

La sessualità nelle condizioni di fragilità: suggerimenti di buona pratica clinica



Fausta Martino*, Sibilla Giangreco**, Stefania Traini***,
Jacopo Stringo****, Vito Lupo*****, Francesca Cavallo*****

Ricevuto il 17 dicembre 2025, accettato il 26 maggio 2026

Sommario

Il contributo esplora il costrutto multidimensionale della fragilità, inteso non come mera vulnerabilità ma come processo evolutivo di riorganizzazione del sé in specifiche condizioni di vita atipiche, nelle sue declinazioni reattiva, evolutiva e integrata. Il focus si posiziona sull'intersezione tra fragilità e sessualità, analizzando come questa dimensione fondamentale del benessere umano venga ridefinita, sostenuta e talvolta trascurata in tre specifici contesti: l'invecchiamento, la disabilità e l'oncologia. Vengono presentati e discussi modelli teorici e interventi evidence-based (cognitivo-comportamentali, mindfulness, psicoeducativi) volti a promuovere una "sessualità sostenibile", che integri aspetti biologici, psicologici e conte-

* Psicologa, psicogeriatra, dottore di Ricerca; Secondo centro di terapia cognitiva di Forlì, via Dragoni 57 – 47122 Forlì; e-mail: faustamartino.psicologa@gmail.com.

** Delegata Regione Sicilia CIS (Centro Italiano di Sessuologia), Coordinatrice scuola di Psicoterapia Aletea, via San Vincenzo 11 – 94010 Assoro; e-mail: sibillagiangreco@gmail.com.

*** Psicologa, Psicoterapeuta, Filosofa, Socia ordinaria della Società Italiana della Riproduzione Umana; e-mail: trainistefania@gmail.com.

**** Psicologo, dottorando di ricerca; Università degli Studi di Bergamo, via Salvecchio 19, 24129; Coordinamento Esecutivo CRiSiCo – IULM; Membro GdL LGBTQI+ dell'Ordine Psicologi Lombardia; e-mail: info.jacopostringo@gmail.com.

***** Psicologo, Psicoterapeuta. Centro TMI Avellino/Battipaglia, Via Carso 6 – 84091 Battipaglia; e-mail: vitolupopsi@gmail.com.

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

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSNe 2281-6046), n. 57/2025
DOI: 10.3280/qpc57-2025oa23132

stuali. L'articolo sottolinea l'importanza di approcci ecologici e sistemici, che coinvolgano la persona, la famiglia, gli operatori e il contesto istituzionale, per riconoscere la sessualità come diritto e spazio vitale di riconoscimento, agency e continuità identitaria anche nelle condizioni di fragilità.

Parole chiave: fragilità, sessualità sostenibile, interventi cognitivo comportamentali, agency.

Sexuality in Frailty: Recommendations for Good Clinical Practice

Abstract

The paper explores the multidimensional construct of frailty, understood not merely as vulnerability but as an evolving process of self-reorganization in specific atypical life conditions, articulated in its reactive, developmental, and integrated forms. The focus lies on the intersection between frailty and sexuality, examining how this fundamental dimension of human well-being is redefined, supported, and at times neglected in three specific contexts: aging, disability, and oncology.

Theoretical models and evidence-based interventions (cognitive-behavioral, mindfulness-based, and psychoeducational) aimed at promoting a “sustainable sexuality” are presented and discussed, integrating biological, psychological, and contextual dimensions. The article emphasizes the importance of ecological and systemic approaches involving the individual, the family, healthcare professionals, and the institutional context, in order to recognize sexuality as a right and as a vital space for recognition, agency, and continuity of identity even in conditions of frailty.

Keywords: Frailty, Sustainable Sexuality, Cognitive-Behavioral Interventions, Agency.

Introduzione

Il presente contributo analizza le evidenze scientifiche e gli approcci terapeutici cognitivo-comportamentali nell'intersezione tra fragilità e sessualità. La sintesi della letteratura si è focalizzata sull'identificazione di modelli teorici CBT e sull'efficacia degli interventi (CBT standard, mindfulness, ACT, CFT) nelle tre aree cliniche considerate: anzianità, disabilità e oncologia. Sono state integrate anche esperienze cliniche esemplificative. L'obiettivo è tracciare un quadro utile alla valutazione e al trattamento psicoterapeutico delle problematiche sessuali in condizioni di vulnerabilità.

Il costrutto di fragilità

La fragilità rappresenta oggi una categoria complessa e multidimensionale, che supera la semplice vulnerabilità biologica o anagrafica per descrivere una condizione esistenziale e relazionale caratterizzata dalla riduzione delle risorse personali – fisiche, cognitive, psicologiche o sociali – e da una conseguente maggiore dipendenza dall’ambiente e dagli altri. Non coincide con la malattia, ma costituisce uno stato intermedio di vulnerabilità che può esporre la persona a disregolazione emotiva in presenza di stressors interni o esterni (Sciacchitano *et al.*, 2024). Invecchiando, anche in assenza di disabilità conclamate, la fragilità si affianca a mutamenti nella percezione del corpo e della sessualità: l’esperienza erotica si modifica parallelamente ai cambiamenti fisici, relazionali e identitari, assumendo nuovi significati legati alla tenerezza, al contatto e al bisogno di riconoscimento.

Come sottolineato nel Manuale di sessuologia clinica (Cavallo, 2025), nella fragilità la sessualità rimane un importante spazio di regolazione emotiva e continuità identitaria, sebbene esposto alle vulnerabilità corporee e relazionali tipiche di questa condizione.

Dal punto di vista psicologico, la fragilità si configura come un processo di perdita di coerenza identitaria e di agency: il soggetto fragile è vulnerabile non solo fisicamente, bensì risulta anche esposto a una crisi dei significati personali, dove la perdita di ruoli, autonomia e sicurezza corporea minaccia il senso di sé e la continuità narrativa dell’identità. È dunque una condizione esistenziale nella quale emergono sentimenti di inutilità o dipendenza, paura del futuro e difficoltà a integrare l’esperienza del corpo che cambia. Questo costrutto può essere letto come una crisi della continuità del sé in cui la perdita di autonomia, sicurezza corporea e ruolo sociale mette alla prova l’identità personale e la percezione di sé come soggetto capace di agire, desiderare e scegliere (Bornstein *et al.*, 2003) – dimensione che assume particolare rilevanza quando si intreccia con la sessualità, dove vulnerabilità e bisogno di riconoscimento emergono con evidenza.

L’esperienza clinica consente di distinguere tre forme di fragilità come tappe di un processo evolutivo. La fragilità reattiva costituisce la risposta acuta a eventi critici, caratterizzata da instabilità emotiva e ricerca di contenimento. La fragilità evolutiva rappresenta la fase di riorganizzazione del sé in cui la persona ridefinisce la propria immagine corporea e relazionale. Infine, emerge la fragilità integrata, condizione persistente ma consapevole nella quale la vulnerabilità è stata riconosciuta e trasformata in parte dell’identità, dove il limite diviene fonte di competenze relazionali e capacità di autoregolazione. In quest’ottica, la fragilità non è una semplice perdita di

funzionalità ma un processo evolutivo di riorganizzazione del sé nel quale il soggetto fragile – anziano, disabile o affetto da patologie acute o croniche – può ricostruire nuovi significati di sé e della propria corporeità attraversando queste fasi trasformative. Diventa così un luogo possibile di autenticità, interdipendenza e ridefinizione identitaria in cui la sessualità mantiene il suo valore di linguaggio vitale, connessione e umanità condivisa, ridefinendosi progressivamente attraverso il riconoscimento della vulnerabilità come dimensione costitutiva dell'esperienza umana.

Clinica della sessualità nell'età avanzata: processi di trasformazione e rinegoziazione funzionale

La sessualità in età avanzata rappresenta un ambito frequentemente trascurato o stereotipato nella letteratura scientifica e nella cultura comune, nonostante costituisca una componente fondamentale dell'esperienza umana e del benessere psicofisico. È importante considerare la sessualità come un diritto e un bisogno che permane lungo l'intero arco della vita, anche in presenza di fragilità fisica o di cambiamenti corporei. È necessario superare visioni riduttive e stigmatizzanti, proponendo un modello di sessualità “sostenibile” che riconosca l'unicità di ciascun individuo e le diverse modalità attraverso cui la sessualità può esprimersi e trasformarsi nel corso degli anni (Veglia, 2005).

Nell'ambito dell'anzianità, tale prospettiva assume un valore particolarmente rilevante. L'invecchiamento comporta inevitabilmente trasformazioni corporee, relazionali e psicologiche che richiedono una rinegoziazione del significato della sessualità, più che la sua negazione. La sessualità rimane una dimensione centrale dell'esperienza umana, profondamente connessa alla regolazione affettiva alla costruzione dell'identità e alla qualità delle relazioni interpersonali.

Interventi evidence-based

La letteratura scientifica mostra l'efficacia di interventi di mindfulness di gruppo, erogati anche attraverso incontri virtuali, rivolti a donne in età avanzata con basso desiderio sessuale. Il protocollo è una combinazione di pratiche di mindfulness, momenti di psicoeducazione sui cambiamenti sessuali legati all'invecchiamento e discussioni di gruppo finalizzate all'elaborazione dell'esperienza soggettiva. I risultati, rilevati dopo sei settimane, hanno mo-

strato che le partecipanti al gruppo mindfulness riportavano una riduzione significativamente maggiore del distress sessuale rispetto al gruppo di controllo, suggerendo un effetto specifico dell'intervento sul benessere sessuale (Thurston, 2023). Tali esiti risultano coerenti con i modelli teorici che attribuiscono alla mindfulness la capacità di modulare l'esperienza sessuale attraverso un aumento della consapevolezza corporea, la riduzione dell'ansia da prestazione e la diminuzione dei processi di auto-giudizio che influenzano desiderio e piacere (Thomas, 2025).

Nella terza età, gli elementi relazionali assumono una rilevanza particolare: in un periodo in cui il corpo cambia e le perdite (lutti, pensionamento, malattie) si fanno più frequenti, la sessualità può costituire un contenitore privilegiato di significati esistenziali, simbolo di continuità identitaria e risorsa per il benessere. L'esperienza sessuale si svincola progressivamente dai modelli prestazionali legati alla giovinezza e può assumere funzioni più intime, affettive e comunicative. In questo contesto, la sessualità non è più necessariamente centrata sull'atto penetrativo o sulla performance, ma si arricchisce di gesti di tenerezza, contatto corporeo, scambio emotivo e riconoscimento reciproco. La terapia sessuale cognitivo-comportamentale continua a costituire un modello di riferimento consolidato. Essa combina ristrutturazione cognitiva, desensibilizzazione all'ansia sessuale e attività comportamentali progressive, come il Sensate Focus adattato all'età, finalizzato a stimolare intimità e piacere senza la pressione della performance. Gli interventi relazionali si concentrano sulla comunicazione affettiva e sulla negoziazione dei bisogni sessuali, insegnando ai partecipanti a esprimere desideri, limiti e preferenze in maniera efficace, con l'obiettivo di ridurre il ritiro e l'isolamento emotivo e aumentare comportamenti intimi gratificanti (von Humboldt *et al.*, 2024).

Inoltre, gli incontri di gruppo, con paradigma di riferimento cognitivo, finalizzati al sexual well-being, hanno dimostrato di favorire condivisione e supporto sociale, normalizzando esperienze sessuali e affettive e promuovendo un cambiamento cognitivo attraverso il modelling sociale e conferma esperienziale. Questi programmi hanno evidenziato miglioramenti significativi nella soddisfazione sessuale e, in generale, nella qualità della vita, confermando l'efficacia di interventi che integrano dimensioni cognitive, comportamentali e sociali (von Humboldt *et al.*, 2024). L'intimità sessuale rappresenta una via privilegiata per contrastare il senso di isolamento, riattivare la propria vitalità e consolidare il legame con il partner, anche attraverso forme rinnovate di erotismo. All'interno di questo processo, l'esperienza emotiva assume un ruolo centrale: essa necessita di essere accolta e attraversata nella sua completezza, dal momento che è proprio nel sostare den-

tro le emozioni, evitando strategie di evitamento, che si attivano processi di integrazione personale e si favorisce un benessere psicologico più duraturo (Lambruschi, 2024). In questa prospettiva, le evidenze disponibili indicano che interventi psicologici mirati, di matrice cognitiva, possono sostenere una sessualità adulta e matura, orientata al benessere complessivo, alla qualità dell'intimità e alla capacità di adattarsi ai cambiamenti fisiologici e relazionali propri dell'invecchiamento.

Sessualità nelle RSA: modelli organizzativi integrati

La letteratura internazionale evidenzia come il diritto all'intimità e alla sessualità rimanga una dimensione fondamentale della qualità della vita anche nelle persone anziane residenti in RSA. La possibilità di vivere relazioni affettive, erotiche o sessuali non dipende esclusivamente dal desiderio degli ospiti, ma dall'ambiente istituzionale: politiche, spazi, atteggiamenti del personale e valorizzazione della privacy ne determinano la fattibilità. Le linee guida (es. Royal College of Nursing, 2022) e strumenti come il Sexuality Assessment Tool – SexAT (Bauer, 2014) offrono framework operativi. È cruciale garantire una privacy reale, attraverso ambienti dedicati (camere singole con letti matrimoniali, stanze protette), come dimostrano esperienze europee (es. “Care Homes For Couples” in Inghilterra; RSA Vardaga Lindgården in Svezia con “pleasure basket” e colloqui di ingresso sull'intimità). Queste strategie nelle RSA rappresentano modelli ambientali integrati che normalizzano la sessualità attraverso strumenti (SexAT), politiche (privacy, consenso), formazione del personale e progettazione di spazi fisici dedicati. La formazione degli operatori e politiche chiare sono determinanti. Il Framework RCN fornisce procedure per l'assessment di attività intime, definendo criteri su consenso, salvaguardia e comunicazione con le famiglie. Fondamentale è la valutazione della capacità di consenso, specie in caso di decadimento cognitivo, attraverso strumenti clinici strutturati (es. Assessment of Sexual Consent Capacity) che bilanciano protezione da abusi e rispetto del diritto all'intimità.

Sessualità e disabilità: la fragilità integrata come paradigma evolutivo

La disabilità rappresenta, per il professionista della salute mentale e educativa, uno dei luoghi più complessi in cui si intrecciano vulnerabilità, identità e desiderio. Lontano da una visione esclusivamente medico-deficitaria, la pro-

spettiva psicosessuologica ed evolutiva invita a considerare la persona con disabilità come soggetto di desiderio, capace di progettualità affettiva e sessuale. La sessualità non costituisce un “accessorio” dell’esperienza umana, ma uno spazio privilegiato di riconoscimento di sé, di relazione e di costruzione di significato. La sessualità, per ogni essere umano, è non solo un bisogno primario, come nutrirsi e respirare, ma anche un sistema motivazionale interpersonale.

In questa cornice, il limite corporeo e cognitivo non coincide con la negazione del piacere, bensì con una diversa modalità di viverlo e di rappresentarlo. La disabilità può essere letta come una forma di “fragilità stabilizzata”: una vulnerabilità che si integra nel Sé e nella quotidianità, senza annullare la possibilità di sviluppo, cambiamento e relazione. La disabilità si colloca prevalentemente nella fragilità stabilizzata.

La persona vive una vulnerabilità strutturale che, se adeguatamente sostenuta, può tradursi in consapevolezza di sé, capacità di chiedere aiuto e progettualità esistenziale. In questa prospettiva, la fragilità non è sinonimo di impotenza ma condizione che rende possibile la trasformazione. La letteratura contemporanea sottolinea come la vulnerabilità non debba essere letta solo in termini di mancanza, ma come struttura di possibilità. Mustanienmi-Laakso e colleghi (2023) mostrano come la condizione di fragilità possa aprire a forme specifiche di agency: la persona fragile o disabile non è mero oggetto di cura, bensì soggetto che interpreta, decide, negozia significati e relazioni. Sul piano sessuologico, ciò comporta il superamento delle narrazioni desessualizzanti o infantilizzanti. Studi sul rapporto tra disabilità e diritti sessuali evidenziano come la sessualità delle persone con disabilità sia spesso compressa da stereotipi culturali e istituzionali che la considerano impropria, pericolosa o incompatibile con l’immagine sociale della “persona fragile” (Addlakha, 2017).

Ne derivano pratiche di controllo, omissione educativa e iperprotezione che limitano l’autodeterminazione erotico-affettiva. Al contrario, quando la sessualità viene riconosciuta e sostenuta, essa diventa fattore di integrazione identitaria, autostima e benessere psico-affettivo. La fragilità integrata permette di vivere il limite come confine dinamico entro cui cercare forme personali di piacere, intimità e reciprocità.

Il concetto di sessualità sostenibile

Per descrivere questo equilibrio tra vulnerabilità e desiderio, il paradigma della “sessualità sostenibile” integra tre dimensioni interdipendenti (Veglia, 2015; Rovatti, 2016):

- *biologica*: riguarda il funzionamento corporeo, sensoriale e neurofisiologico, con le specifiche limitazioni e possibilità della singola persona;
- *psicologica*: comprende l'immagine corporea, la storia affettiva, gli schemi cognitivi, le emozioni e le rappresentazioni del desiderio;
- *contestuale*: include famiglia, istituzioni, cultura, norme giuridiche e morali che definiscono ciò che è considerato lecito, possibile o desiderabile.

La sessualità è sostenibile quando queste tre aree trovano un equilibrio realistico tra pulsione, significato e possibilità relazionale. Il limite non viene negato, ma riconosciuto come elemento che orienta le scelte e le forme dell'intimità. In questo senso, la persona con fragilità integrata va sostenuta nella ricerca di un equilibrio consapevole verso il desiderio negoziato con il corpo reale, con le proprie capacità comunicative e con il contesto, senza rinunciare al diritto al piacere e alla relazione.

Modelli di intervento: gestione e arricchimento

L'intervento psicosessuologico nel campo della disabilità si articola su due ambiti complementari: gestione dei comportamenti sessuali e arricchimento dell'esperienza erotico-affettiva. Gli interventi di gestione adottano principalmente strategie comportamentali e cognitive, mirate a prevenire, regolare e ristrutturare comportamenti inappropriati o fonte di rischio. Tecniche come il rinforzo differenziale, l'estinzione e l'ipercorrezione vengono utilizzate per ridurre condotte disfunzionali e favorire risposte più adeguate. Il modeling, il role playing e il rinforzo sociale aiutano a sviluppare abilità comunicative, competenze sociali e gestione dell'ansia nelle interazioni. Gli interventi di arricchimento, invece, considerano la sessualità come traiettoria evolutiva di crescita personale. L'obiettivo non è soltanto contenere il comportamento, ma ampliare le possibilità di consapevolezza, piacere e connessione. In questa prospettiva, la sessualità viene riconosciuta come linguaggio complesso di identità, relazione e significato. Tra le pratiche di arricchimento si trovano laboratori psico-corporei e sensoriali, tecniche di rilassamento e mindfulness, percorsi di educazione affettiva e sessuale sul consenso, sull'autonomia e sulla reciprocità, nonché attività di gruppo a valenza espressiva (musicoterapia, teatro sociale, danzamovimentoterapia). La letteratura scientifica sulla vita affettiva e sessuale delle persone con disabilità conferma che, quando la sessualità è accompagnata da interventi educativi strutturati, favorisce l'integrazione sociale, l'autostima e la qualità di vita (Whittle, 2018). Tali interventi non sono un'opzione, ma una necessità evo-

lutiva: sostengono la persona nel costruire una competenza erotico-affettiva in grado di integrare limite, desiderio e relazioni significative.

La costruzione di una sessualità sostenibile nella disabilità richiede il coinvolgimento attivo di famiglia e operatori. I genitori, spesso attraversati da preoccupazioni e paure, possono essere accompagnati in percorsi di empowerment che li aiutino a riconoscere i propri pregiudizi, a sviluppare un linguaggio più aperto e a sostenere l'autonomia affettiva dei figli. Analogamente, gli operatori sociosanitari necessitano di una formazione specifica sulla potenzialità espressiva del corpo, sulla comunicazione implicita e sulla gestione delle proprie risonanze emotive.

Sul piano etico, l'equilibrio tra tutela e autodeterminazione diventa cruciale. È necessario evitare sia la negazione della sessualità sia la sua spettacolarizzazione o strumentalizzazione. Il riferimento ai diritti umani e alla Convenzione ONU del 2007 sui diritti delle persone con disabilità supporta l'idea che la sessualità sia parte integrante della dignità e della cittadinanza, e non un privilegio concesso caso per caso.

Solo un lavoro congiunto tra famiglia, servizi, contesti educativi e politiche sociali può garantire che tutte le forme di fragilità – reattiva, evolutiva e integrata – trovino spazi di riconoscimento e di crescita. In tal modo, la disabilità cessa di essere letta come pura mancanza e si configura come una delle possibili traiettorie dell'esistenza umana, capace di restituire alla sessualità il suo valore di esperienza profondamente umana, relazionale e generativa.

Buone prassi per una sessualità accessibile

L'approccio alla sessualità nella disabilità si fonda su una presa in carico ecologica e sistemica, in linea con la Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità (2006). Modelli come l'approccio a cerchi concentrici integrano prospettive costruttiviste, narrative e dell'embodiment, articolandosi su tre livelli:

- *intervento con le famiglie*: cicli psicoeducativi per genitori, basati su parent training e regolazione emotiva, finalizzati a riformulare narrazioni sulla fragilità e sostenere l'autonomia affettivo-sessuale dei figli;
- *intervento con gli utenti*: percorsi esperienziali focalizzati su corporeità, sensorialità e consapevolezza emotiva, come laboratori di modellazione tattile (es. vulva/pene in plastilina) e circle time per la mentalizzazione. Esperienze pilota (es. UICI Perugia) evidenziano distorsioni rappresenta-

zionali, sottolineando la necessità di interventi continui sulla corporeità come prerequisito dello sviluppo sessuale;

- *follow-up annuale*: monitoraggio longitudinale di rappresentazioni corporee, esperienze relazionali e sostegno a famiglie/operatori, per garantire continuità educativa e consolidamento identitario.

Le buone prassi nel campo della disabilità includono progetti come quelli promossi da IRIFOR (campi estivi in Sicilia e Umbria), che rappresentano un esempio concreto di modello a tre livelli (“cerchi concentrici”) per l’educazione alla sessualità in giovani con disabilità visiva/motoria.

Questo approccio combina formazione di operatori/famiglie, percorsi esperienziali per utenti (laboratori corporei, modellazione tattile) e follow-up longitudinale, promuovendo autonomia e autodeterminazione. Parallelamente, la figura del lovegiver (o assistente sessuale) e gli spazi di autonomia (es. appartamenti di pre-dimissione in Unità Spinali, stanze dedicate in centri neuromotori) rappresentano risposte concrete al diritto all’espressione sessuo-affettiva. Il modello del lovegiver, promosso in Italia dall’Associazione OEAS, solleva il dibattito sul riconoscimento normativo dell’assistenza sessuale, come alternativa professionale e strutturata al ricorso informale e precario a sex workers.

Gli interventi strutturali in riabilitazione (Unità Spinali e Neuromotorie) creano spazi protetti di autonomia dove, con supporto psicosessuologico, si facilita la rinegoziazione dell’intimità di coppia e il riconoscimento del desiderio anche nella disabilità grave (Addlakha, 2017; Whittle *et al.*, 2018).

Salute sessuale nel paziente oncologico: stato dell’arte e criticità

La sessualità rappresenta una dimensione cruciale del benessere delle persone con cancro, influenzando qualità della vita, identità, autostima, senso di continuità del sé e relazioni di coppia. I dati epidemiologici evidenziano come la compromissione della funzione sessuale costituisca una conseguenza quasi universale nei pazienti oncologici. Le percentuali di disfunzione sessuale variano dal 40 al 100% nelle pazienti con tumori ginecologici, raggiungono il 60-90% nelle donne dopo trattamento per carcinoma mammario e oscillano tra il 40 e l’85% negli uomini, con punte del 79-88% dopo prostatectomia radicale nerve-sparing (Rizzuto *et al.*, 2021; Xu *et al.*, 2022; Mols *et al.*, 2009). Gli studi longitudinali dell’EORTC, appena citati, indicano che anche i survivor a lungo termine riportano livelli di salute sessuale significativamente inferiori ai controlli, suggerendo persistenza del proble-

ma. Nonostante la rilevanza clinica e l'unanime riconoscimento scientifico, la sessualità rimane tra le aree più trascurate nella pratica oncologica. Meno del 30% dei pazienti riferisce che un professionista sanitario abbia affrontato esplicitamente il tema durante cure e follow-up. Ciò che manca non è la conoscenza: la ricerca dimostra che la disfunzione è frequente, persistente e trattabile – ma la sua applicazione sistematica. La componente più trascurata riguarda il peso psicologico, identitario e relazionale della “sessualità oncologica”.

Vulnerabilità specifiche e popolazioni sottorappresentate

Molte lacune permangono riguardo a popolazioni specifiche. Nel gruppo AYA (Adolescents and Young Adults, 18-39 anni) la sessualità si intreccia a fertilità, identità e progettualità: la perdita del desiderio e la paura del rifiuto compromettono lo sviluppo relazionale, aumentando significativamente il rischio di isolamento e depressione. Le persone LGBTQIA+ hanno maggiori difficoltà a parlare di sessualità con i clinici, molti protocolli non sono inclusivi e i bisogni specifici – relativi a pratiche sessuali, ruoli, disforia di genere e terapie ormonali – spesso non vengono riconosciuti (Rodrigues *et al.*, 2023). I pazienti in fase avanzata o palliativa (70-75%) desiderano ancora intimità, sebbene molti cerchino connessione, contatto e affetto piuttosto che attività genitale. Altre popolazioni sottorappresentate includono pazienti con tumori ginecologici, coloretali, della testa e del collo, e chi vive in contesti socioculturali sfavorevoli. La malattia oncologica configura un'esperienza traumatica coinvolgendo dimensioni neurologiche, psicologiche ed esistenziali interconnesse.

Durante diagnosi e trattamento, il cervello sperimenta alterazioni nei neurotrasmettitori e fluttuazioni ormonali che influenzano equilibrio emotivo e regolazione affettiva. I processi psicologici individuali possono influenzare il decorso della malattia attraverso meccanismi che coinvolgono l'asse psico-neuro-endocrino-immunologico e il sistema nervoso autonomo. L'approccio cognitivo-comportamentale risulta particolarmente efficace nel trattamento del trauma oncologico, intervenendo sui pattern di pensiero disfunzionali che mantengono la sofferenza emotiva. La CBT permette di identificare e modificare le distorsioni cognitive relative alla malattia, al corpo e alla sessualità, insegnando strategie concrete per gestire ansia, depressione e paura di recidiva. L'integrazione con le terapie di terza onda – ACT, CFT e mindfulness – amplia l'efficacia aggiungendo accettazione psicologica, defusione cognitiva e compassione verso il sé corporeo modifi-

cato (Lambruschi, 2024). La sessualità nei pazienti oncologici si articola su molteplici livelli. A livello corporeo, malattia e trattamenti producono modificazioni anatomiche, funzionali e percettive che alterano l'esperienza del corpo vissuto. Mutilazioni chirurgiche, radioterapia e chemioterapia generano un corpo vulnerabile che richiede rielaborazione identitaria. L'approccio cognitivo-comportamentale aiuta a modificare i pensieri automatici negativi sull'immagine corporea attraverso ristrutturazione cognitiva ed esposizione graduale. Alcuni pazienti sperimentano, per i trattamenti ormonali, un senso di non appartenenza al proprio genere biologico. La funzione sessuale risulta compromessa con disfunzioni specifiche: le donne sperimentano problemi del desiderio, eccitazione, lubrificazione, dolore, alterazione dell'immagine corporea e perdita di intimità emotiva; gli uomini manifestano disfunzione erettile ed eiaculatoria, riduzione del desiderio e perdita del senso di mascolinità. La dimensione relazionale viene influenzata non solo nella possibilità di rapporti sessuali ma anche nella condivisione intima e nel riconoscimento corporeo.

Modello multifattoriale della disfunzione sessuale oncologica

I meccanismi sono complessi e interconnessi. Oltre ai fattori fisici iatrogeni – danni neurologici, vascolari, ormonali e tissutali – intervengono fattori psicologici quali depressione, ansia, paura di recidiva, vergogna e alterazione dell'immagine corporea. Il modello cognitivo-comportamentale identifica come centrali i processi di elaborazione cognitiva disfunzionale: pensieri catastrofici (*“Nessuno mi vorrà più”*), credenze rigide (*“Se non posso avere rapporti completi non sono più una persona sessuale”*), evitamenti comportamentali e cicli interpersonali negativi. I fattori relazionali includono difficoltà comunicative, cambiamento dei ruoli di coppia e ridefinizione dell'intimità. La terapia cognitivo-comportamentale di coppia facilita comunicazione assertiva ed empatica, permettendo rinegoziazione dell'intimità e nuove modalità di connessione. I fattori socioculturali comprendono tabù sulla sessualità in malattia e mancanza di linguaggio clinico inclusivo. Nel paziente oncologico, la sessualità mantiene valore essenziale come spazio di benessere e regolazione emotiva quando adeguatamente supportata attraverso interventi cognitivo-comportamentali evidence-based.

Valutazione clinica e interventi terapeutici evidence-based

Una valutazione accurata risulta fondamentale. Le linee guida ASCO (Andersen *et al.*, 2014) raccomandano almeno uno strumento validato alla diagnosi, durante le terapie e nel follow-up: EORTC SHQ-22, questionari specifici QLQ BR23/BR45 e QLQ-CR, FSFI e IIEF, combinati con scale di qualità della vita (Barbera *et al.*, 2017). L'obiettivo è far emergere la disfunzione prima che diventi sofferenza cronica. La concettualizzazione cognitivo-comportamentale del caso permette di identificare i fattori di mantenimento e pianificare interventi personalizzati. Gli interventi psico-sessuologici raccomandati si fondano sull'approccio cognitivo-comportamentale. La psicoeducazione strutturata fornisce informazioni sulla risposta sessuale, sugli effetti dei trattamenti e sulle strategie di adattamento.

La CBT costituisce il trattamento gold standard, operando su tre livelli: cognitivo (modificazione di pensieri disfunzionali), emotivo (regolazione di ansia e vergogna attraverso esposizione graduale), e comportamentale (ripresa dell'attività sessuale con homework strutturati e focus sensoriale). La mindfulness-based cognitive therapy si è dimostrata efficace nel ridurre il distress sessuale e aumentare il desiderio, operando attraverso consapevolezza corporea non giudicante (Thomas *et al.*, 2025; Thurston, 2023). L'ACT facilita l'accettazione delle modificazioni corporee e la defusione dai pensieri catastrofici. La CFT tratta vergogna corporea e autocritica severa, coltivando gentilezza verso il sé modificato. La terapia di coppia cognitivo-comportamentale si focalizza sulla comunicazione assertiva, rinegoziazione dell'intimità e costruzione di nuove modalità di connessione. Gli approcci somatici facilitano la riconnessione corporea attraverso grounding e respirazione. La body image therapy utilizza esposizione allo specchio e ristrutturazione cognitiva per elaborare le modificazioni fisiche. I modelli organizzativi efficaci includono ambulatori dedicati con professionisti formati in psicoterapia cognitivo-comportamentale, équipe multidisciplinari (oncologo, ginecologo/urologo, endocrinologo, psicoterapeuta, fisioterapista) con formazione obbligatoria in salute sessuale, psiconcologia e sessuologia clinica, e screening sistematici durante il follow-up (Rossi *et al.*, 2025).

Barriere alla comunicazione e all'implementazione

Numerose barriere ostacolano l'implementazione. Dal lato dei pazienti: vergogna, imbarazzo, timore di mettere a disagio il medico, convinzione che sia responsabilità del clinico sollevare l'argomento, percezione che i proble-

mi sessuali non siano “seri”, e paura di deludere il partner. L’approccio cognitivo-comportamentale identifica queste barriere come prodotto di credenze disfunzionali modificabili attraverso psicoeducazione e ristrutturazione cognitiva. Dal lato degli operatori: sensazione di inadeguatezza formativa, conoscenza limitata degli interventi, mancanza di tempo, assenza di privacy, preoccupazione di mettere a disagio i pazienti e difficoltà nell’affrontare tematiche LGBTQIA+ (Flynn *et al.*, 2012; Almont *et al.*, 2019). La formazione in tecniche cognitivo-comportamentali e nel modello SPIKES permette di superare queste barriere, fornendo strutture comunicative chiare. Le barriere sistemiche riguardano assenza di PDTA dedicati, mancanza di ambulatori specializzati, scarsa integrazione nei sistemi informativi e limitato riconoscimento istituzionale. Queste barriere riflettono una tendenza culturale a marginalizzare la salute sessuale in oncologia. Le popolazioni più vulnerabili – giovani adulti, persone LGBTQIA+ e pazienti in fase avanzata – sono quelle meno raggiunte.

Oncofertilità: integrazione tra identità, orientamento sessuale e organizzazione dei servizi

La preservazione della fertilità interseca identità di genere, orientamento sessuale e qualità dell’assistenza. Tre elementi sono fondamentali: qualità della consulenza medica e psicologica, attenzione all’identità di genere e orientamento sessuale, e fattori organizzativi. Solo il 44% delle pazienti riceve consulenza adeguata sull’oncofertilità (Almont *et al.*, 2019).

Il contesto sanitario non è sempre inclusivo, portando alcuni pazienti a nascondere le proprie caratteristiche o sentirsi a disagio. Sono necessari training sulla diversità, rispetto della privacy e consapevolezza dei pregiudizi. Una valutazione sistematica dell’identità di genere e orientamento sessuale, secondo la Medicina di Genere, permetterebbe di personalizzare gli interventi cognitivo-comportamentali e migliorare l’accessibilità ai servizi di preservazione della fertilità.

Interventi evidence-based e implementazione clinica in psiconcologia

La psiconcologia offre un modello multifattoriale d’intervento per un disagio psicologico che colpisce il 25-30% dei pazienti (spesso non adeguatamente trattato). Gli interventi evidence-based si rivolgono sia al paziente

che al sistema familiare/caregiver, affrontando il trauma complesso legato alla malattia.

Gli interventi integrano (Thomas *et al.*, 2025; Thurston, 2023):

- *Terapie cognitivo-comportamentali (CBT) e di terza onda*: per la regolazione emotiva, la ristrutturazione cognitiva e l'elaborazione del trauma (EMDR, Psicoterapia Sensomotoria).
- *Approcci basati sulla mindfulness (MBSR, MBCT) e ACT*: per la stabilizzazione dell'arousal, l'accettazione e l'azione valoriale.
- *Compassion Focused Therapy (CFT)*: per vergogna e autocritica.
- *Interventi familiari e di supporto al caregiver*: per gestione dello stress, comunicazione assertiva e prevenzione del burnout (il 40-70% dei caregiver presenta sintomi depressivi).

La comunicazione è centrale, strutturata su modelli evidence-based come SPIKES (Baile *et al.*, 2000), per la comunicazione di cattive notizie. La sua implementazione richiede agli operatori competenze di intelligenza emotiva e metacognitive, sviluppabili attraverso training che integrano tecniche di defusione, grounding e self-compassion, per prevenire burnout e mantenere una relazione terapeutica efficace.

In oncologia le buone prassi si concretizzano nell'implementazione di modelli organizzativi efficaci che includono ambulatori dedicati con professionisti formati in psicoterapia cognitivo-comportamentale, équipe multidisciplinari (oncologo, ginecologo/urologo, endocrinologo, psicoterapeuta, fisioterapista) con formazione obbligatoria in salute sessuale e psiconcologia, e screening sistematici durante il follow-up (Rossi *et al.*, 2025). Questi modelli rappresentano la traduzione operativa degli interventi evidence-based in setting clinici reali, affrontando anche le barriere alla comunicazione e implementazione che spesso marginalizzano la salute sessuale nella pratica oncologica.

Discussione

Il presente contributo ha delineato un quadro complesso e interconnesso della relazione tra fragilità e sessualità, evidenziando come questa dimensione esistenziale, spesso trascurata, sia in realtà uno spazio critico per la regolazione emotiva, la continuità identitaria e la qualità della vita in tre contesti di vulnerabilità: anzianità, disabilità e oncologia.

Un primo elemento trasversale emerso riguarda la necessità di un cam-

bio di paradigma culturale e clinico. La sessualità nelle condizioni di fragilità deve essere spogliata da stereotipi desessualizzanti, infantili o puramente medici, per essere riconosciuta come un diritto e un bisogno primario che perdura lungo tutto l'arco della vita, anche in presenza di limiti corporei e cognitivi. Il costrutto della "fragilità" stessa, riletto come processo evolutivo di riorganizzazione del sé (reattivo, evolutivo e integrato), fornisce una chiave interpretativa preziosa per superare visioni statiche di perdita, valorizzando invece il potenziale di trasformazione, agency e ridefinizione identitaria che la vulnerabilità può aprire.

Dal punto di vista degli interventi, la review conferma il ruolo centrale della psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) e degli approcci di terza onda come cornici evidence-based di elezione. La CBT si dimostra flessibile ed efficace nell'affrontare le componenti cognitive (pensieri, credenze disfunzionali), emotive (ansia, vergogna, paura) e comportamentali (evitamento, ritiro) che caratterizzano il disagio sessuale in queste popolazioni. L'integrazione con mindfulness, ACT e CFT arricchisce il repertorio terapeutico, promuovendo accettazione, defusione cognitiva e autocompassione verso il sé modificato, dimensioni cruciali per l'elaborazione del trauma corporeo e identitario.

Tuttavia, l'efficacia degli interventi psicoterapeutici è strettamente mediata dal contesto ecologico. Come mostrato dalle esperienze discusse, il benessere sessuale non è solo una questione individuale, ma dipende da variabili sistemiche: la formazione e le attitudini degli operatori, le politiche istituzionali, la progettazione di spazi fisici che garantiscano privacy, il coinvolgimento attivo delle famiglie e il rispetto dei quadri normativi (es. Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità). La sessualità "sostenibile" è quindi un equilibrio dinamico tra desiderio individuale, limiti reali e possibilità offerte dall'ambiente.

Le esperienze presentate – dai percorsi a "cerchi concentrici" nella disabilità, alle strategie ambientali nelle RSA, agli interventi strutturali in riabilitazione – costituiscono buone prassi esemplificative che traducono i principi teorici in azioni concrete. Esse dimostrano che promuovere la salute sessuale in condizioni di fragilità è possibile, ma richiede un approccio integrato, multidisciplinare e sensibile ai diritti umani. Sono necessarie ulteriori ricerche empiriche, in particolare studi longitudinali e RCT specifici per le popolazioni più vulnerabili (es. pazienti oncologici LGBTQIA+, persone con disabilità intellettiva grave), per valutare l'efficacia a lungo termine degli interventi descritti.

A livello clinico-organizzativo, rimane urgente sviluppare e implementare percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) dedicati alla sa-

lute sessuale, formare in modo obbligatorio gli operatori sanitari e superare le barriere culturali che ancora marginalizzano questo tema fondamentale del benessere globale. In conclusione, integrare una prospettiva sessuologica sensibile e competente nella cura delle persone fragili significa riconoscere e sostenere un linguaggio vitale di connessione, identità e umanità, anche – e soprattutto – quando il corpo e la vita chiedono di essere riappresi attraverso il filtro della vulnerabilità.

Bibliografia

- Addlakha R. (2017). Disability and sexuality: Claiming sexual and reproductive rights. *Disability & Society*, 32(9): 1469-1489. DOI: 10.1080/09687599.2017.1351504.
- Almont T., Bouhnik A.D., Ben Charif A., Bendiane M.K., Berquet C., Cleirec G., Mancini J. & Villes V. (2019). Sexual health in cancer: Survey on practices, attitudes, knowledge, and communication in oncology healthcare providers. *Supportive Care in Cancer*, 27(11): 4063-4072. DOI: 10.1007/s00520-019-04684-6.
- Andersen B.L., DeRubeis R.J., Berman B.S., Gruman J., Champion V.L., Massie M.J., Holland J.C., Partridge A.H., Bak K., Somerfield M.R. & Rowland J.H. (2014). Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: An American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 32(15): 1605-1619. DOI: 10.1200/JCO.2013.52.461.
- Baile W.F., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E.A. & Kudelka A.P. (2000). SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4): 302-311. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302.
- Barbera L., Zwaal C., Elterman D., McPherson K., Wolfman W., Katz A. & Fitch M. (2017). Interventions to address sexual problems in people with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline adaptation of Cancer Care Ontario guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 35(23): 2627-2637. DOI: 10.1200/JCO.2017.72.5961.
- Bauer M., Fetherstonhaugh D., Tarzia L., Nay R. & Beattie E. (2014). Supporting residents' expression of sexuality: The initial construction of a sexuality assessment tool for residential aged care facilities. *BMC Geriatrics*, 14: 82. DOI: 10.1186/1471-2318-14-82.
- Bornstein M.H. (2003). Parenting e sviluppo infantile: considerazioni interculturali e interculturali. In: Poderico C., Venturi P. & Marcone R. (a cura di), *Diverse culture, bambini diversi? Modalità di parenting e studi cross-culturali a confronto* (pp. 31-50), traduzione di S. de Falco. Milano: Unicopli.
- Cavallo F. (2025). *Manuale di sessuologia clinica*. Milano: FrancoAngeli.
- Lambruschi F. (2024). *Psicoterapia cognitiva: L'orientamento costruttivista ed evolutivo*. Roma: Carocci.
- Martino et al. (2025). Narrative review of frailty. *Journal of Clinical Medicine*, 13(3): 721. DOI: 10.3390/jcm13030721.
- Mols F., Korfage I.J., Vingerhoets A.J.J.M., Kil P.J.M., Coebergh J.W.W., Essink Bot M.L. & van de Poll-Franse L.V. (2009). Bowel, urinary, and sexual problems among long-term prostate cancer survivors: A population-based study. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 73(1): 30-38. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2008.04.004.

- Mustaniemi-Laakso M., Peroni L. & Venkatapuram S. (2023). Vulnerability, disability, and agency: Exploring structures and possibilities for agency in the disability and vulnerability literature. *Law and Philosophy*, 42: 631-650. DOI: 10.1007/s10982-023-09490-2.
- Rizzuto I., Stavra C., Chatterjee J., Borsi J., Mondani A., Bhogal R., Flood T., Froghi S. & Banerjee S. (2021). Ovarian cancer symptoms and quality of life: A review of the literature. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 162: Article 103354. DOI: 10.1016/j.critrevonc.2021.103354.
- Rodrigues T.S., Pereira J.D.S., Lopes A.C.S., Oliveira C.S.D., Pereira L.S.D., Neves S.B.D. & Fernandes A.F.C. (2023). Approaching sexuality in LGBTQIAP+ patients with cancer: A scoping review. *BMC Public Health*, 23(1): Article 1910. DOI: 10.1186/s12889-023-16728-y.
- Rossi A., Bianciardi F., Damiani G., Daniele A., De Padova S., Irtelli L., Lorusso D., Mennitto A. & Sgambato A. (2025). Sexual health in cancer care: A narrative review and position statement from the Italian Association of Medical Oncology (AIOM). *ESMO Open*, 10(1): Article 103862. DOI: 10.1016/j.esmoop.2025.103862.
- Rovatti F. (2016). *Sessualità e disabilità intellettuale. Guida per caregiver, educatori e genitori*. Trento: Erickson.
- Royal College of Nursing (2022). Older people in care homes: Sex, sexuality and intimate relationships (Revised edition). RCN. [www.rcn.org.uk/Professional Development/publications/older-people-in-care-homes-uk-pub-010-111](http://www.rcn.org.uk/Professional%20Development/publications/older-people-in-care-homes-uk-pub-010-111).
- Sciacchitano S., Carola V., Nicolais G., Sciacchitano S., Napoli C., Mancini R., Rocco M. & Coluzzi F. (2024). To be frail or not to be frail: This is the question – A critical narrative review of frailty. *Journal of Clinical Medicine*, 13(3): 721. DOI: 10.3390/jcm13030721.
- Thomas H.N., Brotto L.A., de Abril Cameron F. & Yabes J. (2025). Qualitative findings from a pilot trial of mindfulness for low sexual desire in midlife and older women. *Archives of Sexual Behavior*, 54(1): 301-313. DOI: 10.1007/s10508-024-02975-6.
- Thurston R.C., Chu J., Chang J.C., Zhu X., Leung R. & Bromberger J.T. (2023). A virtual, group-based mindfulness intervention for midlife and older women with low libido lowers sexual distress in a randomized controlled pilot study. *The Journal of Sexual Medicine*, 20(8): 1060-1068. DOI: 10.1093/jsxmed/qdad082.
- United Nations (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities*. www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html.
- Veglia F. (2005). *Manuale di educazione sessuale*, vol. 2: *Interventi e percorsi secondo il metodo narrativo*. Trento: Erickson.
- von Humboldt S., Low G. & Leal I. (2024). Sexual well-being in old age: Effectiveness of an intervention program to promote sexual well-being in older community-dwelling adults. *Social Sciences*, 13(12): Article 650. DOI: 10.3390/socsci13120650.
- Whittle C., Butler C. & Williamson G.R. (2018). Sexuality in the lives of people with intellectual disabilities: A meta-ethnographic synthesis of qualitative studies. *Research in Developmental Disabilities*, 80: 52-64. DOI: 10.1016/j.ridd.2018.06.009.
- Xu Y., Chen Y., Wang Y., Han Y. & Zhuang G. (2022). Sexual dysfunction after breast cancer: A meta-analysis and systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 30(4): 3883- 3894. DOI: 10.1007/s00520-021-06753-1.