La prima ricerca (cfr. Ferrero Camoletto 2021), svoltasi tra il 2019 e il 2021, si è focalizzata sull'impatto socioculturale dei sessuofarmaci, inteso non solo nella materialità del loro uso, ma anche nel loro ruolo all'interno dell'immaginario sessuale contemporaneo, in special modo rispetto ad un'idea di sessualità svincolata da limiti di età. A tal fine, sono state condotte 23 interviste semi-strutturate a medici di medicina generale sulla loro rappresentazione e esperienza rispetto alla cura della sessualità nella terza età; due mini *focus-group*, uno maschile e uno femminile, con persone tra i 60 e i 90 anni; e 26 interviste narrative, con l'utilizzo anche di tecniche proiettive come le vignette, a 11 uomini e 15 donne che si definiscono eterosessuali di età compresa tra i 50 e gli 80 anni. Il *range* d'età è stato volutamente mantenuto ampio per esplorare l'invecchiamento come un processo che implica un gioco di esperienze incorporate e etichettamenti.

La seconda ricerca oggetto della riflessione, svoltasi tra il 2018 e il 2020, ha riguardato persone con malattia cronica che si definiscono LGBTQ+ (lesbiche, gay,

bisessuali, trans, queer o altri posizionamenti non normativi). La ricerca ha l'obiettivo di esplorare come tempo, (in)visibilità e cura si intersechino nell'età giovane adulta in soggettività che vivono esperienze di multipla vulnerabilità (Pieri 2022). Il campo è stato tra Italia e in Portogallo, coinvolgendo 24 partecipanti tra i 24 e i 39 anni che si riconoscono all'interno dell'ampio spettro identitario LGBTQ+ (che comprende, per esempio, anche chi si definisce come asessuale o che ha relazioni non-monogamiche). Le malattie croniche considerate sono accomunate dalla presenza di dolore cronico, dall'invisibilità dei sintomi e dall'impatto sulle attività del quotidiano: sono dunque raccontati casi di malattie reumatiche (come sclerosi multipla, fibromialgia, artrite reumatoide), malattie cardiache e renali, ma anche di condizioni rare (come miastenia, CFS) o sviluppate a seguito di trattamenti chemioterapici.

In entrambi i casi la scelta metodologica è ricaduta su interviste narrative, che permettono di mettere al centro la prospettiva della persona intervistata e la sua interpretazione del vissuto, privilegiando l'aspetto biografico del racconto (La Mendola 2009; Poggio 2004). Grazie ad un copione semi-strutturato e un'attenzione particolare al farsi della narrazione in svolgimento, le interviste restituiscono la complessità dei temi affrontati nella loro inestricabilità e documentano la difficoltà di separare anche su un piano razionale vissuti che coinvolgono diverse dimensioni. Nel caso della prima ricerca, per esempio, l'intreccio tra processi di etichettamento circa il "diventare vecchi" e i vissuti che reinterpretano in parte la fragilità dei corpi; nel caso della seconda, il nodo della dimensione della visibilità come LGBTQ+ con la vulnerabilità incorporata come persone malate. Per la riflessione elaborata in questo articolo, in entrambe le ricerche si è scelto di focalizzarsi solo sul sottocampione di interviste realizzate in Italia a donne cisgender e persone non-binarie (15 nella prima ricerca, 8 nella seconda).

La riflessione che qui presentiamo intende interrogarsi sulle modalità attraverso cui le persone intervistate riflettono sulla desessualizzazione legata a malattia e

invecchiamento: in particolare, ci interessa analizzare in che modo percepiscono il discorso desessualizzante, lo interpretano e lo incorporano. La seconda domanda di ricerca riguarda le forme di ri-significazione di tale discorso e ci guida a considerare come le persone intervistate mettono in atto strategie alternative per vivere pienamente la propria sessualità, attribuendo nuovi significati a forme di intimità e pratiche inesplorate. In altre parole, ci interessa capire fino a che punto e in che modo esistono pratiche di resistenza al discorso desessualizzante e in che modo prendono forma.

#### **4. La desessualizzazione del corpo anziano e malato**

Il discorso desessualizzante che lega malattia e invecchiamento a doppio filo con un'aspettativa di perdita di interesse per il sesso, diminuzione di capacità performativa e minore attrattività appare accettato e riprodotto a vari livelli nelle narrazioni raccolte. Le interviste dimostrano che si tratta di un discorso pervasivo che naturalizza la desessualizzazione e la interpreta come ovvia conseguenza di mutamenti nel rapporto con la corporeità.

In primo luogo, la desessualizzazione emerge come conseguenza di cambiamenti di età e condizioni fisiche che ridefiniscono le priorità e portano a ridisegnare il rapporto con il proprio corpo, il piacere e il desiderio. In alcuni di questi esempi, il sopraggiungere della malattia o di una sua manifestazione più acuta toglie le energie per pensare ad altro che non alla sopravvivenza nel quotidiano: in questi casi, la sessualità scivola in fondo alla scala delle priorità personali, anche aiutata da un discorso culturale che ne giustifica tale perdita di importanza (Arfini 2011). Ellie, intervistata di 34 anni, racconta di aver subito un'operazione al seno in seguito ad alcune complicanze date dalla sua malattia. L'operazione lascia dei segni che per Ellie rendono difficile l'accettazione del proprio corpo; a ciò si associa un

lungo periodo di amenorrea, entrambi fattori a cui Ellie riconduce la perdita del desiderio sessuale:

L'ho rifatto [il seno] nel 2014 quando ero molto magra, il chirurgo non ha avuto le accortezze che doveva avere quindi quando mi ha tolto la fascia io sono svenuta – proprio PUM – sul lettino perché un seno era completamente deformato e questo ha avuto un brutto impatto perché già ero in amenorrea da tanti anni, il disturbo alimentare ti distacca ulteriormente dal tuo corpo, non avevo desiderio sessuale, ero proprio... un pezzo di ghiaccio. Poi c'è stato quel periodo di amenorrea che veramente mi ha fatto perdere sei anni rilevanti della mia vita perché son poi quelli della massima, no? Teoricamente... fioritura. E lì ero diventata niente, quindi non mi ponevo nessuna domanda, sono onesta. Non ero attratta da nessuno e non mi interessava.

Anche nelle interviste a donne che hanno superato la soglia della mezz'età si ritrova un vissuto iniziale di difficoltà e di rifiuto della sessualità, come racconta Daniela, intervistata di 64 anni:

Ho avuto due tumori eeh al seno [...] eeh quindi in quel periodo [...] dal punto di vista sessuale ero molto assente [...] ero molto segnata non solo fisicamente. [...] ho fatto delle cure che sono durate anche anni, quindi c'era molto secchezza vaginale, c'era molto dolore all'inizio del rapporto e quindi insomma ci sono stati tutti creme, cremine, cremotte [...] C'è stato un grosso lavoro di accettazione per quello che riguarda anche il mio aspetto fisico perché comunque il mio seno era tagliato era pieno di cicatrici e tutta una serie di cose e quindi la mia cura della sessualità è cercare di, è stata cercare di accettarmi nelle differenze del mio corpo.

Nel caso di Daniela, il percorso di accettazione del proprio corpo trasformato dalla malattia e dall'invecchiamento è sostenuto da una relazione di coppia monogamica di lunga durata (un matrimonio di 40 anni), che le permette di navigare il processo di ridefinizione del proprio corpo anche attraverso nuove pratiche di intimità con il proprio compagno. La presenza di questo sostegno appare particolarmente importante se considerata in comparazione con altre narrazioni di persone che invece si trovano a rinegoziare il proprio rapporto con il corpo anche nella ricerca di nuovi partner. A questo proposito, per esempio, sempre Ellie riferisce la difficoltà di entrare in nuove relazioni sessuali senza passare per un disvelamento anticipato delle sue cicatrici:

Poi nell'approccio con la sessualità, uno non lo vede subito, ok? Quindi è nel momento in cui ti esponi all'altro che vengono fuori le cicatrici e tutto quello che ne consegue, i buchi sulla pancia, quindi per me diventa ancora più... difficile. Quindi ho iniziato gradualmente ad espormi... pochi giorni fa proprio ho postato la foto proprio della pancia con, sulle varie cicatrici le date, i vari interventi ed è un po' un dire: "Sapete che non sono solo quella... ritoccata con i filtri e la pelle perfetta, assolutamente... c'è anche questo, se volete accettarmi". E per me è importante espormi prima che arrivi il contatto non, neanche fisico, però proprio diretto.

In secondo luogo, processi e narrazioni di desessualizzazione appaiono emergere quando la percezione del proprio desiderio, la facilità ad avere piacere o anche l'interesse per la sessualità in generale si modificano. Il processo di invecchiamento, specie se associato ad una carriera relazionale eterosessuale monogamica, può venire associato anche ad una perdita di vitalità e di desiderio sessuale che pone in primo piano altri aspetti della vita di coppia e familiare, e delle traiettorie individuali dei partner nella coppia. Ne è un esempio il caso di Marzia, 64 anni, che

sembra naturalizzare una tendenziale differenza tra una sessualità maschile proattiva e una femminile più responsiva:

Io sono sposata da 36 anni, cioè sto con mio marito da 40 anni... [...] due/tre volte alla settimana hai i rapporti con il marito... non lo sopporto più però (ride in modo teso) non lo so, c'è qualcosa... sarà tutto un insieme di cose... anzi! Sessualmente va meglio adesso di quando eri giovane. Dopo tanti anni, c'è più... andiamo più d'accordo adesso che prima, dal lato pratico, però... tiriamo a campare! [...] l'uomo ha bisogno di essere soddisfatto e cose del genere, se non sei soddisfatto poi cerchi altro... anche la donna però, sulla parte sessuale potrei anche vivere senza. [...] per l'uomo è differente: guai a non far sesso. Per la donna è differente, io molte volte facevo anche a meno, però... ogni tanto devi anche fare la moglie (ride) devi soddisfare (ride) giustamente...

La tendenza alla decentralizzazione della sessualità e dell'erotismo nell'economia del quotidiano appare anche in alcune narrazioni che la collegano ad una generale mancanza di energia, sia mentale che fisica, causata dalla malattia. In alcuni casi si assiste ad una vera e propria rinuncia ad aderire alle aspettative di sessualità attiva e ad un progressivo ritirarsi di fronte alle occasioni di relazione o di incontro sessuale che si vengono a creare. Chiara, malata di CFS (Sindrome da Fatica Cronica), racconta che nei primi tempi della malattia l'estrema stanchezza e l'assenza di energie le provocava la sensazione di non poter essere una presenza desiderabile per nessuno:

Lì mi è successa questa cosa che mi sono completamente bloccata, anche se avrei voluto magari approfondire, anche delle amicizie, non per forza esperienze di tipo sentimentali, è come se avessi voluto quasi ritirarmi, no? Perché era come se mi vedevo come in un individuo che non poteva dare nulla in una relazione, [...] lo stesso mi sono come ritirata e mi son detta: "No, ormai la mia – non so – ormai anche la mia vita sentimentale era come se l'avessi messa

nel, cioè l'avessi chiusa tipo in un cassetto, forse...". Non dico che sentivo che era finita, però come se il periodo migliore era passato e al momento mi dicevo: "No, non sono proprio nelle condizioni", no? "Cosa potrei dare all'altra persona?".

La malattia sottrae a Chiara le energie psicologiche e fisiche per entrare in relazione intima con nuove persone; allo stesso modo, l'idea abilista di "indesiderabilità" dei corpi fragilizzati appare qui sottostare alla rinuncia progressiva di vivere le opportunità di incontro.

Anche Arianna, 57 anni, sposata da 30, ammette la difficoltà, nel processo di invecchiamento dell'individuo e della coppia, di trovare degli spazi e dei tempi per costruire la giusta atmosfera per far emergere e esprimere il proprio desiderio. In questo caso, viene richiamato un confronto nostalgico con una giovinezza passata in cui i corpi si attivavano in modo più spontaneo e frequente (credenza che possiamo considerare una visione idealizzata e abilista della giovinezza):

Bisogna anche crearsi delle situazioni... Inventarsele un pochino, no? Okay... eh ultimamente vuoi perché sei stanco, vuoi perché comunque col tempo, anche quella passione, no...? Dettata un po' dagli ormoni viene un po'... non dico a scemare, però rallenta un attimino... ehm per cui ultimamente gli incontri sono... non dico sporadici però insomma, si limitano ad una volta ogni due mesi.

È interessante notare come, nelle parole di Chiara, la rinuncia all'esplorazione di esperienze sessuali e ad approfondire possibili relazioni affettive sia vissuta come un passaggio naturale di fronte all'evidenza che il proprio corpo e la propria capacità di corrispondere alle aspettative altrui è cambiato per sempre. Nelle sue parole, la malattia ha causato una sorta di invecchiamento precoce, tanto che l'idea è proprio quella che "il periodo migliore sia passato" e che la possibilità di vivere al pieno la propria sessualità sia da chiudere in un cassetto e dimenticare.

In modo simile, Arianna ammette che con l'invecchiamento la sessualità va un po' spegnendosi e che però lei non trova spesso la forza per inventarsi soluzioni e situazioni stimolanti.

In questi esempi, la reattività sessuale e la performance sessuale sono strettamente legate ad un'idea stereotipata della gioventù, dipinta come l'epoca d'oro di fioritura del desiderio e del piacere. Si tratta anche di un'idea implicitamente abilista, che riproduce un legame intrinseco tra salute e giovinezza e tra vita sessuale attiva e giovinezza. La malattia costituisce una rotta divergente, perché colloca persone suppostamente nel fiore della maturità sessuale nella posizione di passività o di "ritiro dal gioco", come racconta Chiara. Similmente, anche l'aspettativa che l'invecchiamento causi una minore performatività sessuale nasce dall'accostamento tra vecchiaia e decadimento (Gott 2005), maggiormente declinato al femminile, come emerge anche dalle parole di Giuseppina, 58 anni, divorziata, che dice di sé di essere in una fase di "encefalogramma piatto", in cui "non si batte chiodo", e commenta:

Conosco molte più donne che alla mia età han come, si dice adesso, lasciami forse banalizzare, un po' tirato i remi in barca [...] rispetto invece a uomini della mia età ecco che invece sono ancora forse in una (lunga pausa) linea di pensiero diversa no? comunque... più, più ancora adesso attivi, non so se è la parola giusta, però ce l'hanno ancora un po' più in testa ecco.

La rinuncia e lo slittamento di importanza della sessualità emerge anche nei contesti medici e nella relazione con il personale medico-sanitario. Sono diverse le esperienze che rimettono ad un silenzio generale sulla tematica della sessualità in contesto medico e, in certi casi, a imbarazzo o resistenza a rispondere alle domande delle pazienti o, in alcuni casi, vera e propria impreparazione. Interrogate su questo rapporto, diverse intervistate rispondono di non aver mai ricevuto alcuna

informazione riguardante la sessualità e l'impatto della loro malattia sulle possibilità di fare sesso, desiderio o piacere:

Ma zero, ma figurati poi se si occupano delle relazioni, della [sessualità]... Non esiste per loro, cioè non esiste, la tua vita non esiste per loro nel senso esisti tu nella tua dimensione di malattia per cui curano quel punto lì e tutto quello che c'è intorno non esiste (Nina).

No, mai nessuno, proprio... cioè per i medici siamo pazienti e i pazienti non fanno sesso, non so come dire. Cioè io penso che loro pensino che se non riesco a fare sesso bene è il minore dei problemi (Maia).

No, no. Sono tutte cose che ho scoperto da sola, leggendo i bugiardini, spulciando, mai dai medici. Però, per esempio, a mio fratello, che è un maschio, allora se c'è un calo del desiderio, allora ovviamente è un problema, se ero io a dirlo mi dicevano che ero una zoccola, capito? (Tove).

La difficoltà di trovare interlocutori in ambito medico-sanitario che sappiano rispondere a dubbi e questioni legate alla sessualità emerge in vari contributi in letteratura (Ferrero Camoletto 2021; Lingiardi 2018; Oliveira *et al.* 2014) e ha cause diverse. Le intervistate che ne parlano sono principalmente donne con malattia cronica che vivono esperienze comuni per chi assume farmaci e convive con il dolore cronico, come calo di desiderio, ipersensibilità al tocco, difficoltà di lubrificazione. Si tratta di un aspetto che emerge con maggiore evidenza nello studio realizzato sulle persone LGBTQ+ con malattia cronica, ragionevolmente per due motivi: in primo luogo, la centralità che il rapporto con il personale sanitario ricopre nel vissuto di malattia cronica; in secondo luogo, l'assenza di una specifica domanda relativa a questo tema nel copione di intervista del primo studio. Tuttavia, ricerche precedenti dimostrano come sia nell'ambito dei medici di base sia in

campo specialistico si riscontri una difficoltà generalizzata a trattare la sessualità dei soggetti anziani (Ferrero Camoletto, 2021; Giami, 2010; Gott *et al.*, 2004). È possibile dunque supporre che l'assenza di discussione della sessualità di chi invecchia o di chi ha una malattia sia il riflesso di un consapevole evitamento della questione e di una proattiva esclusione del tema dallo spazio della relazione clinica.

Inoltre, la dimensione di genere occupa uno spazio importante in questa riflessione, come si evince, per esempio, dall'affermazione di Tove, che, riflettendo sul proprio calo di desiderio attribuito agli effetti dei farmaci, sostiene di non averne parlato con i medici proprio per timore di essere considerata un soggetto eccentrico, contrariamente a quanto, nella sua prospettiva, succederebbe se a parlare di desiderio fosse il fratello. In altre parole, per Tove, così come emerge in altri casi in letteratura, il desiderio maschile è più legittimato di quello femminile, anche durante una malattia (o nell'invecchiamento), così che le donne sono soggette al timore di essere considerate soggetti eccessivamente desideranti nel parlarne in ambito clinico, ribadendo l'intersezione di diverse forme di doppio standard relativi alla legittimità di considerarsi soggetti sessuali (di genere, maschile /femminile; di età, giovani/anziani; di abilismo, normodotati/con malattia cronica o disabilità).

Queste considerazioni ci portano ad affermare che la malattia cronica e l'invecchiamento sono considerabili entrambi come oggetto di processi di profonda desessualizzazione, non in quanto producono oggettive difficoltà nelle pratiche sessuali, ma piuttosto poiché si connotano come esperienze in cui la sessualità non è considerata un elemento centrale. Inoltre, la desessualizzazione segue traiettorie di genere ben distinte per chi si definisce come uomo o come donna.

## 5 . Oltre una sessualità (etero)normativa? Tra risignificazione e rinegoziazione

Se la desessualizzazione emerge come processo fondamentale del quale è quasi impossibile non fare esperienza durante la terza età o durante una malattia, le interviste mostrano l'esistenza di strategie e pratiche che tentano di dialogare con questo aspetto: si tratta di pratiche di adattamento, nel tentativo di mettere al centro la comunicazione come strumento principale per rinegoziare tempi e modi delle pratiche sessuali; pratiche di decostruzione degli script normativi attraverso il gioco, l'ironia; sino a possibili pratiche di resistenza e di opposizione attiva, quasi di rivendicazione di una diversa combinazione tra desiderio, piacere e sesso.

In primo luogo, le persone che sperimentano corpi non conformi rispetto agli standard di "normale" funzionalità si ritrovano a dover reinventare dei linguaggi per dire il loro desiderio e per rinegoziare le modalità per esprimere la propria sessualità.

La comunicazione verbale e non-verbale diventa per alcune intervistate lo strumento principale per esplorare copioni differenti dall'aspettativa e ridisegnare la sessualità accomodandosi alle necessità del proprio corpo anziano o malato.

È il caso di Maia, 27 anni, che pone l'accento sull'importanza di non dare per scontata, e quindi di mantenere su di essa un dialogo sempre aperto, la dimensione temporale dei ritmi, dell'intensità dei movimenti, delle pause e dei rallentamenti. Si rende necessario costruire una esplicita riflessività e comunicazione che permetta di distinguere l'assenza di desiderio o di interesse ad un rapporto sessuale, che può essere detta seguendo in convenzionali copioni sessuali, dall'incorporazione di altre modalità di fare sesso legate alla condizione di cronicità:

Per esempio anche quando vado a letto e ...e faccio sesso con le persone, la mia malattia c'è e io, non ho molta resistenza, non riesco a tenere determinate posizioni, ho bisogno di fare pause più spesso, di fare pause durante il

rapporto sessuale, più di una, spesso mi stanco, magari ho bisogno di smettere prima, di finire prima e... cioè per me è importante mettere in chiaro che questo avviene perché ho una malattia neuro-muscolare e non perché non c'ho voglia di fare sesso con quella persona perché se non ho voglia di fare sesso con quella persona ho altri modi per dirlo.

Marzia invece, 64 anni, sposata da 36, racconta un po' implicitamente come in una relazione di lunga durata i corpi imparino a parlarsi da soli, si affiatino sino a costruire un loro linguaggio che rende il rapporto sessuale più soddisfacente, specialmente per la donna. Qui il "conoscersi" sottende un livello di comunicazione in cui la dimensione non verbale sembra essere preponderante, e nuovamente si ribalta la visione desessualizzante dell'invecchiamento a favore invece di una intesa sessuale molto più elevata, che permette ai corpi di esprimersi pienamente:

C'è più soddisfazione rispetto a quando eravamo più giovani, quindi il rapporto è molto più duraturo e più maturo... va molto meglio, io conosco più lui, lui mi conosce meglio, quindi arrivi anche al rapporto completo, alla soddisfazione di ambedue le persone, cosa che prima era molto più difficile, però ci arrivi.

Un secondo aspetto riguarda la risignificazione di ciò che si intende con l'espressione "fare sesso". Confrontandosi con le sfide poste dai mutamenti nel proprio corpo e nella propria relazione stessa con esso, le persone intervistate mettono in atto strategie che modificano i copioni sessuali decentrando il focus sui genitali ed esplorando forme alternative di piacere. Si tratta solamente di alcuni casi, che non rispecchiano la maggioranza delle esperienze, ma che dimostrano come il confronto con necessità e limitazioni corporee diverse dalla norma possano creare anche spazi di potenzialità e creatività. Andrea, per esempio, intervistata lesbica con epilessia, racconta di come l'ipersensibilità associata alle crisi spesso produca anche una maniera diversa di esperire il piacere:

Dopo crisi o dopo periodi come questi anni, le sensazioni sono sempre quelle di ipersensibilità quindi comunque... ipersensibilità sia emotiva che fisica quindi sia dal punto di vista del tocco piuttosto che del bacio, delle emozioni in sé ho sempre riscontrato questa tipologia di... effetto collaterale, chiamiamolo così ((ride)). [...] L'ipersensibilità comunque acuisce tutto e quindi ...cioè, è solo un punto ma alla fine ingloba molto e nel momento in cui una persona ti tocca, piuttosto che ti bacia, e tu senti il doppio o il triplo è comunque una reazione che ingloba molte altre cose. [...] La reazione che magari può essere quella di essere meno oppure... più protettivo da quel punto di vista lì, no? E quindi più... non mi viene la parola... mi viene coccoloso ma vabbè, rende l'idea ecco.

Nella sua descrizione, l'alterazione della sensibilità produce sia una maggiore intensità al tocco, che scatena reazioni forti anche in zone molto contenute, sia una propensione ad altre forme di intimità che fanno della delicatezza il loro centro. Tra l'altro, nella letteratura che affronta la sessualità e la disabilità spesso ritornano esperienze che riflettono proprio la de-genitalizzazione, l'erotizzazione della cura e la creazione di nuove intimità come elementi che sovvertono i copioni normativi e abilisti (Rainey 2018; Santos e Santos 2017; Siebers 2012).

Per altre intervistate, questo parziale effetto di spiazzamento e di rottura dei copioni normativi muove a partire dall'esperienza di come invecchiamento e malattia interrompano la spontaneità del sesso tipico della giovinezza: in alcune narrazioni, le partecipanti alla ricerca sulla mezz'età pervengono ad una decostruzione dello script normativo che vuole il sesso come interazione assolutamente naturale, superando così la narrativa lineare del "pensionamento sessuale" a favore di una reinterpretazione del senso e delle forme della sessualità (Potts *et al.* 2006; Sandberg 2013).

In questa decostruzione della naturalità del sesso, una pratica che viene messa in atto è il riconoscimento dell'intimità come una questione di "lavoro sessuale" (Duncombe e Marsden 1996), che richiede – soprattutto alle donne – un impegno

per mantenere viva una complicità e un piacere del gioco che possono sia riprodurre i copioni sessuali abituali, sia aprire a nuove sperimentazioni.

Nel lavoro sessuale rientra anche la capacità di ironizzare sulle condizioni/trasformazioni dei corpi e delle loro performance, erotizzando anche l'imperfezione. Così racconta Daniela, 64 anni, sposata da 40:

Io sono sposata da più di quarant'anni sicuramente mmm bisogna comunque dire, coltivarla la sessualità soprattutto nei rapporti a lungo termine [...] bisogna essere un po' così anche sapersi solleticare, insomma giocare in questo aspetto... rid... cioè essere anche ironici, cioè mmm bisogna coltivarlo, poi ogni coppia penso che abbia il suo modo sinceramente [...] per tenerlo vivo eh per tenerlo un po' frizzantino eh bisogna lavorarci, [per es. vestirsi in un certo modo: es. indossare un tanga].

Arianna, 57 anni, sposata da 30, dopo aver sempre vissuto e privilegiato un "sesso tranquillo" con il compagno di una vita, ammette la possibilità di "chiudere il cerchio" aprendosi a nuove fantasie e piaceri, come l'inserimento nelle proprie pratiche sessuali di un *sex toy*:

quando sei giovane, lo fai un po' dove ti capita e sei senza pensieri [...] Quando arrivi a quest'età ormai già ti conosci, e già ti accetti con i pregi, con i difetti... quindi ti dico adesso la viviamo in modo tranquillo, facciamo sesso tranquillo non... ti dico, non so, il vibratore, boh potrebbe anche ripropormelo forse ma... potrei forse anche accettarlo di più adesso! Potrebbe essere... perché alla fine arrivi a una chiusura del cerchio... quindi potrebbe anche essere. Infatti non è tanto che gliel'ho chiesto: mah cosa ne dici? provi a riprenderne uno?" gli ho detto, così tra le righe...

O ancora Valeria, 73 anni, vedova, che dopo essersi rispecchiata in quella narrazione progressiva dell'intimità secondo cui invecchiamento e malattia non condurrebbero ad una perdita, bensì ad un approfondimento e arricchimento sul piano della sessualità (Potts *et al.* 2006), sottolinea anche il lavoro di preparazione e di cura che una donna deve adottare:

Quando sei giovane, sei fuori di testa, per dire, quando hai una certa età poi ti tranquillizzi, ti calmi... anzi, forse fai l'amore con più, che sei più matura, con più intensità forse di quando sei giovane... perché non c'è più quella bramosia diciamo. Secondo me la cosa cambia proprio da così a così (/ il gesto della mano che gira dal palmo verso il basso, al palmo verso l'alto) da parte mia, è stata una cosa del genere diciamo. Però non è detto che anche a 60 anni non si possa far l'amore bene. Magari ci vuole più tempo, magari ci vuole più pazienza però è sempre bello diciamo, comunque no, non cambia... Cambia forse nei modi, ma comunque, l'amore è sempre quello: l'intensità, il piacere diciamo è sempre lo stesso... [...] Per la donna c'è un problema... il problema della lubrificazione, diciamo... sicché se non prendi, se non metti delle candlette, degli ovuli così... il sesso diventa un po', un po' doloroso... diciamoci la verità no? E sicché devi avere cura di fare queste cose diciamo. Devi fare una cura una volta al mese, una volta ogni dieci giorni diciamo che ti aiuta in questo caso qua. Perché la volontà, la voglia penso che ci sia in una donna penso fino ad una tarda età, [...] bisogna aiutarsi un pochino. Ecco perché la vecchiaia è proprio quello, bisogna aiutarsi.

In chiusura del suo racconto, Valeria definisce l'invecchiamento, dal punto di vista sessuale, come un "aiutarsi", quindi un prendersi cura di sé che diventa parte integrante della pratica sessuale. Questa intersezione tra desiderio, piacere e cura di sé può talvolta giungere sino a erotizzare elementi dell'interazione corporea che non rientrerebbero nei copioni sessuali convenzionali (Rainey 2018; Siebers 2012), come abbiamo visto sopra nella storia di Andrea. Nel racconto di Valeria,

tuttavia, come in quello di molte altre donne che stanno affrontando il processo di invecchiamento, la visione della sessualità su cui si è disposti a lavorare sembra essere più orientata al mantenimento della possibilità di un rapporto penetrativo, e quindi al mantenimento di uno standard coitale.

## **6. Conclusione**

La presente riflessione è nata dalla volontà di interrogarsi sulle pratiche e le esperienze legate all'ampia sfera della sessualità in campioni diversi ma con elementi di fragilizzazione simili, come l'invecchiamento e la malattia cronica. L'articolo ha mostrato, di fatto, come tali esperienze siano spesso unite da risonanze reciproche, con elementi che si sovrappongono e si richiamano. Dalla discussione delle narrazioni raccolte nei due studi considerati emergono tre aspetti particolarmente importanti.

Il primo è la pervasività della narrazione desessualizzante, che naturalizza la perdita di desiderio o l'assenza di attività sessuale sia durante l'invecchiamento sia a seguito della malattia. La consistenza con cui tale narrazione emerge nelle storie analizzate dimostra che si tratta di un'idea fortemente radicata nel milieu socio-culturale e che si rende ancora più intensa nell'intersezione con la dimensione di genere. L'accostamento delle esperienze legate alla malattia con quelle esperite dalle donne anziane mostra come la desessualizzazione sia un processo di delegittimazione e infantilizzazione a tutti gli effetti, che opera sulle soggettività che deviano dal percorso di autonomia e produttività legato alla vita adulta. Così, se nella malattia la desessualizzazione si lega ad una mancanza di energie o alla presenza di segni che imbruttiscono il corpo rendendolo meno desiderabile (rispetto agli standard normativi, ovviamente), nell'invecchiamento essa passa attraverso un discorso che naturalizza il decadimento del desiderio femminile e della attrattività di un corpo decadente. Il risultato è comune: in entrambi i casi, la

desessualizzazione esclude i soggetti da un ambito di costruzione relazionale fondamentale e annulla di fatto il potenziale che il decentramento della sessualità può offrire nel desiderio e nel piacere.

Il secondo elemento rilevante è costituito dall'assenza, o dalla non preponderanza, di forme di più marcata rielaborazione, resistenza o decostruzione degli script sessuali da parte delle donne intervistate. Anche coloro che riconoscono la necessità di smarcarsi dalle aspettative normative o di sovvertire i ruoli sessuali di fatto non sembrano costruire pratiche di invenzione e creatività molto distanti da una visione normativa della sessualità. Ciò è particolarmente evidente per le donne intervistate nella ricerca sull'invecchiamento. Gli elementi più critici riguardano da un lato uno sganciamento dal copione della rispettabilità, che prevedeva per la donna una sessualità di tipo responsivo rispetto a quella attiv/attivante del partner, verso un più simmetrico copione dell'intimità, in cui le regole del gioco sessuale sono costruite dalla coppia (Bertone *et al.* 2011); dall'altro un distanziamento, spesso ironico, da un certo modello di sessualità prestazionale, e dal modo in cui gli uomini, pur invecchiando, vi rimangono invischiati. Il campione di donne che si identificano fuori della cornice eteronormativa con malattia cronica sembra aver operato qualche tipo di riflessione sul proprio legame con gli script normativi e appare più propenso a sovvertirli attraverso pratiche creative di erotizzazione della cura, di de-centralizzazione dei genitali e di riscrittura dei ruoli. Si tratta tuttavia di casi isolati, che non arrivano ad una vera e propria rivendicazione forte ed esplicita di ridisegnare gli standard abilisti dei copioni sessuali.

Infine, l'articolo dimostra le potenzialità creative che possono emergere dall'ibridazione di letterature spesso tenute separate, come gli studi critici sulla disabilità, gli studi sull'invecchiamento, i *viagra studies* e i *crip studies*. La prospettiva intrecciata di diversi approcci permette di decostruire la concezione statica e deterministica di malattia, disabilità e invecchiamento, per arrivare a forme di rielaborazione di che cosa significano sessualità, genere, intimità in chiave fluida. In

questo senso, esplorare i vissuti delle persone che vivono tali condizioni attraverso un approccio teorico critico e aperto a spunti differenti permette di cogliere nel profondo la pervasività delle norme di genere e sessualità ma anche, allo stesso modo, gli spazi inaspettati di creatività e ridefinizione.

## Riferimenti bibliografici

- Arfini, E. (2011), “Corpi che non contano? Processi di sessualizzazione dei disabili e narrazioni personali”, in Inghilleri, M. e Ruspini, E. (a cura di), *Sessualità narrate. Esperienze di intimità a confronto*, Milano, FrancoAngeli, pp. 103-124.
- Bahner, J. (2019), *Mapping the Terrain of Disability and Sexuality: From Policy to Practice*, in *Ars Vivendi Journal*, n. 11, pp. 27-47.
- Bertone, C., Ferrero Camoletto, R. e Torrioni, P.M. (2011), Sessualità femminile, tra nuovi desideri e nuovi confini, in *Polis*, vol. 25, n. 3, pp. 363-392.
- Bildtgård, T. e Öberg, P. (2017), *Intimacy and Ageing: New Relationships in Later Life*, Bristol, Policy Press.
- Clare, E. (2017), *Brilliant Imperfection: Grappling with Cure*, Durham, Duke UP.
- Duncombe, J. e Marsden, D. (1996), “Whose Orgasm is this anyway? ‘Sex Work’ in Long-term Heterosexual Couple Relationships”, in Weeks J. e Holland J. (a cura di), *Sexual Cultures. Communities, Values and Intimacy*, London, Palgrave Macmillan, pp. 220-238.
- Ferrero Camoletto, R. (2021), Tough or Tender Sex? Italian GPs and Older Men’s Discourses on Sexual Ageing, in *Rassegna Italiana di Sociologia*, vol. 62, n. 2, pp. 317-342.
- Ferrero Camoletto, R. (2020), “Normal or Normative? Italian Medical Experts’ Discourses on Sexual Ageing in the Viagra Era”, in Rowland, D.L. e Jannini, E. (a

- cura di), *Cultural Differences and the Practice of Sexual Medicine. A Guide for Health Practitioners*, Cham, Springer, pp. 221-233.
- Garland-Thomson, R. (2011), Misfits: A Feminist Materialist Disability Concept, in *Hypatia*, vol. 26, n. 3, pp. 591-609.
- Gavey, N. (2006), “Viagra and the Coital Imperative”, in Seidman S. e Fischer N., Meeks C. (a cura di), *Handbook of the New Sexuality Studies*, London and New York, Roudledge, pp. 135-141.
- Giami, A. (2010), “La spécialisation informelle des médecins généralistes: l’abord de la sexualité”, in Bloy, G. e Schweyer, F.-X. (a cura di), *Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale*, Rennes, EHESP, pp. 147-167.
- Giglio, F. (2015), Dalla medicina dei bisogni alla medicina dei desideri. Il caso dell’invecchiamento - <http://www.anthropologica.eu/dalla-medicina-deibisogni-alla-medicina-dei-desideri-il-caso-dellinvecchiamento/> (consultato il 25 marzo 2022).
- Gott, M. (2005), *Sexuality, Sexual Health and Ageing*, Milton Keynes, Open UP.
- Gott, M., Hinchliff, S. e Galena, E. (2004), General Practitioner Attitudes to Discussing Sexual Health Issues with Older People, in *Social Science and Medicine*, vol. 58, n. 11, pp. 2093-103.
- Hinchliff, S. e Gott, M. (2008), Challenging Social Myths and Stereotypes of Women and Aging: Heterosexual Women Talk about Sex, in *Journal of Women and Aging*, vol. 20, n. 1-2, pp. 65-81.
- Kafer, A. (2013), *Feminist, Queer, Crip*, Bloomington and Indianapolis, Indiana UP.
- Katz, S., e Marshall, B.L. (2004), Is the Functional ‘Normal’? Aging, Sexuality and the Bio-marking of Successful Living, in *History of the Human Sciences*, vol. 17, n. 1, pp. 53-75.
- Katz, S. e Marshall, B. (2003), New Sex for Old: Lifestyle, Consumerism, and the Ethics of Aging Well, in *Journal of Aging Studies*, vol. 17, n. 1, pp. 3-16.

- Kim, E. (2011), Asexuality in Disability Narratives, in *Sexualities*, vol.14, n.4, pp. 479-493.
- Lamb, S. (2017) (a cura di), *Successful Aging as a Contemporary Obsession: Global Perspectives*, Baltimore, Rutgers University Press.
- La Mendola, S. (2009), *Centrato e aperto: Dare vita a interviste dialogiche*, Torino, UTET.
- Lingiardi, V. (2018), *Diagnosi e destino*, Milano, Einaudi.
- Loe, M. (2004), *The Rise of Viagra*, New York, New York University Press.
- Marshall, B.L. e Katz, S. (2002), Forever Functional: Sexual Fitness and the Ageing Male Body, in *Body & Society*, vol. 8, n. 4, pp. 43-70.
- Marshall, B.L. (2010), Science, Medicine and Virility Surveillance: 'Sexy Seniors' in the Pharmaceutical Imagination, in *Sociology of Health and Illness*, vol. 32, n. 2, pp. 211-24.
- McRuer, R. (2006), *Crip Theory: Cultural Signs of Queerness and Disability*, New York, New York University Press.
- McRuer, R. e Mollow, A. (2012), *Sex and Disability*, Durham, Duke University Press.
- Montemurro, B. e Siefken, J.M. (2014), Cougars on the Prowl? New Perceptions of Older Women's Sexuality, in *Journal of Aging Studies*, vol. 28, pp. 35-43.
- Oliveira, J.M. de, Almeida, M.J., and Nogueira, C. (2014), Exploring Medical Personnel's Discourses on the Sexual Health of Lesbian and Bisexual Women in Greater Lisbon, Portugal, in *Revista Colombiana de Psicología*, vol. 23, n. 2, pp. 297-309.
- Piepzna-Samarasinha, L.L. (2018), *Care Work: Dreaming Disability Justice*, Vancouver, Arsenal Pulp Press.
- Pieri, M. (2022), Persone LGBTQ+ con malattia cronica in Italia: Tra precarietà, cura e (in)visibilità, in *Salute e Società*, vol. 19, n. 2, pp. 84-97.
- Poggio, B. (2004), *Mi racconti una storia?: Il metodo narrativo nelle scienze sociali*, Roma, Carocci.

- Potts, A. (2005), Cyborg Masculinity in the Viagra Era, in *Sexualities, Evolution & Gender*, vol. 7, n. 1, pp. 3-16.
- Potts, A., Gavey, N., Grace, V.M. e Vares, T. (2003), The Downside of Viagra: Women's Experiences and Concern, in *Sociology of Health & Illness*, vol. 25, n. 7, pp. 697-719.
- Potts, A., Grace, V.M., Vares, T., Gavey, N. (2006), Sex for Life?: Men's Counter-Rhetoric on Erectile Dysfunction, Male Sexuality and Aging, in *Sociology of Health and Illness*, vol. 28, n. 3, pp. 306-329.
- Rainey, S.S. (2018), The Pleasures of Care, in *Sexualities*, vol. 21, n. 3, pp. 271-286.
- Sandberg, L. (2011), *Getting Intimate: A Feminist Analysis of Old Age, Masculinity and Sexuality*, Linköping, Linköping University Electronic Press.
- Sandberg, L. (2013), Just Feeling a Naked Body Close to You: Men, Sexuality and Intimacy in Later Life, in *Sexualities*, vol. 16, n. 3-4, pp. 261-82.
- Santos, A.C. e Santos, A.L. (2017), Yes, we fuck! Challenging the Misfit Sexual Body through Disabled Women's Narratives, in *Sexualities*, vol. 21, n. 3, pp. 303-318.
- Shakespeare, T., Gillespie-Sells, K. e Davies, D. (1996), *The Sexual Politics of Disability: Untold Desires*, London, Cassell.
- Shildrick, M. (2009), *Dangerous Discourses of Disability, Subjectivity and Sexuality*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Siebers, T. (2012), "A Sexual Culture for Disabled People", in McRuer, R. e Mollow, A. (a cura di), *Sex and Disability*, Durham, Duke University Press, pp. 37-53.
- Wendell, S. (1996), *The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflections on Disability*, New York, Routledge.
- Wentzell, E. (2013), Aging Respectably by Rejecting Medicalization: Mexican Men's Reasons for Not Using Erectile Dysfunction Drugs, in *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 27, n.1, pp. 3-22.