

IoUomo... adolescente di *Alessandro Papini*

**se la prevenzione andrologica
inizia dalla scuola**

IoUomo... adolescente di *Ida Bianchessi*

**pari opportunità: il vaccino
contro il virus HPV gratuito
anche per gli adolescenti maschi**

IoUomo... adolescente di *Fulvio Colombo e Valerio Vagnoni*

recurvatum penis congenito

IoUomo... adulto di *Federico Dehò*

**disfunzione erettile: cosa fare
quando i farmaci non funzionano?**

IoUomo... adulto di *Carlo Bettocchi e Francesco Sebastiani*

**le protesi peniene
soddisfano pienamente?**

IoUomo... adulto di *Stefano Lauretti*

**la medicalizzazione
della sessualità maschile**

IoUomo... rifletto di *Andrea Salonia*

fatti e riflessioni sull'uomo

IoUomo... leggo un po' di storia di *Giorgio Piubello*

**storia e cultura della sessualità
da oriente a occidente (parte III)**





UNA PILLOLA SULLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANDROLOGIA

L' Andrologia è una disciplina medica moderna e in rapida crescita orientata alla diagnosi e cura delle patologie maschili. Di fatto è materia assai vasta che tratta una moltitudine di affezioni correlate alla sfera genitale maschile, quali la disfunzione erettile e l'infertilità, le anomalie anatomiche degli organi genitali maschili fino a problematiche più complesse, per gli aspetti relazionali, quali l'eiaculazione precoce e le disfunzioni sessuali della coppia.

Già si intravede, in questa definizione, non solo la mole di conoscenze, spesso multidisciplinari, per non dire "olistiche", necessarie all'Andrologo per esercitare la sua professione, ma anche la correlazione indissolubile tra Andrologia e benessere, non solo del singolo, ma anche della coppia.

Tale correlazione è stata anche recepita dall'evoluzione della medicina in tempi recenti con una maggiore attenzione, accanto alle attività di cura, alla prevenzione ed al benessere globale della persona, attribuendo, in questo contesto, un ruolo specifico alla Medicina Sessuale a sostegno dell'integrità psico-fisica dell'individuo.

In questo contesto sembrerebbe ovvia la necessità di una formazione accademica adeguata a formare uno specialista competente e i Medici, spesso, non sono a proprio agio nella gestione della salute sessuale. In Italia, però, non esiste più la Specializzazione in Andrologia e la maggior parte degli Andrologi sono specialisti in Urologia oppure in Endocrinologia e la formazione si acquisisce direttamente sul campo mediante la frequenza a Master e Congressi e Corsi di aggiornamento organizzati da importanti Società scientifiche, come ad esempio la Società italiana di Andrologia.

La Società Italiana di Andrologia (SIA) costituita a Pisa il 14 Febbraio del 1976, per opera di lungimiranti pionieri, è una comunità di studiosi italiani e stranieri che svolge attività clinica o di ricerca in campo andrologico. Promuove gli studi e la ricerca nel campo dell'Andrologia e si prefigge l'attività di formazione, informazione, prevenzione, diagnosi e cura delle malattie dell'apparato genitale maschile in ogni fascia di età e affronta tutti gli ambiti della medicina sessuale e riproduttiva del maschio e della coppia.

E' impegnata, inoltre, nella corretta divulgazione dell'Andrologia fornendo una "Mappa Andrologica" utile a trovare l'Andrologo più vicino in tutta Italia.

IoUomo

RIVISTA DI INFORMAZIONE,
EDUCAZIONE E PREVENZIONE
ANDROLOGIA

Registrazione:

nr. 185/2016 presso il Tribunale di Roma

Editore:

Teleservice soc. coop a r.l.

Direttore responsabile:

Carlotta Spera

Direttore Scientifico:

Prof. **Ciro Basile Fasolo**

Progetto grafico ed impaginazione:

Studiozeta sas - Napoli

Fotografie: ©Fotolia.com (dove indicato)

Stampa: Rotostampa srl - Lioni (AV)

Comitato Esecutivo S.I.A.

Presidente: Alessandro Palmieri

Segretario: Tommaso Cai

Tesoriere: Fabrizio Palumbo

Consiglieri: Danilo Di Trapani, Giovanni Liguori, Nicola Mondaini, Fabrizio Palumbo, Andrea Salonia, Fabrizio Ildefonso Scropo.

Delegato Nazionale per le Sezioni Regionali: Alessandro Zucchi

per informazioni
800.999.277

Segreteria SIA:

Emma Milani, Mariateresa Spata

EDITORIALE

Prof. **Ciro Basile Fasolo**
DIRETTORE SCIENTIFICO



Gentili Lettrici e Gentili Lettori, in questo numero: Alessandro Papi ci racconta l'esperienza della Società Italiana di Andrologia, nella prevenzione nelle scuole, attuata mediante screening associato ad una informazione, con l'obiettivo di cogliere anomalie che possano in qualche modo costituire un impedimento per lo sviluppo dell'uomo di domani. Ida Bianchessi affronta il delicato problema delle infezioni da papilloma virus e ci illustra come sia importante che anche il maschio sia tutelato, per sé e per gli altri. Fulvio Colombo che spiega come affrontare il problema del pene curvo congenito e come questo possa essere affrontato tranquillamente affidandosi a mani esperte. Federico Dehò e Carlo Bettoc-

chi affrontano il delicato problema delle protesi peniene, quando una terapia medica per la disfunzione della erezione non è percorribile e invece un moderno approccio chirurgico può dare alla persona e alla coppia una nuova prospettiva di vita. Al rischio insito in una *sessualità medicalizzata* alle sue problematiche è rivolta la attenzione di Stefano Lauretti, che si chiede e ci chiede "Curare o potenziare? Questo è il dilemma". Concludono il numero, Giorgio Piubello, nel suo viaggio.. nel mondo della sessualità di altri tempi ed altre colture e Andrea Salonia che ci fa riflettere sulla realtà sociale dei nostri giorni. Che dire? Seguiteci, suggeriteci curiosità, criticità e quanto desiderate leggere. La nostra maggiore felicità è che ci aspettate, per seguirci nei nostri viaggi nella cultura andrologica.. e non solo. Al prossimo numero... e grazie per la vostra attenzione e sensibilità.

di
Dott. Alessandro Papini
medico andrologo



Se la prevenzione andrologica inizia dalla scuola

La Società Italiana di Andrologia (SIA), in collaborazione con varie scuole italiane ha effettuato 144.000 (centoquarantaquattromila) visite andrologiche in giovani tra i 13 ed i 18 anni. Questa esperienza ha permesso di rilevare che **un ragazzo su quattro di quelli visitati era portatore di una patologia** più o meno grave dell'apparato sessuale e riproduttivo. In moltissimi casi si è trattato di una diagnosi assolutamente precoce che ha permesso la correzione della patologia diagnosticata con completa soluzione in tempi brevi; in altrettanti casi abbiamo potuto evitare le complicanze più importanti delle patologie attraverso una correzione tempestiva. In tutti i casi, i giovani hanno potuto avvantaggiarsi della conoscenza dell'Andrologo al quale potersi rivolgere da quel momento in poi. A questo dobbiamo aggiungere il valore aggiunto di una informazione andrologica che in molti casi si è coniugata alle **campagne di prevenzione** attiva e che ha contribuito a informare i giovani su aspetti della loro vita che, spesso se non sempre, sono affidati al passaparola, alla pornografia o all'onnipresente web. Appare evidente che qualsiasi patologia a questo livello non coinvolge solo l'aspetto organico, spessissimo di facile soluzione se affrontato tempestivamente, ma anche quello psicologico, qualche volta, di più difficile individuazione ma carico di conseguenze anche gravi. La **presenza dell'Andrologo nelle scuole**, ma anche nei consultori, diventa sempre più importante se consideriamo che è stata abolita la visita medica abbinata alla leva militare e

che le patologie andrologiche sono nella maggioranza dei casi "nascoste" e silenti, salvo presentare il loro conto all'inizio dell'attività sessuale, o al momento nel quale si decide di avere un figlio ma, soprattutto, *nel periodo della crescita e dello sviluppo durante il quale deve essere garantita una consapevolezza di normalità ad ogni giovane maschio*. Altro aspetto da affrontare è quello della **intimità** che i giovani cominciano a reclamare da una certa età in poi (chiusura a chiave del bagno ecc.) così che i genitori non possono più controllarne il regolare sviluppo; non solo, ma siccome sono mediamente sani, non sono visitati nemmeno dal pediatra o dal medico di famiglia. Infine, non dobbiamo nascondere l'aspetto culturale più duro da combattere che è quello della resistenza del maschio in generale ad affrontare a livello medico problematiche di tipo sessuale, quasi che questa ammissione di patologia rappresentasse di per sé un'ammissione di impotenza. Dobbiamo, però, inscrivere questo aspetto in un contesto più ampio che riguarda la scarsa dimestichezza del maschio, anche di quello moderno, con una cultura medica preventiva oltre che curativa. Se è vero che sono le madri ad indirizzare le proprie figlie dal ginecologo anche o solo per controlli, sarà altrettanto vero che molti dei 144.000 giovani visitati negli anni dall'Andrologo, saranno più propensi a farsi visitare essi stessi e a consigliare ai propri figli una visita andrologica almeno al momento della pubertà, per esempio. Infine, nel mondo occidentale, attraverso studi scientifici pubblicati sulle più importanti riviste nazionali ed internazionali del

settore, assistiamo ad alcuni preoccupanti fenomeni: **diminuzione del numero di spermatozoi**; diminuzione quindi della fertilità la quale, però, non è legata solo al numero degli spermatozoi; aumento dell'incidenza di patologie di varia natura dei testicoli, compresa una aumentata frequenza di tumori; problemi sessuali che, paradossalmente, interessano fasce di età sempre più giovani; aumento delle malattie sessualmente trasmesse. Potremmo continuare con questo elenco citando le malattie legate all'inquinamento, all'uso di alcool e di droghe. A questo proposito, invitiamo ad evitare la mistificatoria differenziazione tra droghe leggere e droghe pesanti, tenendo presente, per esempio, i recenti studi che mettono in relazione l'insorgenza di certi tumori dei testicoli e l'uso di marijuana. Molti altri stili di vita o abitudini possono interferire con un normale e sereno sviluppo sessuale e riproduttivo. Influenzati dall'attuale andamento dell'economia italiana, siamo obbligati aggiungere, ancorché per ultime, alcune note che riguardano i costi di una **azione preventiva andrologica**. Studi recenti dimostrano che un euro speso oggi in prevenzione fa risparmiare 47 euro in successivi trattamenti per diagnosi tardive. Questo sintetico articolo vuole sottolineare come la presenza di un Andrologo nelle scuole sia in grado di prevenire, affrontare e risolvere molti problemi della sessualità maschile, primo fra tutti quello di una corretta informazione.

di Dott.ssa Ida Bianchessi
urologo-androscuologo clinico già dirigente
IRCCS s.Matteo - consulente unità spinale
Fondazione Maugeri Pavia

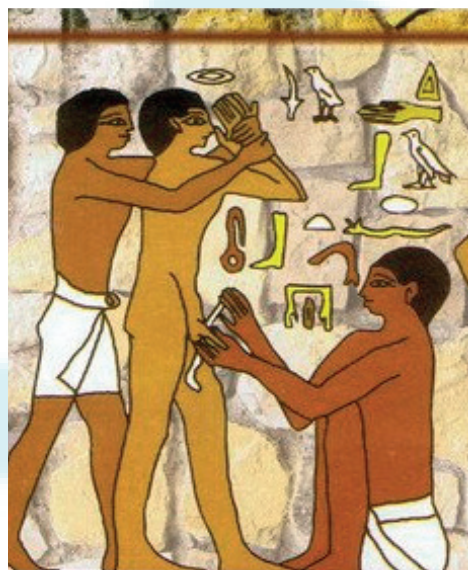


Un'arma per il virus definito "camaleonte silenzioso, a volte pericoloso, qualche volta letale"



Pari opportunità: il vaccino contro il virus HPV gratuito anche per gli adolescenti maschi

HPV è l'acronimo di Human Papilloma-virus, il virus che si trasmette sessualmente con maggior frequenza. In passato lo si temeva relativamente, era considerato solo come responsabile dei condilomi, le famose "creste di gallo" che erano ritenute dai maschi una conseguenza fastidiosa e poco onorevole di qualche "scappatella". I condilomi erano conosciuti già nel 2500 a.c. in Egitto e trattati chirurgicamente.



Asportazione condilomi 2500 a.c.

Oggi sappiamo che di fatto esistono più di 120 ceppi del virus HPV, la maggior parte responsabili di lesioni benigne come verruche e condilomi ma purtroppo altri sono responsabili di patologie maligne. Ogni anno muoiono in Italia 1500 donne per **tumore della cervice uterina causato proprio da un ceppo HPV**. Già nel 1842 lo scienziato Rigoni-Stern aveva notato una correlazione tra la malattia da HPV ed il cancro della cervice uterina e soprattutto aveva individuato la tipologia delle donne a rischio: avevano in comune abitudini sessuali decisamente "libere".

D. RIGONI-STERN. Fatti statistici della malattie cancerose.
Path Therap. 2:507-17 (1842)

... e che le femmine vergini di ogni età non sono a rischio di questa malattia. Sembra che siano ad alto rischio le donne portoricane, le donne messicane immigrate, le donne di colore, le carcerate, le prostitute, le donne di bassa estrazione economica e le cittadine. Rispetto a gruppi a basso rischio quali possono essere le donne musulmane, le donne ebraiche, le donne avventiste del settimo giorno, le irlandesi e le italiane immigrate, le donne benestanti e le donne di campagna. Epidemiologi e venerologi hanno da tempo visto una relazione tra sesso, gravidanza, gonorrea e cancro. Il maschio predatore trasmette spermatozoi, spirilli, gonococchi, smegma, trichomonas e virus nella vagina della partner sessuale. I cancri della cervice e della prostata si possono correlare a tre P: Promiscuity, Parity e Prostitution.

Nella tabella seguente si vede come, dopo Rigoni-Stern, lo studio sulla **correlazione tra le abitudini sessuali, il Papillomavirus ed il tumore della cervice uterina** è continuato sino ai giorni nostri.

CRONOLOGIA

- 1842 D. Rigoni-Stern. Statistiche malattie cancerose
- 1933 R.E. Shope. Verruche da "agenti filtrabili" (virus)
- 1941 G.N. Papanicolaou. Danni cellulari da HPV → paptest
- 1949 M.J. Strauss. Verruche e condilomi in M.E.
- 1960 Y. Ito. HPV: primo virus associato al tumore
- 1974 H. Zur Hausen. Replicazione virale mediante ISH
- 1976 A. Meisels. Lesioni condilomatose cervice e vagina
- 1977 G. Horth. Isola il primo HPV
- 1995 Approvato il primo HPV Sequence database
- 2004 E.M. de Villier. Sequenza 118 HPV: 96 umani e 22 nu
- 2006 US FDA certifica il primo vaccino anti-HPV

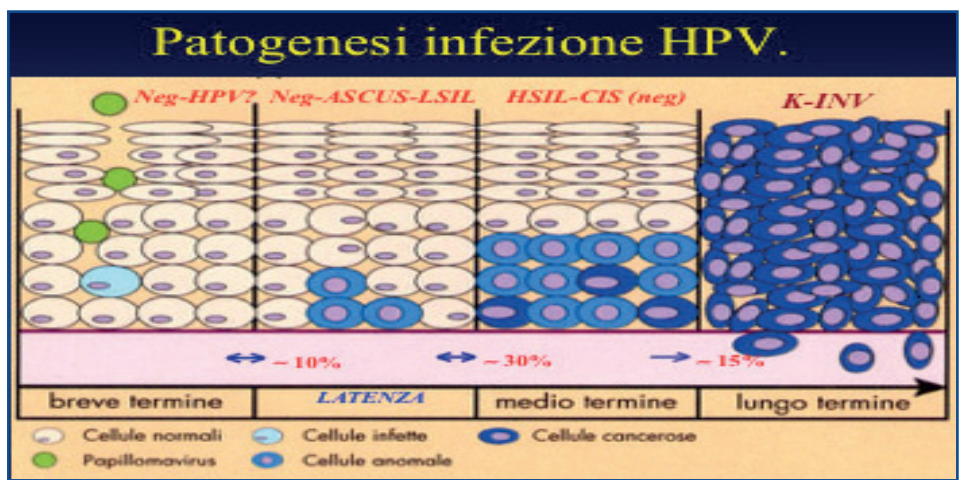
Dobbiamo innanzitutto chiarire che esistono ceppi ad alto rischio oncogeno, cioè di sviluppare un tumore e ceppi a basso rischio.

Nella pratica clinica **consideriamo cancerogeni il ceppo 16 e 18, mentre il ceppo 6 ed 11 responsabili dei condilomi e delle verruche**, per cui i vaccini che abbiamo a disposizione sono bivalenti o quadrivalenti. Innanzitutto, come ben enunciato dall'Anatomo Patologo dell'Università di Torino R. Navone al 3° Congresso Nazionale SIAPEC-IAP del 2007, bisogna tenere distinta l'infezione da **HPV senza malattia**, diagnosticabile solo con tecnica molecolare in laboratorio, dall'infezione **HPV con malattia** cioè con manifestazioni e lesioni cliniche: se esa-

minissimo in laboratorio un campione prelevato con un tampone dalle sopracciglia o dall'ombelico di una persona qualsiasi, noi compresi, nel 70% dei casi troveremmo uno dei tanti ceppi HPV. Infatti il 70%-80% degli uomini e donne sessualmente attivi contrae l'infezione HPV in qualche momento della propria vita. **La maggioranza delle infezioni sono asintomatiche e si risolvono spontaneamente. Il comportamento del virus dipende dall'equilibrio tra ospite ed agente infettante, cioè dallo stato di salute del giovane e dalle sue difese immunitarie.**

L'infezione HPV avviene poco dopo il primo rapporto che oggi è sempre più precoce (26% entro i 15 anni, 77% entro i 19 anni) sec Winer et al. Am J Epidem 2003. Questo spiega perché il Ministero della Salute Italiano ha deciso di vaccinare le femmine a 12 anni cioè in un'età in cui si presume che non abbiano ancora avuto rapporti sessuali e quindi non abbiano contratto alcuna infezione da HPV, **ora il vaccino gratuito è esteso anche ai maschi adolescenti**. I fattori di rischio secondo Carlo Foresta Andrologo dell'Università di Padova sono: i rapporti non protetti, la giovane età dei primi rapporti, la molteplicità di partner sessuali, l'assenza di circoncisione, il fumo e la immunodepressione. **Le attuali possibilità di viaggiare low cost, la facilità degli incontri tra giovani in raduni, la famosa globalizzazione, l'abuso di alcol e l'uso di droghe cosiddette leggere (e che leggere non sono) purtroppo favoriscono anche il propagarsi delle malattie sessualmente trasmesse (MST) di cui il papillomavirus è la più frequente. L'alcol e l'uso di sostanze eccitanti favoriscono a loro volta le MST in quanto tolgono i freni inibitori dando una (falsa) sicurezza ed uno stato mentale di onnipotenza che fa tralasciare all'individuo qualsiasi prudenza comportamentale, proprio l'uso del preservativo per esempio.** La circoncisione è importante in quanto il prepuzio non fa da "serbatoio" di germi ed in questo caso del virus HPV, che potrebbe nascondersi fra le pieghe del solco balano prepuziale; i giovani non circoncisi possono ovviare al problema con una igiene accurata cioè lavarsi i genitali mattina e sera con sapone neutro, retraendo ogni volta il prepuzio (che è la cute che ricopre

il glande). Abbiamo sottolineato come sia importante fare una chiara distinzione tra chi ha una infezione da HPV e chi ha una malattia clinica con lesioni da HPV; infatti **perché si sviluppi la malattia** dobbiamo avere delle **condizioni ben precise**, per così dire, **favorevoli** e conoscere il comportamento di questa cellula camaleontica, dai mille volti, chiamata anche "cellula immortale". Infatti la **cellula del virus HPV viene a contatto con le nostre mucose, si integra nell'epitelio e "si addormenta"**; dopo alcuni anni, a volte decenni, con il persistere di una **infiammazione, ricorrente o cronica, con un calo della difesa immunitaria dell'organismo ospite**, la cellula **"si sveglia"** ma con delle **mutazioni e nello squilibrio creatosi può mutarsi in cellula cancerosa**. Nella tabella sottostante abbiamo una buona rappresentazione del comportamento della cellula virale HPV a contatto con la mucosa. **La buona notizia è che il cancro del collo dell'utero, che comunque è un cancro raro, se diagnosticato e trattato in tempo, può essere totalmente prevenuto** (National Institutes of Health, Consensus Development Conference USA- 1996). Ogni donna sessualmente attiva deve sottoporsi periodicamente al pap-test e **comunque usare il preservativo, esiste anche il preservativo femminile,**



G. Voglino "Storia dell' HPV" Torino 8 marzo 2008

se una coppia non è sicura. Una coppia si considera sicura se esente da malattie trasmissibili, insieme da almeno 6 mesi e monogama cioè fedele. L'uso del preservativo protegge sicuramente dal virus HPV il collo dell'utero e tutta la parte coperta del pene, purtroppo se vi sono condilomi in altre zone non coperte dal preservativo, per esempio sullo scroto, l'infezione viene trasmessa. **Anche il maschio può avere un tumore da HPV sul glande(raro) ma soprattutto in bocca e nel collo dovuto a cellule HPV che si sono impiantate nella mucosa con il sesso orale che non è innocuo** come si crede. La prima regola, dopo la prevenzione, è quella di **sottoporsi a visita andrologica al**

minimo disturbo o disagio che si avverte nella **sfera sessuale**, nel giovane maschio tanto più poiché l'apparato genitale ed urinario sono collegati ed un problema in un settore si riflette sull'altro, non solo ma un problema infettivo sessuale può ripercuotersi anche sulla fertilità per cui, se non trattato tempestivamente ed in modo congruo, può non solo dare come risultato un individuo sterile ma può infettare la partner causando altrettanti problemi di fertilità. **Il sesso è fonte di grande piacere e gioia ma se è fatto in due, in pieno rispetto dell'altro, con amore e soprattutto Mai Senza Testa** (come recita un sito web)!

L'Eiaculazione Precoce è un disturbo della sessualità caratterizzato da eccessiva rapidità orgasmica. In media, da casistiche internazionali, la prevalenza coinvolge il 25% della popolazione maschile fra i 25 e 55 anni.

Un recente studio ha sperimentato un percorso riabilitativo utilizzando il vacuum device per provocare un'erezione immediata, quale condizione effettiva del pene necessaria alla riabilitazione del controllo eiaculatorio. La terapia comportamentale, nei vari esercizi dedicati, è orientata all'acquisizione di una maggiore capacità di dominio dei livelli d'eccitazione e dei tempi d'eiaculazio-

ne, recuperando la propria autostima che si traduce in una maggiore confidenza durante il rapporto sessuale e quindi nella riduzione dell'ansia, con effettivo allungamento della latenza eiaculatoria oltre ad offrire la possibilità di una maggiore disinvoltura negli approcci penetrativi.

Il VACUUM device rappresenta oggi uno strumento ideale per il più efficace, sicuro ed economico trattamento delle patologie organiche compromettenti la sessualità maschile.

Si combina bene con qualsiasi altra terapia, non presentando alcuna controindicazione. Il dispositivo può essere utilizzato in due

differenti momenti: quello destinato alla riabilitazione e quello riservato al rapporto sessuale. Sarà lo specialista a suggerire quanto tempo dedicare.

L'evoluzione tecnologica ha reso disponibili una serie di modelli differenti, che hanno migliorato la compliance del paziente rispetto a qualche decennio fa. Tuttavia Medis dispone di differenti modelli e potrà, seguendo le prescrizioni specialistiche, suggerire quello più idoneo al caso, realizzando le opportune personalizzazioni laddove le condizioni morfometriche del singolo paziente poco si adattano ai modelli standard esistenti.



Scegliamo insieme al tuo andrologo il **dispositivo vacuum** più efficace nel tuo percorso riabilitativo.

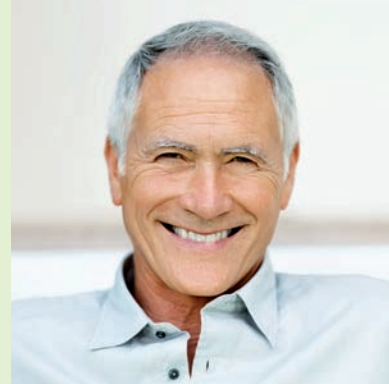
Riappropriati della tua **salute sessuale**



Per info contatta **MEDIS** VIA Massimo d'Azeglio, 1120089 Rozzano Milano tel 028255435 fax 0299983090 intmedis@tin.it

CONVIS

BENESSERE MASCHILE A TUTTO TONDO



	Quantità per dose giornaliera (mg) (1 bustina)	Dosaggi consigliati (mg)	Dosaggi massimi (mg)
Arginina	2500		
Maca es radice	1000	500-1500	5000
Ornitina	800		
Guaranà es semi	400	200-800	3000
Ginseng es radice	300	200-400	4500
Carnitina	250		1000
Ginkgo es foglie	50		
Niacina	20 (125% VNR*)		48
Zinco	15 (150% VNR*)		15

* VNR. Valore nutritivo di riferimento ai sensi del Reg. UE 1169/2011

- Confezione da 20 bustine al gusto Lemon-Cola
- Senza glutine e senza lattosio
- MODALITÀ D'USO: assumere una bustina al giorno disciolta in almeno 200 ml di acqua



di
Prof. Fulvio Colombo e Dott. Valerio Vagnoni
Struttura Dipartimentale di Andrologia
Policlinico Universitario S. Orsola - Bologna



RECURVATUM PENIS CONGENITO

La curvatura congenita del pene è una patologia relativamente rara, riguardando meno dell'1% della popolazione maschile, ed è per lo più la conseguenza di uno sviluppo asimmetrico dei corpi cavernosi (le strutture spugnose che, riempiendosi di sangue, consentono l'erezione) che comporta la deviazione dell'asta verso la porzione meno sviluppata. Le curvature più frequenti sono quelle ventrali e dorsali, che insieme rappresentano oltre il 70% dei casi, anche se non sono del tutto infrequenti quelle laterali o combinate.

L'incurvamento si manifesta nella sua precisa entità esclusivamente durante l'erezione. I genitori hanno così modo di riconoscere la patologia sin dai primi anni di vita del bambino, in occasione delle erezioni spontanee che si manifestano al risveglio mattutino o durante i bagnetti quotidiani.

I giovani vengono generalmente accompagnati a visita in epoca post-puberale (dopo i 13-14 anni), nel momento in cui la frequenza e il vigore delle erezioni si manifestano in modo completo.

Sarà compito dello Specialista valutare il reale grado di curvatura e indirizzare verso una possibile correzione chirurgica. A tal fine, indispensabile l'ausilio di fotografie del pene eretto che illustrino in modo chiaro l'entità della curvatura. Le fotografie possono essere eseguite a casa dal ragazzo stesso oppure in ambulatorio dopo stimolazione farmacologica locale.

È importante sottolineare come non sempre questa condizione richieda un intervento correttivo; infatti, solo le curvature maggiori, superiori a 30-40°, potranno rappresentare in seguito un ostacolo all'attività sessuale del giovane. Lo Specialista dovrà peraltro non sottovalutare gli aspetti psicologici correlati alla curvatura, che possono

condurre il ragazzo ad isolarsi progressivamente evitando le occasioni di intimità con le coetanee.

Inoltre, seppur raramente, possono riscontrarsi anomalie dello sviluppo dell'uretra che, risultando insufficientemente elastica, comporta, al momento dell'erezione, la trazione dei corpi cavernosi verso il basso (curvature ventrali). In caso si sospetti questa evenienza, è senz'altro opportuno eseguire un'ecografia del pene in condizioni dinamiche (erezione indotta farmacologicamente) per confermare o escludere la presenza di tessuto fibroso tra i corpi cavernosi e l'uretra sottostante.

Una volta stabilita la necessità di correggere l'incurvamento, la soluzione sarà esclusivamente chirurgica.

In generale, l'età più appropriata per l'intervento è quella che precede l'inizio dell'attività sessuale (16-18 anni): questo, per prevenire le possibili implicazioni psicologiche. L'atto chirurgico dovrà sempre essere preceduto da un approfondito counseling che contemplerà la descrizione accurata delle diverse tecniche disponibili, nonché le prevedibili sequele ed infine le possibili complicanze.

Le tecniche chirurgiche più comunemente impiegate, proposte sin dagli anni '60 del secolo scorso, prevedono l'accorciamento della parte convessa del pene. Ciò si realizza attraverso delle "plissettature" dell'albuginea dei corpi cavernosi; a questa fase, che richiede precisione ed esperienza da parte del chirurgo, può seguire una vera e propria asportazione di tessuto oppure una sua semplice introflessione con affossamento del tessuto ridondante.

In ogni caso, al di là dalla tecnica prescelta, si determina inevitabilmente un accorciamento della lunghezza del pene e questo aspetto deve necessariamente essere affrontato

con il paziente in modo chiaro e comprensibile.

Nella maggior parte dei casi, i pazienti affetti da curvatura congenita del pene, presentano dimensioni genitali superiori alla media, per cui l'accorciamento post-operatorio di 1-2 cm., non comporta significative ricadute sulla percezione che il giovane paziente ha della propria immagine corporea. In rare circostanze, in cui una curvatura di grado severo si associ ad un pene poco sviluppato, l'utilizzo delle tecniche classiche descritte comporterebbe un esito post-operatorio invalidante e psicologicamente gravoso per il giovane.

In questi casi, la soluzione può essere rappresentata dall'utilizzo di una tecnica mista con parziale accorciamento del lato lungo, associato ad allungamento del lato corto.

Si tratta ovviamente di una soluzione tecnica complessa che richiede l'utilizzo di innesti liberi che vengono inseriti nel lato più corto dell'asta. Il materiale per gli innesti può essere prelevato dal paziente stesso (vena, mucosa della bocca ecc) oppure essere costituito da materiale biologico animale, opportunamente preparato. In tal modo, l'entità della plicatura sul lato lungo si riduce, limitando così l'accorciamento complessivo.

Infine, nei casi in cui la curvatura peniena ventrale sia la conseguenza di un incompleto sviluppo dell'uretra, si dovrà provvedere alla preventiva liberazione delle aderenze create tra l'uretra stessa e la porzione ventrale dei corpi cavernosi, rimuovendo eventuale tessuto cicatriziale (chordee). Questa tecnica prevede generalmente la necessità di un secondo tempo chirurgico per il confezionamento del tratto finale dell'uretra.

Florberry®

Integratore alimentare

Estratto di mirtillo rosso e probiotici
per la salute del sistema urinario





Disfunzione erettile: quando i farmaci non funzionano, c'è la protesi...

S secondo le linee guida della Società Europea di Urologia (EAU), la disfunzione erettile è definita come **l'incapacità persistente di raggiungere e mantenere un'erezione** sufficiente per permettere un rapporto sessuale che sia soddisfacente. Recenti indagini epidemiologiche hanno dimostrato che questa patologia rappresenta uno dei disturbi, riguardanti la salute maschile, **più diffuso** nel mondo. Diversi fattori possono contribuire all'insorgenza di questa problematica: uno stile di vita sedentario, l'obesità, il fumo di sigaretta, il diabete sono solo alcune delle principali condizioni che contribuiscono allo sviluppo di questa patologia. Ma come si può far fronte a questo problema? È innanzitutto fondamentale che il paziente superi l'imbarazzo iniziale e **si rivolga prontamente ad un andrologo** che sappia indicargli il trattamento più corretto, definito sulla base della malattia e delle caratteristiche del soggetto. Il pilastro fondamentale per il trattamento della disfunzione erettile è rappresentato dalla correzione dei fattori di rischio che posso determinarla/aggravarla. **Aumentare l'attività fisica** quotidiana, la cessazione del fumo di sigaretta, la correzione degli squilibri pressori e del profilo lipidico sono interventi che possono di per sé risolvere il problema e migliorare la salute globale dell'individuo. Esistono anche delle **terapie farmacologiche**, la cui somministrazione non può ovviamente prescindere dalla correzione dei fattori di rischio, che aumentano la qualità delle erezioni dei pazienti. Tre sono le principali linee di trattamento: i farmaci da assumere per via orale, le iniezioni intracavernose (e/o la combinazione tra iniezioni e farmaci orali) ed infine l'impianto delle protesi peniene, che risultano particolarmente indicate in coloro che non rispondono alla terapia farmacologica o che

vogliono risolvere in maniera definitiva questo disturbo. **La protesi peniena** è un dispositivo medico che si impianta mediante procedura chirurgica in pazienti con deficit erettile di tipo organico, di diversa origine, non suscettibile di terapia farmacologica. I dispositivi possono essere suddivisi, sulla base dei criteri costruttivi e di funzionamento, in due grandi categorie: non-idraulici ed idraulici.

Le protesi non-idrauliche, anche dette semirigide, comprendono le protesi soffici, le malleabili e le meccaniche (ormai poco utilizzate). **Le protesi idrauliche** si suddividono in base al criterio di progettazione e realizzazione del meccanismo di gonfiaggio in modelli monocomponenti, a due componenti e a tre componenti. I vantaggi delle protesi malleabili sono, oltre alla facile gestione da parte del paziente, una bassissima percentuale di rottura, una buona capacità penetrativa e costi relativamente contenuti. Gli svantaggi sono la non perfetta simulazione della detumescenza e la mancata sensazione soggettiva dell'erezione, questi dispositivi trovano il loro utilizzo ideale nei pazienti con ridotta abilità manuale non in grado quindi di attivare gli impianti idraulici.

Le protesi semirigide, invece, simulano bene la rigidità naturale, non necessitano di attivazione, è praticamente impossibile la loro rottura ed hanno costi relativamente bassi. Gli unici svantaggi sono rappresentati dalla mancata dissimulazione; il pene appare sempre della massima lunghezza ed anche in mancanza di erezione è semiorizzontale. Per sopperire a questi disagi si preferisce impiantare le protesi idrauliche, di gran lunga le più usate. Queste ultime si distinguono in bi e tri-componenti. Le prime sono composte da due cilindri gonfiabili che si inseriscono all'interno dei due corpi cavernosi e da un pompa-serbatoio sistemato nello scroto. Le tricomponenti hanno in più un

serbatoio più grande che si inserisce nell'addome. Queste ultime sono da preferirsi poiché offrono il miglior risultato sia dal punto di vista estetico che funzionale.

Oggi, in Italia, la **chirurgia protesica peniena** ha acquisito sempre maggiore importanza tanto che da alcuni anni è stato creato, dalla Società Italiana di Andrologia, il **Registro INSIST-ED** che si propone di raccogliere prospetticamente i dati dei pazienti candidati a impianto di protesi peniena. Il registro è costituito da un database multi-istituzionale compilato da 43 chirurghi al momento dell'intervento su un sito dedicato. Il Registro ha tra i suoi obiettivi quelli di permettere di comprendere l'impatto della protesi peniena sulla qualità di vita dei soggetti impiantati, di fornire un panorama realistico sulla dimensione dell'implantologia protesica peniena in Italia, e di permettere l'elaborazione dei dati raccolti, con in prospettiva loro valorizzazione presso la popolazione, presso le Istituzioni e in ambito scientifico. In esso vengono principalmente raccolti dati riguardanti le caratteristiche dei pazienti (circa 600 pazienti ad oggi), l'eziologia della disfunzione erettile, il tipo di protesi utilizzato ed anche dati socio epidemiologici relativi a questi interventi. **La disfunzione erettile è un problema diffuso**, importante per la qualità di vita del paziente e che per questo motivo non deve essere sottovalutato. Ad oggi gli andrologi italiani e la Società Italiana di Andrologia cooperano attivamente e quotidianamente per migliorare la qualità delle cure dei pazienti anche attraverso l'impianto di protesi peniene, una valida possibilità di trattamento, che per molti pazienti rappresenta **la soluzione definitiva al problema**.



Le protesi peniene soddisfano pienamente?

Fin dalla loro introduzione nei primi anni '70, le protesi peniene hanno rappresentato un presidio efficace e sempre più sicuro per i pazienti resistenti alla terapia farmacologica.

Si stima che in tutto il mondo si impiantino circa **20,000 protesi all'anno**. La popolarità di questa soluzione terapeutica è in crescita e ulteriori conferme arrivano spesso dagli stessi pazienti: il 90% dei pazienti operati consiglierebbe ad altri uomini affetti da disfunzione erettile di sottoporsi allo stesso intervento chirurgico.

La protesi ideale dovrebbe essere in grado di mantenere l'aspetto estetico e funzionale il più vicino possibile a quello del pene in condizioni normali e attualmente le uniche che si avvicinano a questo obiettivo sono le **protesi idrauliche** tricomponenti.

Il razionale di questo approccio terapeutico si fonda sull'idea che, inserendo all'interno dell'asta del pene due cilindri protesici di materiale inerte, sia possibile ottenere e raggiungere un'erezione artificiale che consenta la penetrazione e il raggiungimento dell'orgasmo, con una rigidità che perdura anche oltre quest'ultimo. L'erezione artificiale si ottiene azionando manualmente un attivatore che viene posizionato nello scroto, in una sede facilmente raggiungibile. In questo modo il paziente è quindi in grado di decidere in piena autonomia, e con discrezione, il momento più opportuno per iniziare e concludere l'attività sessuale.

Gli aspetti positivi che l'andrologo può prospettare al paziente al momento di discutere l'indicazione all'intervento chirurgico sono dunque molteplici. Innanzitutto **"liberarsi" della necessità di assumere un farmaco** prima di ogni rapporto sessuale: gesto non sempre gradito al pazi-

ente o alla sua partner, i quali devono anche preoccuparsi di aspettare l'inizio dell'effetto o sperare che duri fino al momento desiderato. Altro vantaggio da tenere presente è che si tratta di una procedura che comporta una **breve convalescenza**: la dimissione avviene entro due giorni e la ripresa dell'attività sessuale entro 4-6 settimane dall'operazione.

I continui miglioramenti tecnologici hanno consentito di raggiungere un **eccellente livello di sicurezza** della procedura chirurgica: a 5 anni dall'intervento il 93% delle protesi impiantate non ha mai avuto necessità di reinterventi o sostituzioni, con una contestuale progressiva riduzione dell'incidenza delle complicanze post-operatorie più caratteristiche (infezione dell'impianto, erosione e perforazione dei tessuti circostanti con fuoriuscita del dispositivo).

Svariati gruppi di studio negli ultimi anni si sono occupati di valutare il grado di soddisfazione dei pazienti sottoposti a impianto e delle loro partner. Il 90% dei pazienti sottoposti a chirurgia fa un utilizzo regolare della propria protesi peniena, e gli **effetti positivi sulla vita di coppia** sono evidenti: l'83% dei pazienti ha riferito un miglioramento della vita di relazione, e più di un terzo di questi pazienti e delle loro partner hanno definito tale miglioramento come estremamente positivo. A modificarsi sono anche alcune importanti dinamiche di coppia: più della metà dei pazienti sottoposti a impianto dichiara di percepire un significativo aumento della **soddisfazione delle partner** in merito all'attività sessuale.

I fattori psicologici coinvolti forniscono un importante contributo: i pazienti trattati dichiarano che tornare a una vita sessuale regolare incrementa l'autostima e la fiducia

nella propria virilità. Dalla facilità nel raggiungimento della penetrazione vaginale deriva un aumento del desiderio sessuale e della capacità di dare piacere alla propria partner.

L'83% dei pazienti sottoposti ad intervento di protesi peniena ha riferito un miglioramento nella vita di coppia

La quota di pazienti insoddisfatti è bassa: fra le motivazioni che possono portare il paziente a non utilizzare regolarmente la propria protesi si annoverano le difficoltà nell'attivazione, eventuali peggioramenti di natura estetica dell'asta peniena e del glande, e il rifiuto del partner di intraprendere rapporti sessuali dopo l'impianto. È comunque interessante notare come **il grado di soddisfazione più basso si riscontri nei pazienti obesi**, come dimostrato in diversi studi: si ipotizza che una circonferenza addominale eccessiva potrebbe avere un impatto negativo sull'esito finale della chirurgia, ma le cause precise di questa correlazione non sono state ancora del tutto chiarite.

L'impianto di protesi peniena dimostra dunque di essere un **presidio terapeutico estremamente soddisfacente** per il paziente e anche per la partner, la quale è spesso parte attiva nella scelta del trattamento e nella stragrande maggioranza dei casi accoglie favorevolmente i cambiamenti provocati dalla procedura chirurgica.



La medicalizzazione della sessualità maschile

Medicalizzazione! Chi era costei...? Molti oggi, come il povero Don Abbondio riguardo allo sconosciuto Carneade, potrebbero porsi la stessa domanda nei confronti di un fenomeno che nella nostra società ritrova le sue origini nelle speculazioni della sociologia e della filosofia della salute e che, dagli inizi degli anni 70, - ci piaccia o no - ha finito per coinvolgere tutti, pazienti e medici, e in particolare con sfumature diverse la medicina della sessualità.

Un concetto secondo il quale la medicina si è "impadronita" di ambiti della vita che prima non le appartenevano e **ha trasformato in "malattie" condizioni che non molto tempo prima venivano considerate e definite naturali** come la vecchiaia, la calvizie o la menopausa: aspetti che, secondo i sostenitori critici di questa tesi, hanno trovato linfa abbondante non solo nei prodigiosi progressi tecnologici e farmacologici, ma anche nei numerosi cambiamenti sociali e culturali che, negli ultimi sessant'anni, hanno finito per alimentare da una parte una mal celata presunta onnipotenza del sapere medico e con essa la convinzione che ci sia una cura in grado di risolvere ogni situazione e, dall'altra, hanno sviluppato e consolidato nuove visioni della sessualità, del corpo e dei suoi bisogni insieme ad una ricerca spesso sfrenata, in fasce d'età estremamente ampie, della sua efficienza, *humus* ideale per il suo florido sviluppo.

Il rischio insito in una **sessualità medicalizzata** potrebbe allora essere quello di considerare l'uomo come sempre più "separato" dal suo corpo: un "semplice" oggetto malato gestito secondo criteri efficientistici e in certo modo consumistici più che empa-



Foto: Fotolia

tici, che impoveriscono innaturalmente sia lo storico rapporto medico-paziente, sia la misteriosa complessità della sessualità umana, considerando oltretutto una mentalità sempre più diffusa secondo la quale si vale più per quanto si ha o per come si appare o "si funziona" e dove ciò che conta è avere tutto e subito e al prezzo più conveniente. La data del 28 marzo 1998, anno di comparsa del sildenafil citrato meglio conosciuto come Viagra®, è coincisa con due vere e proprie rivoluzioni: una terapeutica e una culturale.

Se da una parte è indubbia, allora come oggi, l'elevata efficacia di questa "semplice" e discreta classe di farmaci in grado di restituire una funzione carente, dall'altra è indubbio che nel tempo il desiderio si è spinto in molti casi a qualcosa in più del *semplice*

ripristino funzionale, facendo crescere la cosiddetta **logica della performance** e incentivando in generale un crescente interesse pubblico per questo e per altri problemi nel campo della sessualità.

Né poteva essere altrimenti... fin dall'inizio questi farmaci hanno determinato riverberi sociali e culturali pari a quella che ebbero, con le dovute proporzioni e in contesti storici ben differenti, la scoperta della penicillina o dei vaccini: hanno "sottratto" - come osserva acutamente la sociologa Dane Rosenfeld - "all'invisibilità il corpo maschile, la sua sessualità e la sua maschilità".

Non deve stupire allora che i media si siano da tempo attribuiti un ruolo di amplificatori e di mediatori di tutte le nuove istanze e aspirazioni, spesso ipertrofiche, di una mentalità che ritiene, ad esempio, non

solo normale ma anzi doveroso, il ricorso ai farmaci o alla chirurgia per raggiungere un *miglioramento-potenziamento* di normali funzioni psico-biologiche come potrebbe essere l'erezione, *pietra angolare* della risposta sessuale maschile.

Curare o potenziare? Questo è il dilemma...

La ricerca della cura non è l'unica prerogativa e *dovere* di ogni medico: la stessa prescrizione di un farmaco, come lo sono il Viagra & co. per la cura di una condizione patologica come la disfunzione erettile, è un atto che dovrebbe essere sempre **“una diretta specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico”** nel pieno rispetto della cosiddetta “alleanza terapeutica” tra quest'ultimo e l'uomo-paziente, come ricordava peraltro in modo estremamente chiaro anche il Comitato Nazionale di Bioetica, anche se tutto questo rischia oggi di non essere più così ovvio e garantito...

L'esplosione indiscriminata e incontrollata dell'universo *social* sta sempre più proponendo, soprattutto in quei soggetti fragili proprio a causa della loro disfunzione o disinformazione, nuove figure di “normalità”,

modelli, comportamenti e aspettative che possono causare essi stessi una dipendenza. Si comprende allora come una delle debolezze legate a queste terapie così “particolari”, è spesso il difficile, se non impossibile, controllo, delle modalità di acquisizione, assunzione e di valutazione a distanza dei risultati clinici e/o degli effetti collaterali e al contrario come invece uno dei punti di forza irrinunciabili rimanga la gestione coordinata da uno specialista andrologo.

Desta non poche perplessità il risultato di uno studio presentato in occasione dell'ultimo Congresso della Società Europea di Urologia tenutosi a Londra, dal quale è emerso come **6 uomini su 10 assumono le cosiddette sexy pillole senza né una diagnosi né una prescrizione medica**, per un totale di circa cento milioni di compresse vendute in questa modalità, di cui quasi quattro attraverso il canale dei sexy shop.

Ovviamente sarebbe miope considerare solo questi come gli aspetti critici legati a una *sessualità medicalizzata*: le cause sono naturalmente ben più ampie e variegata.

Ma proprio per questo lo specialista andrologo moderno è tenuto non solo a **contra-**

stare questi abusi e i potenziali rischi dell'*auto-terapia*, ma a informare, educare e accompagnare l'uomo e la coppia nella sua totalità anche al fine di evitare, come profeticamente temeva il Comitato di Bioetica Francese nel lontano 1998, che la disponibilità di un farmaco con tali caratteristiche possa indurre un pericoloso effetto *“coperta di Linus”* soprattutto nei più giovani o in chi cerca solo un risultato narcisistico o che, nella ricerca della gratificazione del solo effetto fisico, possa portare a “trascurare i tanti aspetti simbolici e ambientali insiti nel rapporto sessuale, a danno soprattutto della partner” nei suoi bisogni e nei suoi sentimenti. Ma forse, come spesso accade, non tutto viene per nuocere... questo *tsunami* tecnologico e mediatico ha in un certo senso “costretto” le società scientifiche, come la SIA, ad impegnarsi sempre più in iniziative che restituiscano all'uomo-paziente e all'uomo-medico quella capacità di dialogo e di ascolto che, mai come nell'ambito delle disfunzioni della sessualità umana, sono vitali per la scelta del migliore programma di cura.

Questa iniziativa editoriale vuole contribuire proprio a questo...



RECOPROX®

contribuisce alla
**funzionalità della prostata
e delle vie urinarie.**

Recoprox® è un integratore alimentare a base dell'estratto lipido-sterolico di **Serenoa repens** utile per favorire la fisiologica funzionalità della prostata, il drenaggio dei liquidi corporei e la fisiologica funzionalità delle vie urinarie.

Ingredienti

Serenoa (Serenoa repens, frutto)
estratto lipido-sterolico 85%-95%
in acidi grassi totali.

**CIASCUNA CAPSULA
CONTIENE 320 mg
DI ESTRATTO LIPIDO-STEROLICO
DI SERENOA REPENS.**



AVVERTENZE Si sconsiglia l'uso in donne in età fertile ed in soggetti di entrambi i sessi in età prepubere. Tenere fuori dalla portata dei bambini al di sotto dei tre anni. Non superare la dose giornaliera consigliata. Gli integratori non vanno intesi come sostituto di una dieta variata ed equilibrata e vanno utilizzati nell'ambito di uno stile di vita sano.

 **RECORDATI**



Fatti e riflessioni sull'uomo

Mi è occorso da non da molto di svegliarmi in una di quelle mattine da saltelli di palo in frasca. È così che sono incappato in una notizia che aveva il sapore del proclama sensazionalistico, senza che la parola sesso, calamita transculturale, comparisse neppure una sola volta: ad Assisi, città del Santo Francesco, della preghiera e della meditazione, proprio lì, il capo del turismo cittadino invitava le coppie a far all'amore per far figli, come a dire basta un click, prenoti una camera di un albergo, e via, se dopo nove mesi nasce un bel pupo eccoti rimborsato. Credevo fosse il motto del supermercato rionale quello che passava per il soddisfatti o rimborsati. Peccato, un'altra occasione persa per far cultura della genitorialità. E pensare che ce n'era sfuggita di mano una incredibile nell'autunno appena passato, quando di Fertility Day tanto si era parlato, discusso, litigato, sbraitato, senza neppure pensare alla lacerazione di chi, le coppie infertili, di figli proprio non ne possono avere, di tutte quelle donne e quegli uomini che di lacrime per dei figli mai nati ne han versate così tante che una delle tante piene del Po nulla sarebbe al confronto.

Lo dico da laico, figuratevi se fossi pure un religioso di quella città meravigliosa.

Saltellando tra le notizie capita pure che si incappi in una seconda che sembra quasi l'antitesi della prima, il suo diabolico contrappasso, benché del Papa si parlasse, e per di più Francesco, pure lui. Il titolo recitava più o meno così: chiudendo il Giubileo della Misericordia, il Papa apre al perdono per l'aborto, chiedendo ai sacerdoti, uomini che militano nelle sue file, di assolvere medici e donne che abortiscono, che altro non sono se non altri uomini e altre donne, perché, benché l'aborto sia peccato grave, nessuno può porre condizioni alla clemenza divina.

Forse sembrerà davvero di essere andati di palo in frasca, ma come si potrebbero non accostare le due, quella che stimola a far nascere figli e quella che, al contrario, supplica di accogliere e perdonare anche chi proprio è all'opposto, chi aiuta a non farne nascere.

Anche questo lo dico da laico, da chi la vita, e il fatto che questa arrivi a sbocciare, la passa sotto il setaccio della scienza; un setaccio fatto di una trama così fitta che neppure la miglior paranza saprebbe imbrigliarne così tanti di pesciolini da

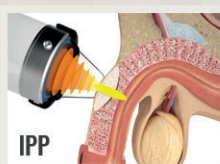
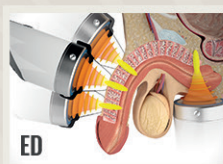
friggere. Perché chi si occupa di Medicina della Riproduzione lo fa per scienza e con coscienza, tanto che si dedichi alle donne che desiderano diventare mamme, tanto che si prenda cura – come noi Andrologi – degli uomini che molto vorrebbero sentirsi chiamare papà. Vale anche il contrario, e da integerrimo laico lo dico con sincera passione, il Papa aveva ben detto, non si possono porre condizioni alla clemenza del cielo, e la scienza, la medicina, il curare, talvolta devono pur passare attraverso il compatire, nel reale senso etimologico della *cum patior*, del soffrire insieme.

Pochi giorni fa un papà si è seduto di fronte alla mia scrivania e mi ha detto, le voglio far vedere una foto di Andrea, che c'è perché c'è lei. Ho pianto.

Pochi giorni fa anche un non papà si è seduto di fronte alla mia scrivania e mi ha detto, mio figlio non è nato perché abbiamo deciso che non potesse farlo, era malato, e non saremmo stati capaci di soffrire con lui per tutta la vita.

Abbiamo pianto.

STORZ MEDICAL
COMPETENZA IN ONDE D'URTO



MADE IN SWITZERLAND



Onde d'urto in urologia: disfunzione erettile, induratio penis plastica e sindrome da dolore pelvico cronico

www.storzmedicalitalia.it



Storia e cultura della sessualità da oriente a occidente

PARTE III

Passiamo ora a considerare la sessualità del mondo Occidentale, il mondo in cui noi ci muoviamo.

La cultura occidentale ha preso la maggior parte dei suoi elementi dalla cultura ellenica. Nella civiltà greca vi era un sorprendente contrasto tra mitologia e realtà. Nella mitologia la vita sessuale è intensa: dee, semidee, e donne mortali decidono il destino degli Stati e degli uomini. Con il loro fascino ed i loro intrighi, gli dei ed i semidei circonvengono le dee, ma soprattutto le donne mortali per ottenere i favori sessuali. E' probabile che nella mitologia la sessualità sia abbondante per corrispondere a voglie e desideri inconsci che la vita reale non soddisfaceva. In Grecia imperava il maschilismo più bieco: la donna o è madre ammirevole o è custode ed amministratrice del focolare domestico ma sempre senza potere. Il sesso nelle sue forme più libertine era praticato con le etère, padrone ed ispiratrici dei sensi, o con schiavi. I Greci vedevano il piacere sessuale come positivo e dividevano il genere umano tra coloro che avevano un ruolo attivo e coloro che avevano un ruolo passivo nell'atto sessuale. Una seconda grande distinzione era fra chi controllava i propri appetiti e chi era incontinente o soggetto a furia orgiastica. La cultura sessuale dei Greci di sesso maschile nel V e IV secolo a.C. accettava comunemente la bisessualità come norma e teneva in grande considerazione una forma idealizzata di pederastia. Il legame tra un uomo libero ed un ragazzo ugualmente libero nell'età della pubertà era visto nei circoli intellettuali d'élite come

la forma di amore più alta e più pura. Questa pederastia idealizzata ed elitaria era sottoposta a vincoli piuttosto rigidi e a tabù di ogni sorta: i rapporti anali ed orali erano giudicati rudi e volgari ed il contatto sessuale avveniva faccia a faccia, tra le cosce del ragazzo. Non era previsto che il ragazzo provasse piacere sessuale nel rapporto (d'altronde non era previsto neppure per le donne) né era prevista una remunerazione per la prestazione: il ragazzo si sarebbe concesso solo ad un corteggiatore di valore, a qualcuno che ammirasse e che fosse in grado di offrirgli educazione culturale, colta conversazione, appoggio morale. Le classi non elitarie guardavano con ribrezzo questa sessualità pederasta e sfogavano il loro istinto sessuale in modo etero od omosessuale più carnalmente e senza soverchia idealizzazione.

La società romana è agli albori una società di contadini, pastori e soldati; la donna romana è forte e considerata positivamente. La sessualità ricalcava in parte quanto visto in Grecia: bisessualità nelle classi superiori, considerata normale, e sostanziale eterosessualità in quelle inferiori. Anche qui, era molto importante la distinzione fra ruolo attivo e passivo e fra uso controllato e abuso del sesso. Tramontava invece la pederastia. Il matrimonio è dapprima una cerimonia di iniziazione sessuale e solo con il tempo diventa una delle basi fondamentali della società. Il sesso è considerato un bisogno naturale: si tendono a giustificare i rapporti extraconiugali anche della donna.

Si determina nuovamente, come in Grecia, la separazione fra sesso all'interno del matrimonio, vissuto per fini demografici, ed il sesso inteso come piacere, appagato

dalla prostituzione o dagli schiavi.

Nel II secolo d.C. si avvertirono le prime avvisaglie di una rivoluzione d'ingente portata nella sessualità, rivoluzione che origina sia tra i filosofi pagani che tra i Padri della Chiesa. Stoici e neoplatonici furono i primi ad esortare, in materia di sesso, non solo alla moderazione e all'autocastro, ma all'ascetismo. Essi si riconducevano a Platone e ad altri pensatori greci che avevano affermato la superiorità dell'anima sul corpo. Seneca affermava che il piacere era una cosa volgare, meschina e indegna, comune ai bruti, e alcuni Padri della Chiesa, tra i quali San Girolamo, sostenevano la peccaminosità di qualsiasi forma di piacere sessuale e la necessità di astenersene.

La vita del corpo era la morte dell'anima; la salvezza stava nel mortificarlo. E quale modo migliore per mortificare il corpo che negargli ogni piacere sessuale? Molti tra i primi cristiani si astenevano dai rapporti sessuali per tutta la vita e sostenevano, come S. Ambrogio e San Girolamo, che il piacere sessuale era peccaminoso comunque. Alcuni s'inoltrarono talmente su questa strada da sottoporsi ad autocastro, come Origene. L'uomo doveva controllare non solo le concupiscenze della carne, ma gli stessi pensieri di natura erotica, affinché sia il corpo che l'anima fossero liberi dal peccato.

Vi fu dunque un passaggio di grandissima importanza, da un'estetica del piacere sessuale a una purificazione del desiderio. Stoici e cristiani non solo propugnavano una nuova austerità sessuale, ma avevano in comune anche la costruzione di una nuova dicotomia tra l'atteggiamento da tenere verso la moglie e quello verso le



altre donne. San Girolamo ripeteva quanto già detto da Seneca quando sosteneva che i doveri di una moglie consistevano nell'essere una riproduttrice fertile, una buona madre e un'amministratrice accorta, ma che la passione sessuale non doveva avere alcuna parte nella relazione col marito. Questo nuovo ascetismo sessuale restringeva fortemente i confini del lecito rispetto all'illecito, toglieva valore al ruolo ludico e relazionale del sesso nella vita umana e lo limitava, persino all'interno del matrimonio, allo scopo della procreazione. Il nuovo ascetismo ebbe quindi inizio con gli stoici ma fu accolto ed estremizzato dai cristiani. San Paolo collocava il matrimonio assai al di sotto della verginità nella scala dei valori morali, considerandolo soltanto un compromesso stiracchiato, adottato per far fronte al problema della concupiscenza. Parallelamente si sviluppò l'idea dell'indissolubilità del legame matrimoniale, che ha poi resistito fino al XIX secolo.

La tradizione ebraica ha sempre guardato invece all'attività sessuale come a un dovere sacro e a un piacere sommo; ha tenuto un atteggiamento tollerante nei confronti dell'omosessualità (come nella storia di David e Gionata) e si è sempre opposta con durezza solo all'adulterio della donna. Il pensiero medioevale mantenne per un lungo periodo, fino alle aperture della teologia scolastica e all'opera di Tommaso d'Aquino (1100/1200 d.c.), un'incompatibilità fondamentale fra qualsiasi attività sessuale, sia pur legittima come quella coniugale, e le cose sacre. Nella visione medioevale l'atto sessuale, anche quando non è vietato, rimane attività profana capace di insozzare chi la pratica e renderlo ina-

datto ad accostarsi alla messa e particolarmente alla comunione. Da qui una serie di divieti volti ad impedire ogni coincidenza fra coito e tempo sacro; inoltre ai confessori era insegnato ad interrogare ed attingere informazioni sul fatto oggettivo in sé e sulle sue circostanze esterne: posizione dei partner, periodi sacri in cui si avevano avuti rapporti, ecc.

Come si vede un impianto pesantemente repressivo all'esercizio della sessualità. Dopo il Concilio di Trento la teologia sposta l'accento sugli aspetti soggettivi, gli appetiti, i desideri, ed in funzione di ciò stila una classifica morale della sessualità in ordine decrescente:

- 1. per procreare**
- 2. per rendere il debito
al coniuge che lo chiede**
- 3. per mantenersi in salute**
- 4. per voluttà**

Purtroppo per tutta l'età moderna nessuna voce si leverà per ammettere apertamente il piacere come finalità legittima dell'atto sessuale. Nessuno considererà gli aspetti affettivi e relazionali, che noi oggi consideriamo decisivi in questa materia, come fattori moralmente rilevanti nella valutazione del comportamento sessuale. Oggi, a dispetto della riuscita delle battaglie per la libertà sessuale degli anni 60 e 70, pare di cogliere nel mondo occidentale un declino della sessualità. Che Eros non sia più spesso fra di noi lo dice la statistica e lo testimonia la casistica dei disturbi sessuali psicofisici riferita da vari esperti. Molte possono essere le variabili in gioco ad esempio l'aumento dello stress lavorativo, la modificazione del rapporto maschio-femmina, l'aumento dell'età media della popolazione. La sessualità mo-

derna è divenuta più oggettivabile e meno intima, ludica, misteriosa e trasgressiva. A questo si è addivenuto per vari motivi: innanzitutto la sessualità ha assunto anche una valenza economica che spazia dalla moda al divertimento, che contribuisce a determinare la pubblicizzazione e la vendita di prodotti più disparati. Ovviamente la sessualità "economica" viene venduta secondo le leggi della domanda e dell'offerta determinando perciò degli standard qualitativi. Altri standard qualitativi della sessualità derivano dall'investigazione del comportamento sessuale da parte di scienze di recente comparsa quali la sessuologia e l'andrologia. Ora l'inserimento di parametri valutativi del comportamento sessuale tende a tramutare il piacere in dovere, il gioco in competizione; anche il linguaggio sottolinea questa trasformazione coniando locuzioni tecniche prive di componente ludica come "fare sesso" che ha sostituito la più intima "fare l'amore". Un sesso a comando, intrappolato in parametri che limitano la fantasia, l'improvvisazione, la lucidità e quant'altro di fuori dagli schemi l'eroticismo chiede per svilupparsi appieno.

Vorrei usare a mo' di conclusione di questo breve percorso culturale l'antica fiaba di Apuleio, Eros e Psiche. Eros e Psiche si amano ma Eros non vuole essere visto, spiato, conosciuto. I loro amplessi avvengono nelle tenebre. Quando la fanciulla, incuriosita, osa, una notte, violare il segreto accendendo una lucerna per guardare il suo compagno, questi, svegliato di colpo dal dolore causato da una goccia di olio bollente caduta sulla spalla, salta giù dal letto e fugge abbandonando Psiche. Seguiranno per entrambi lunghi giorni di disperazione e malattia. Eros rimane a lungo piagato dall'olio bollente, Psiche, mortificata dalla fuga dell'amante, è angosciata. La considerazione finale che questo racconto ci lascia è l'evidenza della necessità di un alone di mistero nella vita sessuale. Eros non ama troppa curiosità nelle sue faccende e men che meno che gli si chieda di valutare e misurare la sua sessualità. Forse la scoperta dell'esperienza sessuale orientale più mistica ed arcana, può rivitalizzarci ma forse anche un ritorno alle radici occidentali può essere illuminante, per tornare a rifornire di erotismo la sessualità moderna.



Prendersi cura della salute dell'uomo



Nutraceutici e dispositivi medici

Prodigiosa Nutraceutica



www.cetritalia.com



info@cetritalia.com



Cetra Italia srl