Rivista di informazione, educazione e prevenzione andrologica

ioUomo

A cura della Società Italiana di Andrologia

Anno I - n. 0 Marzo 2007

Una scena di "Dietro l'angolo", film del regista Jordan Roberts su quattro generazioni familiari. In alto, da sinistra: Michael Caine, Josh Lucas, Jonah Bobo e Christopher Walken

DOSSIER pagine 15-18

Dal 12 al 19 marzo la Settimana Andrologica

✔ In tutt'Italia si potrà prenotare una visita gratuita. Si calcola che siano almeno cinque milioni gli uomini italiani interessati da questa campagna di prevenzione. Troppo spesso chi ha disfunzioni sessuali o è in condizioni di infertilità non si rivolge al medico.

✔ Dove rivolgersi. Regione per Regione gli indirizzi e i numeri di telefono dei centri e degli specialisti iscritti alla Società Italiana di Andrologia che aderiscono all'iniziativa.

Il maschio ha un medico per tutte le sue stagioni

Ogni fase della vita porta con sé cambiamenti **fisici e psicologici** connessi alla sfera sessuale. **Lo specialista aiuta** a prevenirli e curarli

Nel corso della propria vita l'uomo attraversa quattro fasi fondamentali, ognuna della quali può essere paragonata a una stagione. Così, dalla "primavera" fino all'"inverno", il maschio sperimenta cambiamenti fisici e psicologici e, specialmente nella sfera sessuale, risente del passare del tempo. Ogni stagione porta con sé determinate abitudini e anche determinati problemi: conoscere i più comuni per ogni fase dell'esistenza può aiutare a prevenirli e a curarli nel modo migliore. Per esempio, dalla nascita ai 18 anni, il corpo si sviluppa e va tenuto sotto controllo in modo particolarmente attento; la "primavera" infatti è il momento della prevenzione per eccellenza e, se in questa fase insorgono alcune patologie, sarà più facile limitarne i danni sul nascere.
L'"estate", o in altre parole l'età adulta, è invece caratterizzata dall'attività sessuale più intensa e, solitamente, dalla procreazione. D'altra parte è anche il periodo in cui l'uomo è più soggetto a malattie sessualmente trasmissibili, a infezioni e a disturbi sessuali di origine psicologica. Dopo i 45 anni si entra nella fase autunnale: qui possono comparire le prime défaillance, che spesso sono vissute con angoscia, ma per le quali, fortunatamente, non mancano le soluzioni. Altri disturbi che possono presentarsi in questa fase sono il diabete, l'aterosclerosi e il cancro alla prostata: è quindi necessario controllarsi più spesso.
L'"inverno" comincia dopo i 65 quando può manifestarsi un calo fisiologico del desiderio. Sono oggi disponibili alcuni farmaci che aiutano ad affrontare questi problemi e devono essere assunti sotto prescrizione di un andrologo.

PAGINA 4

SALUTE » Eiaculazione precoce

Colpisce il 30% della popolazione maschile ed è la disfunzione sessuale più frequente nell'uomo.
Non c'è da preoccuparsi se si manifesta occasionalmente, in presenza di particolari stati emotivi, situazioni inusuali, partner poco conosciute: in questa forma si tratta di un fenomeno normale, che di tanto in tanto ogni uomo può sperimentare. Tuttavia, se il problema è ricorrente, va preso sul serio: la consulenza di un andrologo può aiutare a scoprirne l'origine e, di conseguenza, ad affrontarla con la terapia più appropriata.

PAGINA 15

7 **lei&lui**
INFERTILITÀ MASCHILE
Diverse possono essere le cause: dal fattore ereditario a uno stile di vita sbagliato

24 **sondaggio**
QUEL CHE LE COPPIE VOGLIONO
Un'inchiesta tutta italiana ha indagato gli ingredienti essenziali del rapporto a due

27 **benessere**
IL POTERE POSITIVO DELLA DANZA
Il ballo aiuta a superare disagi e insicurezze, a riscoprire il proprio corpo e a socializzare

La vita del maschio in “quattro stagioni”

Come in un concerto di Vivaldi, l’esistenza scorre **dalla primavera** (infanzia e adolescenza) **all’estate** (età adulta), **dall’autunno** (maturità) **all’inverno** (vecchiaia). Una giusta e preventiva attenzione **ai possibili problemi andrologici** protegge dai rischi successivi

di **Aldo Franco De Rose**
Andrologo e urologo
Az. Osp. San Martino di Genova
e di **Vincenzo Gentile**
Presidente Società Italiana di Andrologia

Le analisi epidemiologiche dicono che per ogni fase della vita sessuale maschile esistono problemi particolari: il 25 per cento della popolazione maschile italiana, 6 milioni circa, soffre di problemi di eiaculazione. Quasi 3 milioni, il 12,8 per cento, lamentano invece problemi di potenza sessuale. L’infertilità interessa 60.000 coppie italiane. Cifre sicuramente allarmanti che dovranno far riflettere. Questi che coinvolgono la stagione andrologica intermedia sono parte dei problemi del maschio, altri disturbi infatti possono sorgere anche in età più precoce o molto più avanzata (le cosiddette terza e quarta età).

Quando tutto germoglia

Fra tutte, sicuramente la “primavera” del maschio merita un'attenzione particolare perché è l'epoca in cui si può intervenire in modo più efficace per prevenire danni biologici che riguardano la fertilità e anche altri tipi di disturbi sessuali. In sostanza la primavera rimane importante in quanto, come in natura, tutto germoglia. È quindi opportuno, anche in questa stagione, effettuare dei controlli per prevenire i danni di determinate patologie.
Il primo rischio in “primavera” è rappresentato dal criptorchidismo, cioè dalla mancata discesa di uno o entrambi i testicoli nel sacco scrotale e quindi dalla persistenza della gonada nel canale inguinale o addirittura nella cavità addominale. Tale disturbo deve essere corretto mediante intervento chirurgico entro il secondo anno di età per evitare futuri problemi di infertilità ma soprattutto di insorgenza del tumore. I casi più lievi di testicoli ritenuti nella porzione inferiore del canale inguinale o nella porzione alta dello scroto possono risentire favorevolmente anche della terapia ormonale. Un altro primario fattore di rischio per la fertilità che può emergere a questa età è rappresentato dal varicocele, che è la dilatazione varicosa delle vene nello scroto.
Il varicocele può essere considerato come l'insieme di vene varicose del testicolo e compare tra i 10 e i 14 anni; quando non si interviene precocemente determina infertilità e, molte volte, ipotrofia testicolare omolaterale. La terapia è solo chirurgica o uroradiologica e ha l'obiettivo di abolire il reflusso di sangue venoso che dalla vena renale sinistra refluisce nella vena spermatica interna dove ristagna, aumentando la temperatura testicolare e danneggiando il parenchima testicolare. Inoltre compito della chirurgia è quello di prevenire le recidive e soprattutto gli effetti collaterali (idrocele e atrofia testicolare). Nel 95% dei casi il varicocele si trova a sinistra e solo raramente determina dolore o pesantezza. Proprio per questo motivo va ricercato in età prepubere e pubere e corretto in quanto spesso è responsabile delle alterazioni del liquido seminale, soprattutto a carico della morfologia dello spermatozoo e della motilità. Ultimi problemi della primavera maschile, la fimosi e l'incurvamento congenito del pene.
Circa il 20% dei maschi ha difficoltà a far scendere fino in fondo il prepuzio, la pelle che riveste il pene. Un disturbo che in molti casi si può curare tirando delicatamente, giorno dopo giorno, il prepuzio verso il basso, quando il bambino è ancora neonato. In alternativa si può rendere necessario un piccolo intervento chirurgico (circoncisione). È questa una pratica a cui in alcune culture si fa ricorso per motivi sociali o religiosi (si veda l'articolo alle pagine 10 e 11). La fimosi può insorgere anche in età adulta per malattie scleroatrofiche o infiammatorie del pene ma spesso è la spia dell'insorgenza del diabete.
L'incurvamento congenito invece è presente in un soggetto su 100 nati vivi e la sua correzione viene consigliata tra i 16-18 anni per evitare che si inneschino problemi di identità sessuale. L'intervento di corporoplastica correttiva è necessario però solo quando il grado di incurvamento supera i 30° e quindi ostacola la penetrazione e i rapporti sessuali. La curvatura può essere ventrale (rivolta in basso), dorsale (rivolta in alto) o laterale destra o sinistra.

Una crisi d’identità

L'estate va dai 19 ai 45 anni. È il periodo in cui l'uomo si trova ad affrontare problemi di “geometria peniena”, che riguardano la rigidità, la lunghezza e, non ultimo, gli ingrandimenti del pene. Oggi in Italia più di ventimila uomini richiedono un aumento in lunghezza del proprio sesso, rivelando una crisi di identità crescente. Quindi non si tratterebbe più di una sindrome da spogliatoio, tipica dell'adolescente, o di una dismorfofobia peniena (una mancata accettazione delle dimensioni del proprio pene) ma di un vero “problema genitale” che investe persone dai 20 ai 45 anni. Ma, come se non bastasse, sembra che anche il sociale, o alcune componenti di esso, giochino sfavorevolmente sulla sessualità maschile. Da un po' di tempo infatti l'attenzione è soprattutto concentrata verso il mobbing, che attenterebbe alla felicità della coppia. Una stima precisa del fenomeno ancora non esiste, ma sembra proprio che i casi di disturbi sessuali maschili e femminili, al di sotto dei 45 anni, dovuti alla depressione da mobbing, siano sempre più numerosi.
Ma l'estate è soprattutto il periodo del concepimento e sicuramente il periodo di maggior attività sessuale. Attenzione dunque alla malattie sessualmente trasmesse e comunque alle malattie infiammatorie più comuni che possano interessare le vie genitali e gli organi sessuali maschili determinando prostatiti, epididimiti, infertilità o addirittura ostruzioni delle vie seminali a livello dell'epididimo o dei dotti eiaculatori. Le conseguenze possono essere: a) infiammazioni della prostata (prostatiti) con quel fastidioso senso di pesantezza, disturbi della minzione o veri e propri disturbi caratterizzati da dolori perineali che determinano difficoltà anche a stare seduti; b) infertilità per presenza di batteri o leucociti nel liquido seminale o addirittura azoospermia, cioè assenza di spermatozoi nel liquido seminale per presenza di ostruzioni a livello degli epididimi o dei dotti eiaculatori.
Tra i disturbi sessuali bisogna anche annoverare l'eiaculazione precoce, il disturbo sessuale sicuramente più frequente, che interessa più del 30 per cento dei maschi. È vero che attualmente esistono dei farmaci che permettono di prolungare i tempi dell'amore, anche se non risolvono il problema ma sicuramente, rispetto al passato, l'andrologo e lo psicosessuologo sono in grado di aiutare il soggetto fino a far regredire completamente questo disturbo, che spesso altera il rapporto di coppia più dello stesso deficit erettivo.

Le prime difficoltà

L'autunno va da 46 a 65 anni. È l'epoca in cui possono capitare le prime défaillance che vengono vissute dall'uomo cinquantenne come qualcosa di “patologico e fastidioso” che mal si accorda con l'immagine di sé. In questa stagione aumenta l'incidenza delle patologie neoplastiche, ma anche delle malattie come il diabete e l'aterosclerosi. Esistono poi gli incurvamenti del pene causati dall'induratio penis plastica o malattia di La Peyronie (condizione patologica in cui il tessuto elastico della guaina dei corpi cavernosi viene sostituito da tessuto cicatriziale), per cui, anche in questi casi, quando si manifestano delle difficoltà alla penetrazione, quasi sempre è richiesto un delicato intervento chirurgico di corporoplastica correttiva, semplice o con l'utilizzo di un patch.
Infine, la chirurgia del cancro della prostata: nonostante la tecnica “nerve sparing” (tentativo di risparmiare i nervi erigendi), la potenza sessuale viene conservata solo nel 30-45 per cento dei casi. In tutti gli altri casi esiste la possibilità di ricorrere a una categoria di farmaci specifici o a iniezioni intracavernose di prostaglandine E1 o addirittura alle protesi peniene, che possono essere di due tipologie: a volume fisso, nel senso che il pene mantiene sempre una certa rigidità potendo essere posizionato però in basso, in alto o lateralmente, oppure a volume variabile: in questo caso è presente un sistema idraulico che va azionato al momento del rapporto sessuale.
Naturalmente questi presidi terapeutici possono essere utilizzati in tutti i casi di deficit erettile.

Oggi il **Servizio sanitario nazionale** non copre **l’acquisto di medicine** molto utili

L’aiuto dei farmaci

L'inverno andrologico inizia dopo i 65 anni, col calo fisiologico e progressivo del desiderio. Quasi sempre si associa una diminuita produzione di testosterone. Anche le patologie tipiche di questa età (cardiovascolari, diabete) deprimono la funzione erettiva. Tutto questo però non deve deprimere e frustrare l'anziano. Attualmente sono in commercio farmaci molto efficaci per combattere il disturbo dell'erezione che nel 75-80 per cento dei casi risolvono il problema: si tratta di Cialis, Levitra, Viagra. Possono essere assunti con tutti gli altri farmaci tranne i nitroderivati. Un po' di attenzione con questi farmaci deve essere posta all'associazione con gli alfalitici, utilizzati per combattere i disturbi minzionali causati dall'ipertrofia prostatica benigna. Ma il problema più grosso, a volte, rimane quello economico. Attualmente compresse e iniezioni di prostaglandine sono dispensate dal Servizio sanitario nazionale solo per paraplegici. Sarebbe auspicabile un allargamento dei beneficiari dell'esenzione (ad esempio includendo i soggetti diabetici) che, naturalmente, dimostrino un reale bisogno.

Novità dalla SIA

INFORMARE PER CRESCERE

In questi ultimi anni la Società Italiana di Andrologia è diventata un importante punto di riferimento in Italia e non solo. Questo ruolo oltre ad assicurare la costante visibilità presso la comunità scientifica comporta una maggiore responsabilità nella formazione e informazione. La SIA sente come prioritaria l'esigenza di creare un filo diretto con la società civile attraverso mezzi e forme di comunicazione innovative, che favoriscano il trait d'union tra consulenza scientifca e pazienti. Per questo motivo è nato IoUomo, primo magazine dedicato interamente alla salute sessuale maschile che da marzo è distribuito gratuitamente nelle farmacie. Nella speranza che possa costituire un utile strumento di informazione, auguro a tutti buona lettura. Vincenzo Gentile

La primavera è il tempo della **crescita** ed è il momento migliore per evitare **futuri danni biologici**

L’estate dell’uomo va **dai 19 ai 45 anni** ed è sicuramente il periodo più propizio **per il concepimento**

Si considera **autunno** la fascia d’età dai 46 ai 65 anni, quando aumenta **l’incidenza di alcune patologie**

L’inverno andrologico inizia **dopo i 65 anni** con un calo fisiologico e progressivo **del desiderio sessuale**

SOLVAY
SOLVAY PHARMA
Innovare per Crescere

La sessualità sconfigge l'età

È spesso paragonata a quella femminile, ma **si tratta di fenomeni molto diversi**: ecco quali sono le principali **caratteristiche e tutte le strategie** per mantenere una buona salute e vivere questa fase **nel modo migliore**

di **Alessandro Papini**
Andrologo e Urologo USL 8 di Arezzo
e di **Paolo Turchi**
Andrologo USL 4 di Prato

Abramo concepì Isacco a 120 anni e Anthony Quinn e Charlie Chaplin sono diventati padri a 80 anni. Questi sono esempi famosi, ma sicuramente altre attempate paternità, se pur rare, rallegrano famiglie di gente comune. Naturalmente anche la fertilità maschile, come tutte le funzioni del nostro organismo, tende a ridursi negli anni e essere capace di riprodursi nella terza età implica il mantenimento del desiderio sessuale, una buona funzione erettile e una partner giovane e fertile.
Il desiderio sessuale è legato a un buono stato di salute generale, più in particolare a un normale tasso di ormoni maschili (testosterone), che regolano anche la vitalità muscolare, la funzione cardiaca, il buon umore e la produzione di globuli rossi che veicolano l'ossigeno in tutti i tessuti. Oggi è nota una sindrome detta LOH (Late Onset Hypogonadism) che è caratterizzata da una diminuita produzione di testosterone da parte del maschio oltre i 50 anni.

Invecchiamento

L'aiuto del medico diventa essenziale

Oggi la vita media in Occidente si è molto allungata e la probabilità di andare incontro a disfunzioni della sfera genitale e sessuale aumenta con l'aumentare dell'età, tanto che si ritiene che oltre la metà dei cinquantenni e quasi i tre quarti dei settantenni abbiano difficoltà sessuali. Il desiderio di prolungare l'attività sessuale anche nella terza età provoca il bisogno di un aiuto medico. L'argomento per molti uomini rimane difficile da affrontare e talvolta passano anni dalla comparsa dei primi problemi alla visita dal medico. La consulenza di uno specialista aiuterà a mediare tra il desiderio di efficienza e una sessualità che cambia con gli anni condizionata dallo spegnimento delle mire procreative, dallo stato di salute e dall'età della partner, spesso in fase menopausale e a sua volta di fronte a cambiamenti importanti nel suo sentire la vita sessuale.

Tale diminuzione non solo riduce il desiderio sessuale, ma fa scadere complessivamente il livello di salute di un individuo. Che fare? Subito parlare con il proprio medico di famiglia e fargli presenti certe difficoltà come una facile affaticabilità, una diminuzione del tono muscolare, del desiderio sessuale o anche del tono dell'umore. Un semplice test, il questionario St. Louis (vedere riquadro), può aiutare a capire se i sintomi avvertiti possono essere indicativi di LOH. Un semplice esame del sangue stabilirà se una terapia a base di testosterone potrà essere vantaggiosa. Queste cure, che si basano su nuovi farmaci, sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale solo in Toscana e se prescritte dall'andrologo.

La funzione erettile

L'efficienza della funzione erettile è un argomento di cui si parla poco con il medico, eppure è un importantissimo indicatore della nostra salute. Oggi sappiamo infatti che una normale erezione è il risultato di varie situazioni favorevoli: un buono stato cardiocircolatorio e metabolico, assenza di fattori di rischio quali l'ipertensione, il diabete, il fumo di sigaretta, il colesterolo alto, l'insufficienza renale o epatica, ma anche una buona relazione con se stessi e verso gli altri.
Molti studi hanno dimostrato che una difficoltà nell'ottenere o mantenere un'erezione può essere il primo sintomo di altre malattie, tanto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito l'erezione un indicatore della salute maschile.
Anche la fertilità è un indice che testimonia lo stato di salute nel maschio. Infatti la produzione di spermatozoi è in assoluto la funzione umana che maggiormente risente di ogni alterazione dello stato di salute generale, poiché prevede una buona efficienza riproduttiva non solo da parte dei testicoli, ma anche di altri organi, fra i quali la prostata, l'apparato ormonale e quello circolatorio.

L'aspetto psicologico

Dal punto di vista psicologico, per l'uomo mantenere la capacità erettiva nella terza età può essere estremamente appagante. La consapevolezza, per il maschio anziano, di sapere di aver conservato la propria capacità erettiva, con la quale spesso si identifica la virilità, sicuramente migliorerà la sua autostima e la sua vita di relazione.
Ma per conservare la capacità erettiva nella terza età accompagnata da erezioni valide, possiamo fare qualcosa? Numerosi studi condotti in questi ultimi anni hanno evidenziato come la probabilità di conservare una buona capacità erettiva nella terza età sia strettamente legata a comportamenti e stili di vita attuati nella mezza età. Sono le regole che assicureranno anche una maggiore sopravvivenza: evitare il sovrappeso, il fumo di sigaretta, l'eccessivo consumo di alcol (mezzo bicchiere di vino ai pasti avrebbe viceversa un significato protettivo), la sedentarietà. In assoluto il comportamento che sembra proteggere maggiormente dal rischio di problemi con l'erezione è proprio una regolare attività fisica. L'OMS ha stabilito che basterebbe camminare a passo svelto 30 minuti al giorno.

Non solo sigarette...

Altre regole sono il controllo della pressione, della glicemia e del colesterolo, che non devono superare i valori di normalità. Inoltre si parla molto del rischio legato al fumo di sigaretta, dimenticando altri "fumi" altrettanto, se non più, dannosi, come i derivati della canapa.
Infine una regola che non si ribadisce mai abbastanza: farsi controllare dal medico periodicamente per la prevenzione delle patologie dei testicoli e della prostata dovrebbe diventare un'abitudine per tutti i maschi.
Concludendo, la funzione sessuale della terza età può essere ancora estremamente piacevole ma non deve essere vista solo in funzione ludica perché, soprattutto nel sesso maschile, il mantenerla contribuisce a migliorare quel senso di integrità fisica e psicologica dal quale il maschio invecchiando non vuole separarsi.

Anthony Quinn e **Charlie Chaplin**: due esempi famosi di padri a 80 anni

Il questionario di St. Louis

Questo semplice test St. Louis può aiutare a capire se i sintomi avvertiti possono essere indicativi di LOH

1. Hai una diminuzione della libido?	sì ❒	no ❒
2. Hai perdita di energia?	sì ❒	no ❒
3. Hai una riduzione di forza o di resistenza?	sì ❒	no ❒
4. Hai avuto un calo di statura?	sì ❒	no ❒
5. Hai avvertito una riduzione di "gioia di vivere"?	sì ❒	no ❒
6. Sei triste e/o scontroso?	sì ❒	no ❒
7. Le tue erezioni sono meno forti?	sì ❒	no ❒
8. Hai avvertito recentemente un deterioramento nella tua capacità di praticare sport?	sì ❒	no ❒
9. Ti capita di avere sonno dopo pranzo?	sì ❒	no ❒
10. C'è stato un recente deterioramento nelle tue performances lavorative?	sì ❒	no ❒

Un risultato positivo al questionario è definito dalla risposta "sì" alle domande 1 o 7 o ad almeno 3 domande

Organon

www.organon.it

Quando il figlio non arriva mai

Una coppia che ha **difficoltà a procreare** spesso si rivolge in prima istanza a un ginecologo perché si è portati a credere che il problema **riguardi la donna**. Occorre però pensare anche **all'altro lato della medaglia familiare**

di **Giorgio Franco**
Andrologo
Policlinico Umberto I
La Sapienza
di Roma

Nella definizione generale di infertilità maschile rientrano casi diversi e gradi diversi di gravità. La classificazione dipende dai parametri spermatici. Gli spermatozoi nel liquido seminale infatti possono essere completamente assenti (si parla di azoospermia), numericamente insufficienti, scarsamente mobili o di morfologia alterata (si parla di oligoastenoteratospermia). Tutte queste condizioni impediscono a un uomo di avere figli in modo "naturale".
Ogni caso deve essere valutato da uno specialista. Quando una coppia ha difficoltà ad avere figli, spesso si rivolge in prima istanza a un ginecologo, perché si è portati a pensare che il problema riguardi la donna. Occorre però pensare anche all'altro lato della medaglia: alla possibilità che "l'anello debole" sia l'uomo. Quindi bisogna rivolgersi a un andrologo, che eseguirà uno spermiogramma, cioè un controllo dei parametri del liquido seminale.

Un dramma in crescita

Si stima che circa il 15 per cento delle coppie italiane abbia problemi di fertilità. In pratica quasi una coppia su cinque ha difficoltà ad avere figli. Sul totale, nel 40 per cento dei casi il difetto è maschile, nel 50 per cento è femminile e nel restante 10 per cento è misto. Si tratta senza dubbio di una condizione molto diffusa nel nostro Paese, che è andata peggiorando negli ultimi decenni, prima di tutto a causa del progressivo innalzarsi dell'età in cui ci si sposa e, quindi, si genera. Anche se quello dell'età è un fattore che influisce soprattutto sulla fertilità della donna.

Il fattore ambientale

Per quanto riguarda invece il maschio, purtroppo dobbiamo riconoscere che ancora oggi, in molti casi, non si riesce ad identificare una causa specifica dell'infertilità o della riduzione della fertilità. Un forte impatto, in negativo, sembra lo possano aver avuto i cosiddetti fattori ambientali. Nei Paesi occidentali la capacità di generare del maschio potrebbe essere peggiorata a causa dell'inquinamento atmosferico e di alimenti contaminati da estrogeni, pesticidi o radiazioni. Lo stile di vita attuale, inoltre, ha alcuni aspetti che possono compromettere i parametri seminali. Si pensi per esempio allo stress, al sovrappeso, alla scarsa attività fisica e alle abitudini sedentarie. Stare troppo a lungo seduti, infatti, peggiora la circolazione sanguigna e aumenta la temperatura dei testicoli, con conseguente calo della produzione di spermatozoi. Ecco perché alcune categorie di lavoratori, come ad esempio i tassisti, sembrano più a rischio di altre.

La causa ereditaria

Altre cause di infertilità sono: l'abuso di stupefacenti, comprese le droghe leggere, e di sostanze dopanti, come anabolizzanti e integratori a base di ormoni utilizzate per aumentare la massa muscolare ma che compromettono la produzione di spermatozoi; le infezioni all'apparato genitale derivate da malattie veneree, tra le quali oggi una delle più diffuse è la clamidia; la familiarità: casi di infertilità un tempo inspiegabili ora possono essere attribuiti a problemi cromosomici, ereditati quindi geneticamente, che determinano un deficit o un'assenza di spermatozoi; interventi chirurgici e traumi ai testicoli o nella zona inguinale, che, a volte, possono provocare danni alla vascolarizzazione di queste parti o ai canali che trasportano lo sperma all'esterno (deferenti). Si tratta di operazioni, per esempio, di ernia inguinale, varicocele, idrocele. Ci sono infine i casi in cui la chemioterapia, utilizzata oggi nella cura di molte neoplasie tra cui quelle testicolari, permette la guarigione dalla malattia ma provoca danni alla produzione di spermatozoi.

1 Le regole da seguire

La novità positiva degli ultimi anni in campo andrologico è l'attenzione per la prevenzione. Tuttavia resta ancora molto da fare in tal senso. La nuova legge sulla fecondazione assistita prevede dei fondi destinati proprio a questo. Non sono ancora stati erogati, ma ci auguriamo che il Ministero lo faccia presto. Innanzitutto occorre puntare sull'informazione e sulla sensibilizzazione, affinché i ragazzi si preoccupino fin dall'adolescenza della propria salute riproduttiva oltre che di quella sessuale. In presenza di disfunzioni o problemi all'apparato genitale la diagnosi precoce è fondamentale. In tempi recenti sono stati fatti grandi progressi, con l'utilizzo dell'ecografia e dei test genetici.

> È importante mantenere abitudini di vita sane: **corretta alimentazione** e **attività fisica**

Il consiglio più importante da dare ai giovani uomini è di mantenere abitudini di vita sane: corretta alimentazione, giusta dose di attività fisica, non fare uso di droghe o di sostanze dopanti. Evitare inoltre di portare pantaloni troppo aderenti, che comprimono i testicoli. Il ruolo dei genitori infine è fondamentale. Quando i loro figli arrivano a 18 anni, più o meno all'età in cui le ragazze vanno per la prima volta dal ginecologo, li portino dall'andrologo per un controllo.

2 Le cure possibili

Le cure mediche per l'infertilità non hanno dato finora grossi risultati in termini di miglioramento dei parametri seminali o di aumento delle probabilità di gravidanza. Alcuni problemi specifici, come il varicocele o l'ostruzione dei canali spermatici, si risolvono con la chirurgia e in modo relativamente semplice. Soprattutto se l'intervento viene fatto in età giovanile. In alcuni casi però l'unica soluzione all'infertilità è ricorrere alla fecondazione assistita. Se il problema è la mancanza di spermatozoi nell'eiaculato (azoospermia) è possibile intervenire recuperando gli spermatozoi, troppo pochi o scarsamente mobili, dai testicoli per utilizzarli nella fecondazione in vitro. Con questo metodo è possibile recuperare spermatozoi nel 70-80 per cento dei casi di azoospermia. Complessivamente la percentuale di successo per le coppie che fanno ricorso alla fecondazione artificiale è del 40-50 per cento per ogni tentativo. Oggi le metodiche più avanzate permettono di estrarre e utilizzare gli spermatozoi anche se questi sono pochissimi. In alcuni pazienti sono stati persino utilizzati per la fecondazione artificiale dei precursori degli spermatozoi, chiamati spermatidi.

> Con la **fecondazione in vitro** è possibile recuperare spermatozoi nel **70-80%** dei casi

Quando tutto finisce troppo in fretta...

Nella vita quotidiana **può accadere occasionalmente** ad ogni uomo: in questo caso non è grave. Quando **persiste ed è ricorrente** può assumere i connotati di una **vera e propria disfunzione sessuale**. Le terapie sono psico-sessuologiche e farmaceutiche

di **Furio Pirozzi Farina**
Andrologo ed Urologo
Policlinico Universitario
Università di Sassari

Tutti i cambiamenti fisiologici, a livello fisico e psichico, che caratterizzano l'attività sessuale del maschio, definiscono il ciclo della risposta sessuale. Questo ciclo, che è suddiviso in fasi, inizia con quella del desiderio, passa attraverso la fase dell'eccitazione, che si esprime con l'erezione, e ha il suo culmine nella fase dell'orgasmo e dell'eiaculazione.
È definita "precoce" l'eiaculazione che si verifica troppo velocemente rispetto alle aspettative del maschio. Nella vita di tutti i giorni, una ridotta capacità di ritardare l'eiaculazione può accadere occasionalmente a ogni uomo. In questi casi, anche se fastidioso e imbarazzante, l'evento non è grave.
Non si tratta, infatti, di una disfunzione sessuale, bensì di un fenomeno provocato da uno stato ansioso particolarmente accentuato, spesso determinato dalla scarsa confidenza con la partner o dal fatto che la persona si è fatta coinvolgere in situazioni non sessualmente gradite o abituali. Quando questa è la causa, l'acquisizione di una maggiore confidenza con la partner e situazioni sessuali soggettivamente meno "stressanti", portano abitualmente alla scomparsa del fenomeno.
Per contro, quando l'eiaculazione precoce (EP) persiste ed è ricorrente nel tempo, può assumere i connotati di una vera e propria disfunzione sessuale. La vera EP è presente in oltre il 30% degli uomini e rappresenta la più frequente disfunzione sessuale maschile. Per comprenderne le cause, è necessario premettere che l'eiaculazione è in realtà un comportamento con il quale ogni singolo maschio si esprime sessualmente. Tale comportamento è determinato da tre fattori: il fattore psicologico, quello ambientale-relazionale e quello biologico. Il fattore biologico traduce l'integrità di organi e apparati preposti alla produzione e all'espulsione dello sperma. Il fattore psicologico è un aspetto della sessualità di base, che si configura nelle prime fasi della vita durante le quali l'individuo raggiunge l'identificazione della propria sessualità. Il fattore ambientale-relazionale è rappresentato dall'impronta (imprinting) che lasciano, nel vissuto di ogni individuo, il tipo d'educazione e il contesto socio-culturale di crescita. L'imprinting ha grande influenza nella definizione dei rapporti di relazione e rappresenta un potenziale elemento d'interferenza per una positiva scoperta del proprio corpo, della propria sessualità e del piacere sessuale.
Le cause di EP devono essere perciò ricercate nell'ambito di almeno uno di questi fattori. Si configurano così due diverse possibili cause iniziali di disfunzione: quella psico-sessuologica e quella biologica. In realtà, è frequente l'associazione di entrambe le cause. Infatti, anche quando l'EP è determinata inizialmente da una causa organica, nel tempo si vengono a determinare ricadute negative sulla psiche del soggetto (senso di inadeguatezza come maschio e senso di colpa verso la partner), tali da innescare problematiche psico-sessuologiche che diventano il motivo prevalente della disfunzione e possono complicarne il trattamento. Rispetto ai tempi di insorgenza nel corso della vita dell'individuo, l'EP è definita come primitiva o secondaria. L'EP primitiva si manifesta fin dai primi rapporti sessuali ed è quella più complessa da trattare, poiché è più difficile individuarne la causa iniziale. L'EP secondaria, per contro, compare solo a un certo momento della vita sessuale del maschio e rappresenta il sintomo di una causa che l'ha determinata. In caso di EP secondaria, è quindi più facile individuare il rapporto causa/effetto e, conseguentemente, impostare un'efficace terapia mirata. L'eiaculazione precoce secondaria è spesso un sintomo di patologia uro-andrologica localizzata a livello della prostata, delle vescicole seminali o dell'uretra. Molto più raramente può essere determinata da una brevità del frenulo. Anche alcune patologie neurologiche (sclerosi multipla, neuropatia periferica alcoolica o diabetica), così come alcuni farmaci attivi sul sistema nervoso centrale e molte droghe (anfetamine, allucinogeni, Cocaina, Ecstasy), possono causare EP.

Il timore di "non farcela"

Un tipo particolare di EP secondaria può insorgere in soggetti che presentano difficoltà a mantenere una buona erezione. In questi casi il maschio, consciamente o inconsciamente, cerca di velocizzare l'eiaculazione al fine di concludere il rapporto prima che venga meno l'erezione stessa.
La terapia dell'eiaculazione precoce (EP), inizialmente limitata a tecniche psico-sessuologiche e comportamentali, da qualche anno si avvale anche di terapie farmacologiche. Spesso le due metodiche sono vantaggiosamente impiegate in associazione tra loro. Le più note tecniche di trattamento psico-sessuologico sono: quella dello Squeeze, proposta da Master e Johnson nel 1970 ed ormai in disuso; quella dello Stop and Start, proposta da Semans nel 1956 e successivamente ripresa e modificata dalla Kaplan nel 1974 e da Lo Piccolo nel 1978; la Biblio-terapia, proposta da Trudel e Proulx nel 1978. Rimandiamo alla vasta letteratura divulgativa presente sul mercato la descrizione di queste tecniche.
Nel caso in cui l'EP sia secondaria ad un'infiammazione prostatica, un'adeguata e protratta terapia antiinfiammatoria e, all'occorrenza, antibiotica mirata, potrà risolvere il problema. Limitatamente a questi casi, l'impiego transitorio (30 giorni) di alfa1-litici (farmaci che "rilassano" la muscolatura degli organi che producono lo sperma e delle vie che lo portano fino al pene), potrà contribuire alla guarigione e a rendere meno veloce l'eiaculazione. Inoltre, dovranno essere limitati i fattori d'infiammazione quali: infezioni, alcool, cibi piccanti e insaccati, crostacei e molluschi; sellini (bicicletta, moto, cavallo, cyclette); tentativi di "blocco" dell'orgasmo; eiaculazioni tra loro troppo ravvicinate o eccessivamente intervallate nel tempo. Complessivamente, il miglioramento dello stile di vita e una attività sessuale regolare (eiaculazioni né troppo ravvicinate né troppo intervallate tra loro) sono un primo e importante fattore di prevenzione e di cura.
Alcuni specialisti sottolineano il ruolo della brevità del frenulo (il cosiddetto filetto corto) una causa o un co-fattore di alcuni tipi di EP. Il meccanismo con cui tale piccolo difetto anatomico potrebbe favorire l'EP, sarebbe basato sull'ipotesi che il suo stiramento in occasione dell'attività sessuale, potrebbe determinare uno stimolo capace di attivare il riflesso eiaculatorio. Per questo motivo questi stessi specialisti propongono la plastica d'allungamento del frenulo. Tuttavia, la reale efficacia di quest'intervento sul miglioramento dell'EP non è da tutti condivisa.

Dai farmaci all'anestetico

L'EP secondaria ad un difetto d'erezione si risolve con l'impiego di farmaci capaci di migliorare l'erezione stessa (Viagra, Cialis, Levitra). Molti lavori scientifici affermano che questi stessi farmaci avrebbero anche una capacità intrinseca di ritardare l'eiaculazione.
Nei pazienti con EP primitiva che si manifesta solo durante la penetrazione e non in altre situazioni sessuali, è possibile attuare una sorta di desensibilizzazione psico-sensoriale, adottando una tecnica farmacoterapica particolare: prima di ogni rapporto sessuale, si distribuisce sul glande una crema anestetica (Prilocaina 5%+ Lidocaina 5%), che viene accuratamente rimossa con lavaggio dopo 15' e, comunque, prima della penetrazione. Usando tempi di applicazione progressivamente decrescenti (partendo da 15' fino ad arrivare al tempo 0), il soggetto arriva spesso ad acquisire un buon controllo spontaneo dell'eiaculazione.
Infine, è attualmente molto in uso l'impiego di antidepressivi e, tra tutti, maggiormente dei serotoninergici (es. Paroxetina) per il trattamento dell'EP primitiva o secondaria su base psico-neuroendocrina.

Ci sono due Ep: la primitiva emerge fin dai primi rapporti, **la secondaria, invece, in** un secondo tempo

L'andrologo è fondamentale

Da quanto esposto emerge che l'EP primitiva è spesso una disfunzione multifattoriale e, come tale, implica che il suo miglior approccio terapeutico dovrebbe essere di tipo multimodale, come proposto da Lee, nel 1995.
Ciò significa che per risolvere con successo ed in breve tempo il problema dell'EP, è necessario rivolgersi a un buon andrologo. Questa figura professionale è infatti la più adeguata a valutare l'opportunità di associare tra loro varie terapie, eventualmente avvalendosi anche della collaborazione di uno psico-sessuologo. In quest'ultimo caso, è indispensabile il coinvolgimento del partner sessuale, al fine di impostare metodiche terapeutiche di tipo psico-comportamentale nell'ambito di un preciso counselling sessuologico. Per contro, l'EP secondaria richiede l'individuazione della causa che la determina. Ciò rende abitualmente più facile la definizione della patogenesi della disfunzione eiaculatoria, sebbene non sia sempre altrettanto facile la sua risoluzione.

Terapia farmacologica

È in arrivo **una pillola**

Dalla ricerca scientifica giungono novità incoraggianti circa un rimedio terapeutico specifico per il disturbo dell'eiaculazione precoce. Dunque il problema potrebbe essere ad una svolta, come ha annunciato in una recente pubblicazione su Lancet l'andrologo britannico J.L.Pryor, autore della ricerca.
La speranza si chiama Dapoxetina.
Si tratta di un farmaco in grado di ritardare l'insorgenza dell'orgasmo e dell'eiaculazione, incrementando nel sistema nervoso centrale i livelli di serotonina, il mediatore chimico che costituisce il "freno" naturale della eiaculazione.
La compressa va assunta un'ora prima del rapporto sessuale e si è dimostrata efficace nel 60% dei soggetti trattati, in assenza di effetti collaterali di rilievo, fatta eccezione per una sensazione di nausea.
Il lancio di Dapoxetina sul mercato farmaceutico, che avverrà prossimamente, al termine delle ultime fasi di sperimentazione clinica, offrirà per la prima volta al medico una molecola con specifica indicazione per l'eiaculazione precoce.
Oggi l'eiaculazione precoce viene considerata come l'incapacità del soggetto a controllare volontariamente il riflesso eiaculatorio una volta che abbia raggiunto l'intenso livello di eccitamento, non prendendo più in considerazione il tempo di durata, il numero delle spinte coitali, né il raggiungimento del piacere della partner.
Attualmente non esiste uno standard di normalità riguardo al tempo di durata in quanto il tempo che la donna richiede per raggiungere l'orgasmo è assolutamente variabile. Per questo motivo l'eiaculazione precoce, pur rimanendo il disturbo sessuale più diffuso, rappresenta la patologia più complessa da definire, sebbene il termine stesso sia facilmente interpretabile.

La ricerca Dapoxetina

La ricerca ha coinvolto 2614 pazienti divisi in tre gruppi: 870 hanno assunto il placebo, 874 invece 30 mg di dapoxetina e i restanti 870 60 mg di dapoxetina.
Dopo 12 settimane la durata dell'amplesso era aumentata da meno di 1 minuto a 1 minuto e 45 secondi nei pazienti del gruppo placebo, a 2 minuti e 47 secondi nel gruppo dei 30 mg e a 3 minuti e 19 secondi nell'ultimo gruppo. Inoltre La Dapoxetina ha migliorato la percezione del controllo dell'eiaculazione, la soddisfazione raggiunta e ha dato l'impressione di un cambiamento generale. Naturalmente anche i partner hanno beneficiato di una maggiore soddisfazione durante l'amplesso. La Dapoxetina è un inibitore della ricaptazione della serotonina ma è meno forte di quelli utilizzati per le terapie contro la depressione in quanto è stato creato appositamente per il trattamento dell'eiaculazione precoce.

Aldo Franco De Rose

PER BATTERE L'ANSIA

I casi di EP occasionale, nei quali la novità della partner o situazioni sessuali particolarmente stressanti generano un elevato stato d'ansia, possono trarre beneficio dall'assunzione, circa un'ora prima dell'attività sessuale, di ansiolitici quali l'Alprazolam 0.25 mg, benzodiazepina a breve emivita e con minima azione depressiva sul sistema nervoso centrale.

Argos

Centro per la vista e lo sviluppo in età evolutiva

- Intervento precoce
- Riabilitazione e Sostegno
- Studi e Formazione

"... e chiudo gli occhi per vedere..."

PAUL GAUGUIN

Nel territorio di Nettuno, a pochi chilometri dal mare (ca. 50 km da Roma, ca. 15 km da Latina) è operativo **Argos - Centro per la vista e lo sviluppo in età evolutiva**.
È un'iniziativa in favore di bambini e ragazzi con deficit visivo grave, anche con altre disabilità, e delle loro famiglie, sostenuta dalla **Fondazione Placido Puliatti onlus**.
Il progetto è affidato ad un'équipe di specialisti, coordinata dalla dott.ssa Erika Goergen, psicologa, esperta in intervento precoce per bambini con deficit visivo e/o pluriminorazione.
L'intento è quello di offrire un servizio integrato e qualificato, che permetta a chi è affetto da patologie visive, anche in associazione con minorazioni diverse e gravi, di trovare un punto di riferimento e sostegno sul piano diagnostico e terapeutico, oltre che psicologico e informativo.
Attività riabilitative e tiflopedagogiche, personalizzate secondo le esigenze dei piccoli e giovani ospiti, si svolgono in un ambiente accogliente, aperto al territorio, con l'assistenza di personale esperto e motivato, insieme ad attività di documentazione, informazione e formazione per famiglie e operatori del settore.

Valutazione visiva e neuro-motoria
Stimolazione e Riabilitazione visiva
Fisioterapia
Neuropsicomotricità
Logopedia
Gioco e Stimolazione basale/multisensoriale
Musicoterapia
Tiflodidattica e Tifloinformatica
Orientamento, mobilità e autonomia personale

Argos
Centro per la vista e lo sviluppo in età evolutiva
Sede operativa: 00048 Nettuno (Roma)
Via Santa Maria Goretti, 78/A
tel/fax 06 98 58 780
Per informazioni (sede amministrativa):
tel/fax 06 39 76 01 98 - 06 39 72 79 97
www.centroargos.it - info@centroargos.it

fondazione placido puliatti
ONLUS
00196 Roma
Via Emanuele Gianturco, 4 int. 5

Ciò che rende l'uomo bullo

Succede spesso tra i **banchi di scuola**: il più forte attacca il più debole e fa in modo di **isolarlo dal gruppo**. La prepotenza gratuita è spesso indice di un **disagio sociale**

di **Mattia Maria Sturniolo**
Patologa della Riproduzione di Castrovillari

Il bullismo è un fenomeno antico, che tuttavia è stato a lungo sottovalutato e spesso confuso con i normali conflitti fra coetanei. Il termine, che deriva dall'inglese "bullying", letteralmente "fare il prepotente, tiranneggiare", indica un comportamento, tipico dell'adolescenza e di alcuni contesti sociali, in cui una persona guadagna potere su un'altra attraverso parole o gesti aggressivi.
Il fenomeno si esprime attraverso due modalità: nel primo, il bullo attacca apertamente la vittima usando violenza fisica (calci, pugni, danneggiamento di oggetti di proprietà della vittima) o verbale (insulti, derisione etc…); nel secondo, il bullo tende a isolare socialmente la persona più debole, diffondendo racconti negativi sul suo conto, o escludendolo platealmente dal gruppo.
Ma cosa c'è alla base di questo comportamento? Cerchiamo di capirlo.

Analfabeti emotivi

Il bullismo, a lungo ignorato dalla cultura medica, solo di recente è stato riconosciuto come importante problema di salute dei giovani. Il fenomeno risulta connesso a numerosi disturbi clinici già molto noti e studiati (ansia, depressione, disturbi da dipendenza, difficoltà di apprendimento), che stanno a monte degli atteggiamenti aggressivi, soprattutto in età adolescenziale.
Uno dei motori più potenti di questo fenomeno è la scarsa alfabetizzazione emotiva dei giovanissimi: a causa di un'educazione sociale carente, essi non imparano a riconoscere le proprie emozioni, né tanto meno a esprimerle. Comprendere e interpretare le emozioni proprie, e di conseguenza quelle altrui, è diventato molto difficile per un numero sempre crescente di adolescenti. Ne consegue l'incapacità di instaurare relazioni positive tra pari.
Così, quelli che sono sentimenti naturali emergono nel modo più sbagliato, diventando ingestibili. Il risultato di questa carenza (o il sintomo) si esprime con comportamenti esasperati, smisurati e quasi sempre inefficaci per la buona riuscita degli obiettivi da raggiungere. Rabbia e aggressività diventano le modalità espressive più praticate dagli adolescenti.

Rabbia repressa

L'unico modo per non essere sopraffatti dalla rabbia, che naturalmente capita di provare, è quello di incanalarla nel modo migliore. Questo processo non dipende tanto dal considerarla come un sentimento positivo o negativo, quanto piuttosto dalla capacità di esprimerla nel momento stesso in cui insorge (evitando di accumularla) e in maniera opportuna. Quando si impara a esprimere l'aggressività, adeguandola alla situazione, essa può assumere un risvolto costruttivo ai fini della relazione, aiutando a far emergere e superare i problemi. Se, al contrario, la rabbia viene repressa, si accumula, finendo per esprimersi in contesti diversi da quelli in cui è insorta e contro persone che non l'hanno causata. Questo fenomeno è anche all'origine del bullismo, che non solo è distruttivo per chi lo subisce, ma anche per chi lo mette in atto.

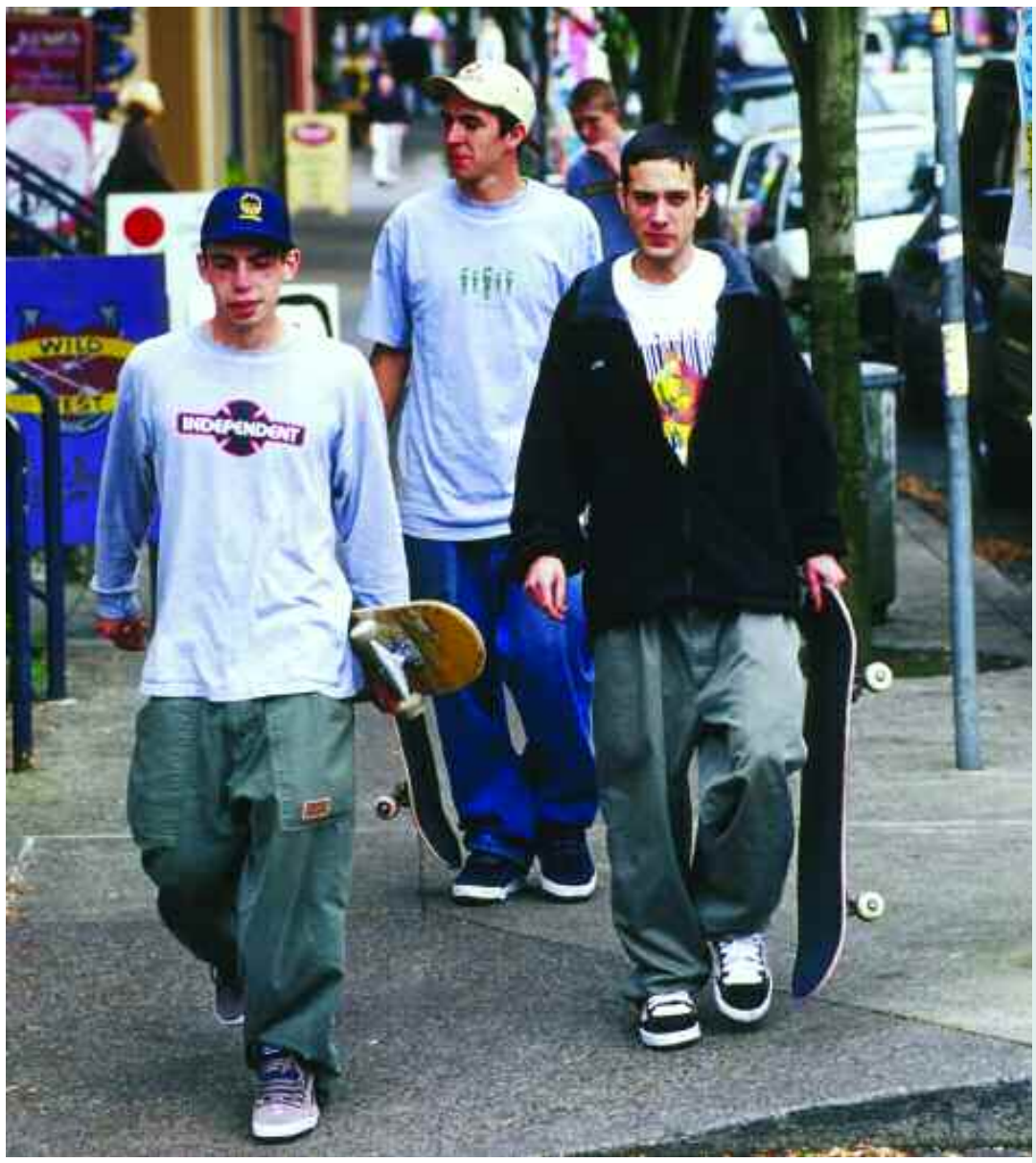
Estremismo e frustrazione

La scarica affettiva ed emotiva incontrollata che il bullo adotta è quasi sempre inefficace se non dannosa, anche per se stesso. Ciò si verifica specialmente nella costruzione di »

SOLO RAGAZZINI VIVACI?

Insegnanti e genitori rischiano di confondere il bullismo con una normale (ed innocente) dinamica fra ragazzini. Per riconoscere una situazione preoccupante, sulla quale è meglio intervenire, bisogna saper notare i comportamenti tipici del bullo.

- ✔ Danneggia intenzionalmente la vittima, ricavandone un certo compiacimento.
- ✔ Manca di compassione: anche se l'altra persona sta molto male, non smette di ferirla.
- ✔ Ha più potere della vittima, per una questione di età, forza fisica, genere sessuale, popolarità fra i coetanei.
- ✔ Prende di mira una persona debole, perché più sensibile della media.
- ✔ Adotta strategie per evitare che la vittima si possa difendere (per esempio, la minaccia).



» relazioni interpersonali, affettive e sessuali. E quando il risultato non è soddisfacente, ma addirittura fallimentare, subentra la "delusione": quello che sembrava tanto semplice all'atto pratico diventa molto complicato.
Le relazioni interpersonali, i ruoli e le condotte sessuali risentono di un tasso di aggressività che supera i livelli fisiologici; i comportamenti e le dinamiche relazionali diventano allora estremamente problematiche e si instaura un circolo vizioso di aggressività e frustrazione.
Purtroppo questi disagi non sempre si superano con l'età adulta, ma finiscono con l'intaccare l'intero percorso di vita dell'individuo, compromettendo la sfera delle relazioni e delle attitudini sociali.

L'influenza dei Media

In questo complesso sistema di disagio sociale e violenza, i Media, che pure di tanto in tanto denunciano il fenomeno, giocano a propria volta un ruolo determinante.
Non è certo una novità: televisione, riviste e annunci pubblicitari presentano modelli di perfezione inarrivabili, impongono regole del primeggiare e della visibilità a cui diventa obbligatorio conformarsi, invitano a non fallire mai, restituiscono un'onnipotenza virtuale spacciandola come reale e raggiungibile.
Ma quando i giovani spengono la tv ed entrano nella vita normale, cominciano i problemi.
Fuori, la realtà è complessa, difficile da fronteggiare, e spesso una serie di ostacoli impediscono di raggiungere i propri obiettivi: insomma, gli adolescenti si scoprono deboli e, incapaci di accettare questa debolezza, reagiscono diventando aggressivi.
Ed eccoci al punto di prima: i mezzi di comunicazione di massa contribuiscono a quel vortice di aggressività e incapacità di riuscire che è la molla del comportamento asociale.
Sul pubblico più fragile e influenzabile, vale a dire gli adolescenti, l'effetto dei Media è fortissimo e i danni prodotti possono diventare irreversibili. Si tratta di una dinamica che sembra inarrestabile, in quanto il numero di giovani coinvolti è sempre più massiccio.

Sesso e violenza

Molto spesso il bullo manifesta un'identità di genere esasperata: ha continuamente bisogno di riaffermare la propria mascolinità, denigrando ciò che considera "femmineo" e, per estensione, sinonimo di debolezza. L'altro sesso, infatti, è visto in un'ottica di superiorità e sopraffazione, e in modo generalmente conflittuale.
Al fenomeno sopra citato si ricollega il problema del sesso aggressivo e pornografico. Alcuni ragazzi, venendo a contatto con materiale audiovisivo che presenta l'incontro sessuale in maniera violenta, degradante, o come un atto di dominazione e sottomissione, ne acquisiscono un'idea distorta. Inoltre possono provare un senso di inadeguatezza di fronte alle performance e alle qualità fisiche proposte dai film pornografici. Il timore di non riuscire a sostenere tali "superprestazioni" può provocare nei giovani ansia e frustrazione. Ne consegue un gran senso di confusione, che va di pari passo con l'allusività e l'ambiguità nei linguaggi adolescenziali: e spesso nei racconti fra coetanei "conquista" e "possesso" si equivalgono.

> Se la rabbia viene **repressa**, **si accumula**, finendo per esprimersi in contesti diversi da quelli in cui è sorta e contro persone che **non l'hanno causata**

Si guarisce con l'età?

Nella maggior parte dei casi, dopo le scuole elementari e medie, gli atti di bullismo tendono a diminuire: i comportamenti asociali, insomma, cessano naturalmente con la maturità.
Se però il soggetto problematico non trova, in età scolare, un ambiente abbastanza "contenitivo", egli potrà sviluppare disagi individuali e comportamenti devianti a lungo termine, con il rischio di essere a propria volta isolato dal gruppo, o mantenere un carattere violento in ambito familiare. D'altra parte, le vittime non tutelate sono a rischio di sindromi depressive in età adulta.

Per saperne di più

Il ruolo della scuola
Aggressori e vittime

CHI DEVE AGIRE

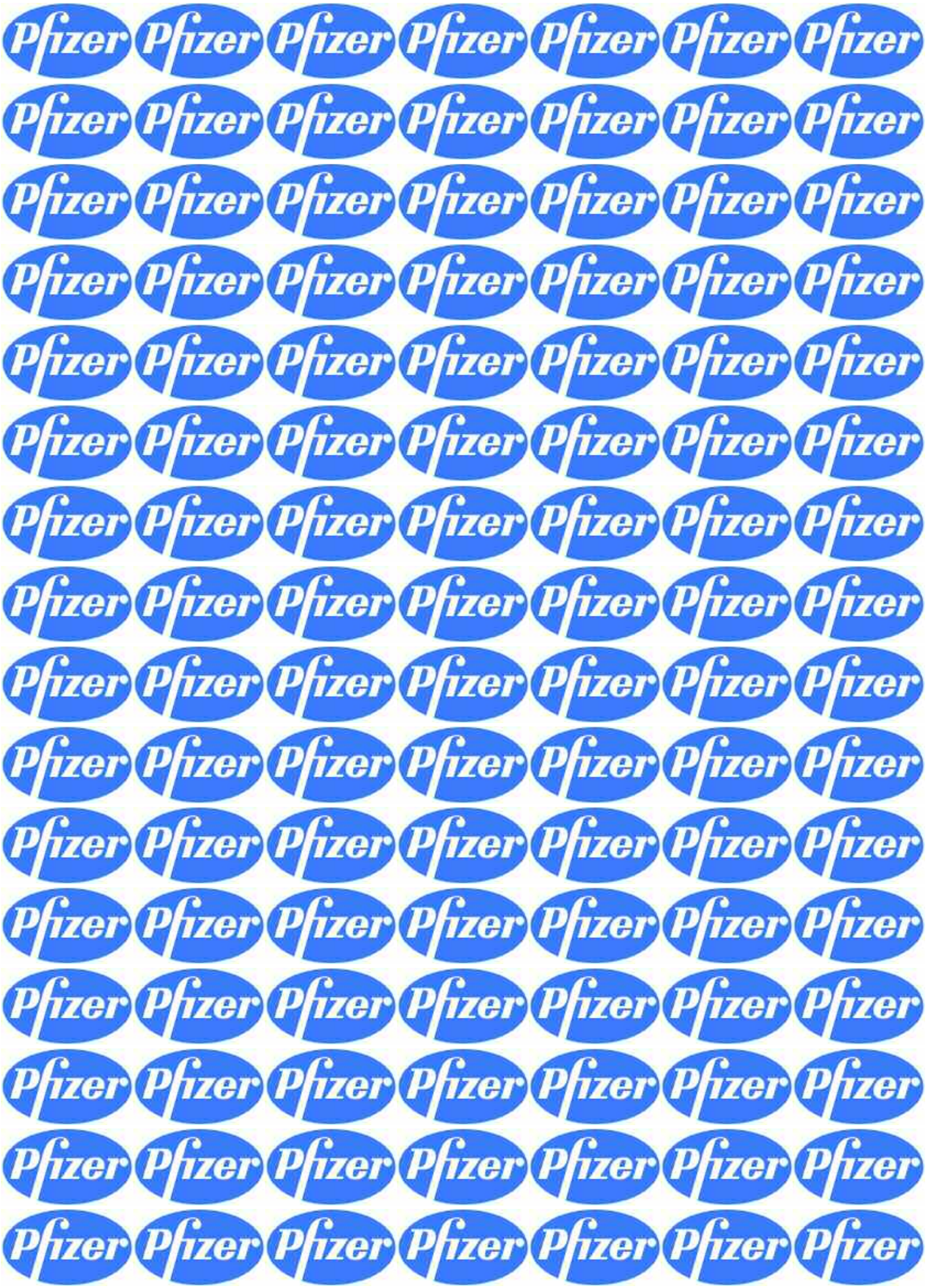
Tutti gli adulti responsabili dei bambini, vale a dire il personale scolastico e i genitori, hanno il dovere di attivarsi davanti a una situazione preoccupante. Gli alunni stessi che assistono ai soprusi dovrebbero essere responsabilizzati in modo da segnalare il problema a una persona di riferimento.

QUALI STRATEGIE

Prima di tutto, è necessario sapere che il fenomeno esiste e bisogna imparare a riconoscerlo. A questo scopo può essere utile organizzare conferenze informative e gruppi di discussione negli ambienti dove il bullismo ha più probabilità di manifestarsi.
Si può quindi cercare di prevenirlo, creando un clima di fiducia in cui i ragazzi si sentano liberi di raccontare, e all'occorrenza denunciare, esperienze negative. Per farlo serve che genitori e insegnanti siano pronti a cooperare e che gli stessi alunni siano sensibilizzati sul problema.
Quando si verifica un episodio spiacevole è opportuno intervenire subito, senza aspettare che la situazione precipiti. Capire bene cosa è successo e sviscerare le cause di conflitto sono i primi passi per risolverlo.
Infine è necessario supportare tanto le vittime quanto i prepotenti: sembra strano, ma entrambi i soggetti si trovano in una situazione di disagio e hanno bisogno di aiuto. Quindi, piuttosto che ricorrere a un intervento punitivo, è meglio avviare un percorso educativo di recupero. L'intervento volto a restaurare l'equilibrio è più efficace se coinvolge tutto il gruppo di coetanei, o addirittura l'intero contesto sociale di appartenenza.

CHE COSA DICE LA LEGGE

I comportamenti tipici del bullismo costituiscono spesso violazioni di leggi penali e civili. È il caso, per esempio, delle percosse (art. 581 c.p.) e delle lesioni che lascino tracce (artt. 582 e ss. c.p.); i danni alle cose violano l'art. 635 del c.p., le minacce l'art. 612 del c.p. e le offese gli artt. 694 e 695 c.p).
Il bullo, o chi ne è responsabile, si può quindi portare in tribunale. A seconda che il processo sia civile o penale, egli sarà condannato a un risarcimento in denaro, ovvero a una sanzione penale (reclusione o percorso di pena alternativa, come un'attività socialmente utile).


Pfizer

Lei non ne ha più voglia...

Un crescente numero di donne **vive questo problema**, che nella fascia di età **dai 18 ai 59 anni** si manifesta in modo **molto più massiccio** che tra gli uomini: **in Italia ne sono colpite 3 su 10**. Che cosa lo provoca, come si affronta

di **Roberta Rossi**
Psicologa
e Sessuologa
Istituto
di Sessuologia
Clinica
di Roma

Se nell'uomo il calo della libido e le disfunzioni sessuali sono piuttosto "visibili", nelle donne questi disturbi non sono altrettanto evidenti, ma ciò non significa che non ci siano, anzi. Un crescente numero di donne accusa questo problema, riconosciuto a livello medico come disturbo da desiderio sessuale ipoattivo (hypoactive sexual desire disorder, HSDD). I dati sulla popolazione indicano una prevalenza del 32% nelle donne tra i 18 e i 59 anni di età contro il 16% negli uomini (Laumann e altri autori, 1999).
Questi dati sono confermati nella nuova ricerca di Laumann et al. (2005): i disturbi del desiderio sessuale si manifestano nelle donne in modo molto più massiccio che negli uomini. Da questi studi risulta che nei vari Paesi del sud dell'Europa (Francia, Italia e Spagna) il 29,6% delle donne lamenta una mancanza di desiderio. Negli stessi Paesi solo il 13% degli uomini presenta la stessa problematica.

Meglio se single

Nell'esperienza dell'Istituto di Sessuologia Clinica il disturbo del desiderio tende a essere più frequente nelle donne e negli uomini in coppia rispetto ai single.
Le donne spesso riferiscono una diminuzione dell'interesse sessuale generale, mentre negli uomini è più frequente un problema di basso desiderio secondario e situazionale (Simonelli e altri autori, 2004). I disturbi del desiderio sono il 12% delle richieste di intervento dei single e il 17% degli uomini in coppia mentre sono il 5,6% delle single e il 6,2% delle donne in coppia. Inoltre, nel 50% dei casi di disturbo del desiderio femminile, sembra esserci un'associazione con un disturbo del desiderio maschile e viceversa. Inoltre i dati suggeriscono una correlazione fra i disturbi del desiderio e i problemi relazionali con il partner (50%) e una correlazione con i disturbi d'ansia, dell'umore e di inadeguatezza corporea (20%).
Per quanto riguarda gli uomini, i dati suggeriscono una correlazione tra disturbo del desiderio e problemi relazionali con la partner (33%) e problemi di inadeguatezza corporea (30%).

Molte sfaccettature

La sessualità femminile è molto complessa e presenta molte sfaccettature: per esempio, non è semplice dare una definizione e una misura del disturbo da desiderio sessuale ipoattivo. Secondo il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM IV, consiste nella mancanza di fantasie sessuali e di desiderio di attività sessuale persistente o ricorrente, nell'evitare volontariamente il contatto genitale con un partner. Durante i rapporti sessuali le donne incontrano anche un disturbo dell'eccitazione con incapacità di raggiungere o di mantenere un'adeguata risposta agli stimoli attraverso la lubrificazione e la tumescenza. Misurare l'entità del disturbo, però, è tutt'altro che semplice non esistendo una frequenza standard dei rapporti sessuali o comportamenti che si possano definire nella norma.
È difficile, quindi, determinare quando un individuo ha un desiderio sessuale insufficiente. Nelle persone che non manifestano interesse nell'atto sessuale, questa sensazione è sempre presente e finisce per influenzare il rapporto con il partner o comunque per generare un altro tipo di sofferenza.
Se non si prova desiderio sessuale, non si avranno neanche pensieri, fantasie e desideri sessuali. Nel caso in cui un partner provi più desiderio dell'altro, colui che manifesta minor desiderio è di solito percepito come difettoso, anche nel caso in cui il deficit di desiderio non possa essere oggettivamente definito come tale, ma sia evidenziabile solo nel confronto con il partner, il quale prova un desiderio maggiore.

Un partner meno attraente

Quali possono essere le motivazioni del calo di desiderio femminile? Questo può essere dovuto a cause diverse, quali: l'ansia da prestazione, la paura dell'intimità, l'insoddisfazione di sé, o la rimozione di eventi traumatici dell'infanzia. Spesso la causa risiede nei problemi relazionali. Per tutta una serie di ragioni, infatti, può accadere che il partner divenga una persona fisicamente o psicologicamente meno attraente. In certe situazioni, la paura o la rabbia possono addirittura causare un blocco totale del desiderio sessuale. Anche le differenze nel livello di desiderio sessuale, unitamente al rifiuto delle avances dell'altro, possono ingenerare dubbi sulla propria immagine corporea.
Anche pensieri irrazionali, come per esempio il pensare che il rifiuto di avere rapporti sessuali equivale al rifiuto di avere una relazione di coppia, possono portare a sentimenti di sconforto o di rabbia a cui può seguire un quadro depressivo. Bisogna anche considerare la diversa visione che uomini e donne hanno del desiderio sessuale: infatti, per la donna il sesso è un modo per raggiungere un'intimità e un coinvolgimento emotivo. Inoltre, da ricerche recenti, la maggior parte delle donne sembrerebbe iniziare l'attività sessuale da una condizione di neutralità e/o con un desiderio di maggiore intimità, e diventare via via sempre più recettiva se eccitata attraverso delle carezze: è la consapevolezza soggettiva delle sensazioni di piacere, sia mentale che fisico, che intensifica il desiderio piuttosto che la pulsione sessuale interna. Qualora un disturbo del desiderio perduri per un tempo prolungato può accadere che si manifestino problemi relazionali nella coppia, dato che i partner avranno livelli di desiderio sessuale differenti. Inoltre, la persona che manifesta il minor desiderio sessuale può iniziare a sentirsi colpevole per questo suo stato e temere che il partner possa cercare altrove la sua soddisfazione sessuale. Il partner di un individuo con un disturbo del desiderio può invece sperimentare da parte sua dei sentimenti di abbandono o disperazione. Questo tipo di problemi sono di solito già in atto allorché un individuo si rivolge a un centro specialistico con una richiesta di aiuto. È quindi importante mantenere un buon livello di dialogo nella coppia e cercare aiuto quando si vede che un problema sessuale non accenna a risolversi o a diminuire.

> Nelle persone che non manifestano **interesse nell'atto** sessuale questa sensazione finisce per **influenzare il rapporto** e comunque per generare un altro **tipo di sofferenza**

Novità in farmacia

La **molecola** che la può **risvegliare**

Si chiama Flibanserin ed è stata scoperta per caso: stimola il sistema limbico, ma per averla c'è da aspettare ancora un anno

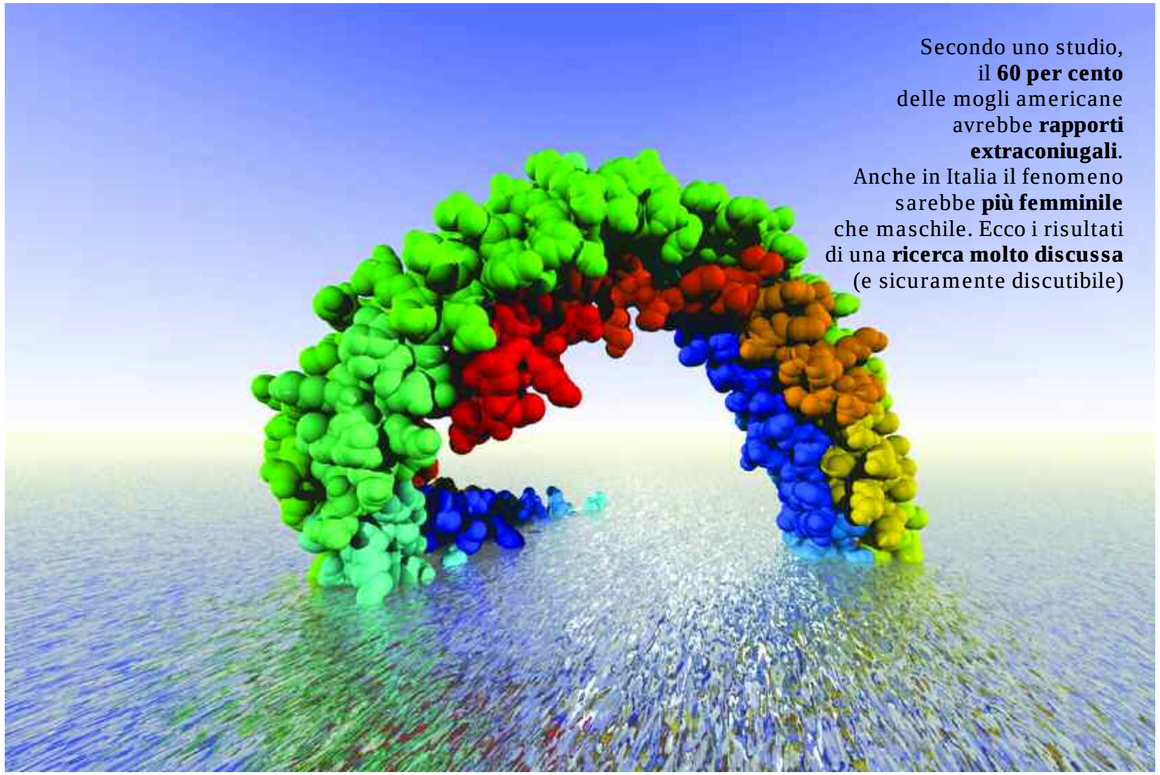
A dispetto di quanti sostengono che la prima causa del mancato desiderio femminile sia un rapporto che non funziona, è stata casualmente scoperta la pillola che questo desiderio sembra invece rigenerarlo. Flibanserin è il nome della molecola, che inizialmente era stata sperimentata come farmaco antidepressivo. I risultati però sono stati differenti e sorprendenti allo stesso tempo: un aumento considerevole del desiderio sessuale da parte delle donne che l'avevano assunta. Dunque, anche questa volta, una scoperta per caso di cui, almeno per ora, si ignora il meccanismo di azione. Essendo però il calo del desiderio femminile indipendente da problemi di flusso sanguigno, ma dipendente dall'attività cerebrale, non è difficile ipotizzare che la pillola possa influenzare quelle zone del cervello collegate al piacere e alle emozioni. Si tratta più precisamente dell'area limbica, dove pare sia il fulcro del desiderio sessuale e che, in condizioni di normalità, è stimolata dalle fantasie erotiche e dall'attrazione verso l'altro sesso. D'altra parte è noto che la libido aumenta nel periodo ovulatorio: dunque esiste anche un meccanismo biochimico dell'amore basato sulla diversa capacità modulatoria delle sostanze ormonali. E nella donna come negli uomini, sono gli androgeni ad avere un effetto positivo diretto, determinando l'incremento dell'attività sessuale e delle fantasie erotiche. Al contrario, gli estrogeni sembrano avere un effetto solo indiretto sulla libido mediante una sensazione di benessere. Bisognerà capire allora come il Flibanserin si collochi tra questi mediatori chimici naturali per arrivare a stimolare il centro del desiderio sessuale. Sembra comunque che rispetto alla classe degli antidepressivi (SSRI), che inibiscono selettivamente la ricaptazione della serotonina, il Flibanserin agisca come agonista di uno di questi recettori per la serotonina e come antagonista per altri. Quindi, a differenza degli inibitori che agiscono come antagonisti, la molecola avrebbe un'azione mista, sia come agonista che come antagonista e questo, probabilmente, consente di stimolare il centro del desiderio sessuale a livello limbico. Per ora è certo che per ottenere un effetto terapeutico mediante la compressa di Flibanserin, sono necessarie almeno due settimane di terapia. La pillola sarà disponibile fra circa un anno.

Aldo Franco De Rose

UNA CURA PER LA COPPIA

L'approccio terapeutico al disturbo da desiderio sessuale ipoattivo deve prendere in considerazione tutti gli aspetti possibili, con il presupposto che il problema non è solo individuale. La terapia sessuale viene infatti proposta non solo a livello individuale ma anche alla coppia. Il lavoro di raccordo tra ginecologo e sessuologo permette di individuare le eventuali condizioni mediche: in caso di terapie farmacologiche, valutare se rivedere il dosaggio o addirittura cambiare la prescrizione. Se si assumono contraccettivi orali si può optare per formulazioni diverse oppure pensare a un altro metodo per il controllo delle nascite. Per le donne in post menopausa esistono creme agli estrogeni che risolvono la secchezza vaginale tipica.

L'infedeltà è già tutta scritta nel nostro Dna?



Secondo uno studio, il **60 per cento** delle mogli americane avrebbe **rapporti extraconiugali**. Anche in Italia il fenomeno sarebbe **più femminile** che maschile. Ecco i risultati di una **ricerca molto discussa** (e sicuramente discutibile)

di **Nadia Accardi**

Uno studio americano rivela: 6 donne su 10 tradiscono il proprio marito, ma poche di esse provano rimorso o senso di colpa. E il fenomeno, secondo la sessuologa Susan Shapiro Barash, riguarderebbe le signore di ogni classe sociale, senza distinzione di status economico e professionale. Anche l'Italia può vantare un gran numero di "scappatelle" e, anche in questo caso, sembra che siano le donne quelle più portate a tradire rispetto ai loro partner. Secondo una statistica segnalata da Miriam Ponzi, titolare della nota agenzia investigativa, le donne più infedeli sono le manager (22%), seguite dalle casalinghe (13%). Ciò che cambia è la modalità: nel nostro Paese, infatti, l'adulterio corre sul web, vale a dire che 7 relazioni extraconiugali su 10 hanno inizio in chat. Prima però di trarre facili conclusioni o di scagliarsi contro la partner, accusandola magari ingiustamente, è meglio dare un'occhiata ai più recenti studi sull'infedeltà: fedifraghe e adulteri potrebbero non essere completamente responsabili del proprio comportamento. La ricerca apripista, in questo senso, è stata quella condotta da un gruppo di studiosi guidati dal professor Tim Spector, del Guy's and St. Thomas Hospital di Londra. Il professor Spector ha spiegato che il suo team ha intervistato in primo luogo 5mila donne di età compresa tra i 18 e i 60 anni e che il 23% di loro ha confessato di aver tradito il proprio partner almeno una volta. In seguito, i ricercatori hanno intervistato 5mila gemelle e hanno scoperto che, se una delle due era stata infedele, la possibilità che anche l'altra lo fosse era stata del 55 per cento, una cifra molto più alta rispetto al 23 per cento riscontrato nell'altro gruppo preso in esame.
Lo studio non ha tuttavia identificato il gene responsabile di questo comportamento e, come è intuibile, non sono mancate le polemiche riguardo al fatto che la ricerca sia stata condotta esclusivamente su un campione femminile.

Fedele come un topo

Non solo l'infedeltà, anche la devozione verso i propri partner dipenderebbe dal Dna, ma questa volta il gene responsabile della monogamia è stato identificato. Una ricerca condotta sulle arvicole (piccoli roditori) e pubblicata sulla rivista scientifica Nature, ha svelato che è il gene per il recettore della vasopressina il principale indiziato del comportamento sessuale dei topini. Esso agisce sulle zone cerebrali dove risiede il piacere, inibendole o stimolandole. La scoperta è stata effettuata da un gruppo di ricercatori dello Yerkes national primate research center della Emory University, capeggiato da Larry Young, in collaborazione con il Centro per le neuroscienze comportamentali di Atlanta. L'équipe ha messo a confronto due diverse specie di arvicole, la Microtus pennsylvannicus, tendente alla promiscuità e la Microtus ochrogaster, famosa per la tendenza alla monogamia: i ricercatori hanno riscontrato una diversa produzione del gene, che è maggiore nella prima specie e minore nella seconda, quindi hanno innestato il gene stesso tramite un vettore virale sul tessuto nervoso dei due tipi di roditore.
I risultati sono stati sorprendenti: i topi "libertini" hanno mostrato comportamenti di coppia più tranquilli dal punto di vista affettivo e sessuale, mentre i secondi, il cui gene è stato aumentato attraverso la manipolazione genetica, hanno cominciato a comportarsi come veri e propri "sciupafemmine". Certo, al momento si tratta solo di un esperimento condotto sui topi e non applicabile anche all'uomo: sarebbe comunque interessante indagare se, a livello individuale, gli uomini più portati alla monogamia hanno una variante genetica simile a quella dell'arvicola monogama, mentre i fedifraghi possiedono la variante opposta. Tuttavia, sebbene il cervello umano sia molto più complesso, è dimostrato che, quando scatta la dinamica dell'innamoramento, si attivano le medesime zone cerebrali, sia negli animali sia nell'uomo. Il meccanismo è simile a quello riscontrato per le varie forme di dipendenza: infatti, ogni volta che l'animale maschio si accoppia con una partner, nel suo cervello - e precisamente in un'area che abbiamo anche noi, il nucleo accumbens - viene rilasciata della dopamina, il neurotrasmettitore della ricompensa, lo stesso che ci fa sentire bene quando mangiamo una tavoletta di cioccolata o ci iniettiamo una dose di eroina. Lo stesso che alimenta la dipendenza dalla fonte di piacere. La controprova è che, bloccando nei roditori la proteina attivata dalla dopamina, questi smettono di essere monogami.
La fedeltà sarebbe dunque il frutto del corretto funzionamento della dopamina.

> L'indagine non ha però individuato il presunto "responsabile" di questo comportamento e non sono mancate le polemiche soprattutto perché è stata condotta esclusivamente su un campione di donne

> Tra i topi è stato individuato il gene opposto, quello che ci spinge verso la monogamia

L'effetto Coolidge

L'ex presidente degli Stati Uniti Calvin Coolidge era in visita con la moglie in una fattoria governativa: arrivati sul luogo, i due intrapresero due tour separati. Quando la signora passò davanti ai pollai, si fermò e domandò all'addetto se il gallo si accoppiasse più di una volta al giorno. "Decine di volte", fu la risposta. "Per favore fatelo sapere al presidente" esclamò la first lady. Quando il presidente visitò gli stessi pollai e fu informato delle abitudini del gallo, chiese: "Con la stessa gallina tutte le volte?" "Oh no, signor Presidente, ogni volta con una gallina diversa". Il presidente annuì lentamente, poi affermò: "Riferitelo alla signora Coolidge".
Questo aneddoto viene spesso citato dai sessuologi per spiegare come l'infedeltà sia scritta nel passato biologico dell'uomo e come, a differenza degli studi descritti precedentemente, essa riguardi più il maschio che la femmina. Fra le une e gli altri, infatti, esiste un differente comportamento sessuale che deriva da un fattore puramente fisiologico: i maschi producono, in grandi quantità, piccoli gameti, gli spermatozoi, che sono energeticamente poco costosi; le femmine, invece, producono, in numero ben più limitato, uova, gameti di dimensioni maggiori ed energeticamente molto dispendiosi.
Risulta che, mentre per un maschio, che investe poco per ogni accoppiamento, la strategia riproduttiva più conveniente è quella di fecondare un gran numero di femmine, per quest'ultima è più vantaggioso operare una scelta precisa prima di accoppiarsi, restando poi fedele al compagno scelto.
La gestazione, il parto, l'allattamento e la cura della prole richiedono molte energie alla femmina: perciò la sua fedeltà al compagno sarebbe, secondo questa visione, una scelta "di convenienza", e nulla di più. D'altra parte, la varietà sessuale negli uomini (cioè l'effetto Coolidge) sarebbe un'eredità del loro "passato biologico": il bisogno ancestrale di procreare, per assicurare nuovi guerrieri per la difesa della comunità che li spingeva ad accoppiarsi con femmine sempre diverse, sarebbe rimasto insito nella natura dell'uomo.

L'HAREM FA BENE (AGLI ANIMALI)

L'infedeltà potrebbe avere un ruolo importante, addirittura quello di salvare la specie dall'estinzione. Una ricerca effettuata in Ghana rivela che i grandi mammiferi che vivono in coppie, o con harem piccoli, scomparirebbero più facilmente di quelli con molte compagne. Justin Brashares della British Columbia di Vancouver ha analizzato la situazione dei grandi mammiferi in sei riserve del Ghana, dove da 30 anni gli animali sono censiti mensilmente e dove sono state documentate 78 estinzioni locali. Brashares ha preso in considerazione nove caratteristiche, scoprendo che due di queste (l'isolamento della popolazione e la dimensione degli harem) sono correlate con le estinzioni osservate. Se il primo fattore era prevedibile, il secondo lo è di meno. Come è possibile che la monogamia renda gli animali più vulnerabili all'estinzione? Probabilmente i cacciatori prendono di mira più i maschi che le femmine, il che porterebbe a uno squilibrio meno grave per le specie dove un solo maschio si accoppia con molte femmine. La ricerca è stata pubblicata sulla rivista "Conservation Biology".

Anche il cigno ha le sue colpe

E se la fedeltà fosse solo un mito inventato dall'uomo? Per capirlo, gli etologi hanno studiato a lungo il comportamento di alcune specie animali, da sempre considerate monogame. Ebbene, anche fra i cigni, baluardo della monogamia, l'adulterio sembra essere molto diffuso.
Una recente ricerca portata avanti da alcuni studiosi australiani ha dimostrato che la leggendaria fedeltà di questi uccelli è una favola. Lo studio, durato più di tre anni, è stato commissionato dall'Australian research council ed è costato circa 120.000 euro. È stato analizzato il Dna di alcune specie presenti nel parco nazionale "Albert Park" di Melbourne: le ricerche hanno dimostrato che almeno un cigno su sei è nato da un rapporto occasionale e illecito.
«I cigni sono stati a lungo famosi perché considerati il simbolo della fedeltà in amore, ma il nostro lavoro recente mostra che anche tra loro l'infedeltà è la regola», ha spiegato Raoul Mulder, scienziato dell'università di Melbourne, che ha guidato la ricerca. Gli scienziati hanno scoperto i continui tradimenti inserendo un piccolo microchip sulla coda dei cigni maschi e un apparecchio simile anche sui cigni femmina. «Quando un maschio e una femmina copulavano - ha spiegato Mulder - l'apparecchio della femmina captava i segnali del microchip posto sul maschio, registrandone l'identità.
È stato facile poi notare che il cigno femmina non copulava con quello che doveva essere il suo partner eterno. Così abbiamo scoperto i comportamenti libertini dei cigni».
Adesso i ricercatori stanno cercando di scoprire come le femmine riescano a sfuggire ai propri compagni, che per natura sono molto gelosi e protettivi.

Là dove ci porta il cuore

Tutto quello che **le coppie vogliono**: le priorità e i timori nei rapporti a due. **Dialogo e complicità** sono indispensabili, ma è la passione quella che **si spegne per prima**

di **Caterina Allegro**

L'amore consiste nell'essere cretini insieme", scrisse Paul Valéry più di un secolo fa. Ma cosa vuol dire oggi stare insieme? Cosa rende una coppia davvero affiatata? E cosa la rovina?
Un'indagine realizzata dall'ISPO (Istituto per lo Studio della Pubblica Opinione), commissionata dalla Lilly e presieduta dal prof. R. Mannheimer, l'ha chiesto ai diretti interessati. Le interviste su un campione di 1.600 uomini e donne italiani, con particolare attenzione agli over 40, ha fatto emergere un quadro molto complesso e variegato, sottolineando i cambiamenti nell'attitudine delle coppie moderne e sfatando qualche luogo comune. Tre temi centrali hanno dominato l'inchiesta.

Complici e romantici

Gli intervistati si sono espressi, innanzi tutto, sugli aspetti fondanti di un buon rapporto di coppia: al primo posto è stata messa la complicità (citata dall'88 per cento del campione) che, insieme al dialogo, è considerata la base dello stare insieme. Subito dopo vengono la passione (75 per cento) e la vita sessuale (74 per cento), investite egualmente di grande importanza. Gli intervistati di tutte le età hanno spesso accostato la sessualità al concetto di "alleanza": in altre parole, procurarsi piacere reciproco durante il sesso crea e fortifica un'intesa che si riflette in ogni area della vita di coppia, ed è quindi indispensabile.
Inoltre, il 72 per cento delle donne e il 64 per cento degli uomini hanno elencato il romanticismo fra i collanti essenziali del rapporto d'amore: le coccole e l'abbondanza di gesti affettuosi sono considerati alla base di una vita sessuale soddisfacente, soprattutto nelle coppie mature.
Per queste ultime, infatti, il naturale calo della libido dovuto all'età è sopperito dalla profonda conoscenza reciproca e da una comunicazione fisica basata essenzialmente sulla tenerezza.

Soddisfatti, oppure...

Un tema scottante del sondaggio è stato quello della soddisfazione nelle relazioni a due. Alla domanda: "Siete soddisfatti del vostro rapporto di coppia?", una media di 78 coppie su cento ha risposto positivamente. Tuttavia, una forte differenza separa i 35/45enni (soddisfatti nell'85 per cento dei casi) dalle persone fra i 55 e i 64 anni, che raramente si considerano appagate. L'insoddisfazione riguarda specialmente le donne over 40. Entrando più nel dettaglio, emerge un ulteriore (e insospettabile) contrasto fra uomini e donne: se infatti gli uomini si dicono più soddisfatti dell'innamoramento e delle attenzioni ricevute dalla partner, le donne parlano della sfera sessuale. Si tratta di un esempio interessante di cambiamento dei ruoli e delle attitudini nei generi: l'uomo parla di emozioni, un tempo di interesse prettamente femminile, e la donna di sesso.

Si salvi chi può

L'idillio non dura per sempre, si sa, e dopo qualche tempo sorgono i primi problemi. A finire per prima è la passione, poi il dialogo e in seguito la complicità, almeno secondo gli intervistati. Segue a ruota l'innamoramento, quindi passano la gioia di stare insieme, il desiderio dell'altro, il romanticismo. Le ultime a morire, in base al sondaggio, sono la fiducia e la stima reciproca. Ancora una volta, le donne ultra quarantenni hanno sottolineato la fine precoce della passione e della vita sessuale, mostrando un atteggiamento essenzialmente rassegnato di fronte all'evento.
La paura che il rapporto si deteriori è risultata assai diffusa fra gli intervistati. In molti temevano la fine del dialogo e della complicità, seguiti dalla fiducia, dal rispetto e dalla voglia di stare insieme. L'ansia che sia invece la passione a finire è meno forte, e una minore importanza è data anche all'attrazione fisica, al romanticismo e al desiderio dell'altro. In breve, è meno angosciante l'idea di "raffreddarsi" sotto le coperte rispetto a quella di un declino emotivo e intellettuale.

Niente sesso? Pazienza

I risultati dell'indagine hanno rivelato un 66 per cento di coppie molto soddisfatte della propria vita sessuale (soprattutto le più giovani) e un 31 per cento abbastanza soddisfatto. Il 20 per cento degli intervistati si è detto "deluso" in ambito passionale, mentre un 28 per cento "scoraggiato", o addirittura noncurante. Quasi tutte le persone coinvolte nel sondaggio consideravano il sesso come un indice dello stato generale del rapporto: la soddisfazione nella sfera fisica rispecchiava quasi sempre un benessere in ambito sentimentale.
Ciò sottolinea l'importanza conferita all'intesa sessuale, ritenuta un aspetto chiave dello stare insieme e capace di condizionare, in positivo o in negativo, tutti gli ambiti del rapporto.
Gli intervistati over 50, la cui sfera sessuale appare meno gratificante, hanno comunque concordato sui vantaggi del sesso in età matura: infatti, superata la fase della fecondità biologica, è più facile vivere il rapporto fisico in modo rilassato e appagante. Negli uomini decade "l'ansia da prestazione" e le donne si sentono più libere con il proprio corpo, e più spontanee nell'esprimere il proprio desiderio. In questo momento della vita, tuttavia, possono emergere problemi di salute a compromettere l'attività sessuale e la gioia dell'incontro erotico.

La prova del ponte

Che l'abitudine e la noia uccidano l'amore è cosa nota, ma che il pericolo favorisca l'attrazione è ben strano. Eppure un esperimento ideato all'Università di Vancouver pare proprio confermare il fenomeno.
Sopra un ponte sospeso e oscillante nel vuoto di un canyon, un'avvenente ricercatrice fermava gli uomini di passaggio e li intervistava con la scusa di un fantomatico progetto di ricerca. Dopo l'inchiesta la donna ha lasciato a tutti il proprio numero di telefono, invitandoli a chiamare per ulteriori pareri. Il giorno dopo, quasi la totalità degli intervistati ha telefonato.
Lo stesso esperimento è stato poi ripetuto in un luogo tranquillo, dove non esisteva alcun elemento di pericolo. Ebbene: a richiamare la bella ricercatrice è stata meno della metà degli uomini coinvolti.
Ciò suggerisce che le situazioni pericolose e trasgressive possano facilitare l'instaurarsi di relazioni, poiché la sensazione di rischio amplifica l'attivazione emotiva, che viene poi ricondotta alla persona presente.

Bacio o non bacio?

Appassionato, tenero, alla francese: il bacio è la più alta poesia dell'amore e il primo segno d'intesa in una coppia. Attenzione però: uomini e donne, sull'argomento, la pensano in modo diverso.
È quanto ha dimostrato uno studio tedesco condotto dalla sessuologa I. Ebberfeld. Su 514 persone ambosessi dai 16 ai 91 anni intervistate dalla studiosa, il 56 per cento delle donne ha affermato di baciare volentieri il proprio partner, contro il 44 per cento degli uomini. Inoltre le prime hanno affermato di dare molta importanza al gesto, anteponendolo addirittura al sesso per intimità. Non così la pensavano gli uomini, dai quali il bacio è stato spesso definito un'abitudine o addirittura un esercizio obbligatorio.
La differenza fra i sessi si è attenuata parlando del coito: infatti, solo il 9,7% delle donne e il 10,7% degli uomini ha ammesso di non baciare mentre fa l'amore.
Infine, le intervistate erano convinte (quasi all'unanimità) che un uomo che sa baciare sia anche un bravo amatore.

Le coccole e l'abbondanza di gesti affettuosi sono considerati alla base di una vita sessuale soddisfacente, soprattutto nelle coppie mature

LE REGOLE-SALVAGENTE

Esiste un modo per arginare la deriva del rapporto di coppia?
Nel saggio "Le Emozioni della mente" (Edizioni San Paolo, 2004, 8,00 €) lo psichiatra Giampaolo Perna riporta un lungo elenco di strategie utili a questo scopo.

1. Offrire sostegno emotivo.
2. Condividere le buone notizie.
3. Essere fedeli.
4. Creare un'atmosfera familiare armoniosa.
5. Rispettare gli spazi e l'intimità della vita dell'altro.
6. Rivolgersi al partner chiamandolo per nome.
7. Mantenere i segreti.
8. Praticare attività sessuale con il partner.
9. Festeggiare i compleanni.
10. Difendere l'altro quando non è presente.
11. Parlare con il partner del sesso e della morte.
12. Confidare al partner i propri sentimenti e problemi personali.
13. Comunicare al partner i propri programmi e impegni.
14. Essere tolleranti con gli amici del partner.
15. Non criticare il partner in pubblico.
16. Chiedere consigli al partner.
17. Parlare con il partner di religione e politica.
18. Guardarlo negli occhi durante la conversazione.
19. Discutere con l'altro di questioni finanziarie personali.
20. Toccare il partner intenzionalmente.
21. Scherzare e prendersi in giro in modo giocoso.
22. Manifestare reciproco affetto in pubblico.
23. Rivolgersi all'altro se si ha bisogno di un aiuto concreto.
24. Non nascondere all'altro le proprie sofferenze.
25. Ricambiare complimenti e favori ricevuti.

C'è anche qualche regola specifica per lui:

1. Prendersi cura della famiglia quando la partner sta male.
2. Manifestare interesse per le attività quotidiane della partner.
3. Assumersi la responsabilità della manutenzione della casa e delle riparazioni necessarie.
4. Offrirsi di pagare per la compagna quando si esce insieme.

Lilly
Risposte che contano.

Un “paso doble” ci guarirà

Nel campo delle disfunzioni sessuali i soggetti che **potrebbero giovarsene** in modo particolare sono quelli che presentano **difficoltà relazionali**, eccessiva timidezza, ridotta libido e **livelli elevati di ansia da prestazione**

di **Giorgio Piubello**
Andrologo ed Endocrinologo di Verona
e di **Antonietta Albano**
Psicologa di Bologna

Dalle profondità della storia dell'umanità emergono arte, musica e danza come principali compagni di viaggio nell'esperienza che l'uomo fa di sé, della natura e del divino. La musica e la danza trasmettono simboli che si riferiscono sia al mondo cognitivo che a quello affettivo e il loro uso suscita immagini e sentimenti profondi.
La musica parla del mondo interiore e della sua possibilità di trasformazione, mentre la danza mostra questa possibilità.
Il corpo rivela chi siamo attraverso i movimenti, le posizioni, gli atteggiamenti e la gestualità; racconta la nostra storia, i nostri sentimenti, le gioie, le paure e i disagi. Ogni gesto ha un proprio significato che non sempre è facilmente riconoscibile perché il nostro comportamento emozionale e corporeo viene continuamente influenzato da condizionamenti derivanti dall'educazione ricevuta e dalle norme socio-culturali a cui siamo sottoposti.

Effetti terapeutici

La Dance Therapy ha radici nel ballo moderno. I suoi pionieri sono stati Duncan, Graham e Humprey nel 1920. L'uso del ballo in forma di terapia medica ha iniziato a esprimersi nel 1942 con il lavoro di Marian Chace su pazienti psichiatrici che ricevettero benefici terapeutici proprio attraverso il ballo. Miglioramenti furono riscontrati in relazione alle abilità funzionali dei partecipanti su un numero rilevato di variabili, per esempio il tono dell'umore, il livello di energia, l'interazione sociale ecc.
La Dance Therapy viene alla luce negli anni '60 principalmente negli Stati Uniti e si fonda su un concetto di base: esprimere in modo libero, attraverso la danza, la propria spontaneità, creatività e individualità.
Il ballo viene inteso come uno strumento terapeutico con cui lavorare sulla persona, partendo dall'idea che corpo e mente dialoghino in un sistema totalmente integrato.
Il movimento del corpo riflette le emozioni del singolo individuo e ne può esprimere i conflitti che, spesso, impediscono di vivere in modo sereno e gratificante la sessualità.

Presupposti fisiologici

È opportuno distinguere le due componenti che hanno azione di stimolo sulla persona durante il ballo: esse sono la musica e il movimento.
Per quanto riguarda l'effetto della musica sulla salute del corpo, le prime segnalazioni documentate risalgono al 1500. Nel corso dei secoli la musico-terapia conobbe momenti di alterna fortuna.
Dal punto di vista medico possiamo affermare che a livello terapeutico la musica sembra favorire l'espressione di cariche pulsionali e di vissuti emotivi intensi secondo modalità accettate socialmente, permettendo di vivere momenti fortemente catartici senza particolari problemi di contenimento comportamentale, abbassando di fatto i livelli d'ansia del soggetto.
Per quanto riguarda la danza dobbiamo considerare due aspetti: l'effetto dell'attività motoria e della postura sul vissuto emotivo-relazionale e quello sulle modificazioni neuroendocrine.
Per quanto concerne il percepito emotivo-relazionale i vari studi clinici suggeriscono che la Dance Therapy aiuti a sviluppare in senso positivo la propria immagine del corpo, a migliorare il concetto di sé, a ridurre significativamente l'ansia, l'umore depresso, l'isolamento sociale. Inoltre, è in grado di aumentare le abilità comunicative, permettendo un più facile instaurarsi di un ponte relazionale con l'altro. A livello di sistema neuroendocrino, il movimento aerobico della danza accresce i livello di endorfine e di altri oppiacei endogeni e provoca un incremento dei livelli di testosterone.
Il risultato finale di questi cambiamenti neuroendocrini può essere sintetizzato in una modificazione mentale che rafforza e riorganizza la personalità incrementando le capacità sensoriali, mnemoniche e di concentrazione. Inoltre viene ridotta in modo marcato la componente ansiosa e accresciuta la percezione di benessere soggettivo. Infine si riscontra un aumento del desiderio sessuale.
Nel campo delle disfunzioni sessuali i soggetti che potrebbero giovarsi in modo particolare della Dance Therapy sono quelli che presentano difficoltà relazionali, scarsa autostima specie nei confronti del proprio corpo, eccessiva timidezza, ridotta libido e livelli elevati di ansia da prestazione.

La storia

Un contatto **magico**

Il ballo, come molti altri aspetti dell'intimità fisica, ha una lunga storia che si ricollega addirittura al mondo animale e alle sue danze di corteggiamento. I movimenti delle nostre danze sono nati nello stesso modo, ma non si sono evoluti in una forma fissa.
In Europa, a partire dalla metà del XV secolo, il ballo entrerà a far parte del curriculum pedagogico della nobiltà e, insieme al tirare di scherma e al cavalcare, costituirà la triade dei nobili esercizi del gentiluomo. Da qui le coreografie muteranno nel corso dei secoli, passando da balli simili a passeggiate a ritmo di musica, con intimità fisica assai limitata (per esempio tenersi per mano), a danze dall'intimità più spiccata, dominate dall'abbraccio come nel valzer. Nel 1907 l'Europa conosce il tango: l'intimità fisica dei ballerini diventa palesemente erotica. La coppia balla allacciata, intrecciata, avviluppata, le cosce dell'una tra quelle dell'altro. Il tango argentino mima un rapporto sessuale, ne adotta il ritmo con l'avanti e indietro del “corte”.
Il ruolo peculiare del ballo nella nostra società consiste nel permettere un improvviso e forte aumento dell'intimità fisica con il contatto. Nello stesso tempo il ballo “svaluta” l'importanza dell'abbraccio, abbassandone la soglia a un punto in cui vi si può indulgere senza timore di essere respinti.
Permettendo l'abbraccio, il ballo offre un'opportunità di esercitare un contatto magico: se la magia fallisce il carattere formale della situazione consente di ritirarsi senza ansia o vergogna.

UNDICI CITTÀ CELEBRANO IL TANGO

La Società Italiana di Andrologia presta la sua consulenza scientifica all'ESDA (associazione europea di pazienti) per la celebrazione in undici città italiane del media event “100 anni di Tango”. Per maggiori informazioni consultate il sito www.100anniditango.it

100 ANNI TANGO

IL GINSENG FA BENE

IL HWA SIGILLO ORO FA

solo bene

Utilizzato in maniera idonea e appropriata

In questi ultimi decenni poche sostanze naturali sono state studiate e sperimentate come il Ginseng, a conferma delle straordinarie doti di tonico e adattogeno che una tradizione millenaria gli attribuisce.

Di tutte le varietà coltivate e prodotte nel mondo, il Ginseng Coreano è considerato dagli esperti l'eccellenza del Ginseng, il migliore.

IL HWA Sigillo Oro a differenza di altri Ginseng che possono comportare un senso di eccitazione, non ha controindicazioni perchè bilanciato, cioè completo di tutti i Ginsenosidi, ricavati da tutta la radice. Proprio per questo assicura un effetto adattogeno e riequilibrante.

IL HWA SIGILLO ORO è il Ginseng Coreano. Con caratteristiche che lo rendono unico: realizzato secondo gli standard richiesti dalla Organizzazione Mondiale della Sanità; da radici fresche, mature ed intere, per estrazione a bassa temperatura (e non per bollitura); biologicamente puro e immune da pesticidi e anticrittogamici.

IL HWA SIGILLO ORO

NATURANDO

Via Monte Grappa, 41 - 24040 - Lallio (BG)
Numero Verde 800-254142 - www.naturando.it

Controllo delle nascite

Il "pillolo": a che punto è la sperimentazione

SECONDO LE ULTIME PREVISIONI SARÀ IN COMMERCIO ENTRO IL 2009

Non è ancora in commercio, ma la sperimentazione è in fase avanzata. Secondo le ultime previsioni, il "pillolo", cioè il contraccettivo chimico maschile, sarà disponibile entro il 2009.
Come spiega una recente ricerca pubblicata da Lancet, l'ultimo metodo che gli scienziati stanno testando consiste in un bastoncino che verrà inserito sottopelle nel braccio e che rilascerà gradatamente un ormone progestinico il quale servirà a bloccare la produzione di spermatozoi. Lo studio ha inoltre escluso l'effetto collaterale più temuto del contraccettivo: la perdita della fertilità. È stato stabilito infatti che gli effetti del "pillolo" saranno reversibili.
Il metodo si basa sulla combinazione di un progestinico e del testosterone. Il principio, perciò, è identico a quello della pillola contraccettiva femminile, che contiene un progestinico e l'estradiolo. I progestinici

agiscono sull'ipofisi, bloccando la secrezione di gonadotropine, che stimolano i testicoli a produrre testosterone. Il ruolo del testosterone nel farmaco è quindi quello di compensare la sua mancata produzione. Il nuovo farmaco ha percentuali di successo che oscillano tra il 97 e il 100 per cento.

Il computer in grembo mette a rischio la fertilità

Tenere il computer portatile acceso in grembo sembra rischioso per la fertilità maschile. Secondo uno studio della State University of New York, pubblicato dalla rivista Human Reproduction, questa abitudine porterebbe a un aumento della temperatura dei testicoli, danneggiando le cellule da cui hanno origine gli spermatozoi.
Gli scienziati guidati dall'urologo Yefim Sheynkin hanno osservato 29 uomini tra i 21 e i 35 anni, in una stanza a temperatura costante e sempre alla stessa ora. Di ognuno è stata misurata la temperatura dello scroto con e senza la presenza del pc sulle ginocchia. Il confronto tra i due valori ha rivelato che il processore del computer si surriscalda fino a 70 gradi, aumentando il calore dei testicoli di quasi tre gradi.
La temperatura sale sia per il contatto con il computer caldo, sia per la posizione assunta per sostenerlo, con le cosce strette che comprimono lo scroto. Per ora non è stato stabilito qual è il tempo di surriscaldamento sufficiente a mettere a rischio la produzione di spermatozoi ed eventualmente a provocare danni irreversibili alla sterilità. Ma gli scienziati raccomandano agli uomini di fare attenzione alla posizione dei portatili.

Per il tumore della prostata ora c'è la speranza del vaccino

Il vaccino per il tumore della prostata, di cui sono stati divulgati i primi risultati positivi nel 2005, potrebbe rappresentare presto un'importante conquista clinica in campo uro-andrologico.
La prima sperimentazione è stata effettuata alla San Francisco School of Medicine e ha fatto rilevare una sopravvivenza tripla nei pazienti trattati col vaccino.
Attualmente sono in corso altre 12 sperimentazioni cliniche del farmaco in altrettanti centri degli Stati Uniti. E la Food and Drug Administration potrebbe presto dare il via libera alla vendita.
Nessun gruppo europeo partecipa per ora a questi test.
Il vaccino è stato ottenuto isolando le cellule immunitarie dei malati, capaci di riconoscere e attaccare il tumore. Anche nei pazienti in cui la malattia era in fase avanzata e che presentavano metastasi la somministrazione del farmaco ha portato a una sopravvivenza tripla rispetto a quelli non trattati.

Uno studio americano

Le donne sono geneticamente più complesse

IL SECONDO CROMOSOMA X SAREBBE RESPONSABILE DI DIFFERENZE CON I MASCHI

Quanto sono complicate le donne? Secondo la scienza, più degli uomini, almeno dal punto di vista genetico. Lo dice uno studio eseguito dai ricercatori dell'Università della Pennsylvania e pubblicato da Nature.
Uomini e donne infatti hanno entrambi una copia del cromosoma X. Ma le donne hanno anche un secondo cromosoma X che sembra non essere inattivo come si credeva in passato. Gli effetti dei geni derivanti da questo cromosoma potrebbero essere i responsabili di alcune differenze tra maschi e femmine, indipendenti dagli ormoni sessuali.
Confrontando i geni del cromosoma attivo e di quello "silenzioso", Laura Carrell, del Penn State College of Medicine di Hershey, ha scoperto che anche i secondi sono attivi, seppur in modo variabile.
In pratica le donne hanno una miscela più complessa e variabile di geni rispetto agli uomini.
I risultati di questa ricerca potrebbero rivelarsi utili per spiegare il diverso effetto delle malattie sui due sessi e per aiutare le persone nate con anomalie del cromosoma X.

Una sostanza che rileva "i tempi dell'amore"

Alcuni ricercatori dell'Università di Pavia hanno individuato la sostanza che rileverebbe "i tempi dell'amore". I risultati dello studio sono stati pubblicati da Psychoneuroendocrinology. Questa "proteina dell'innamoramento" sarebbe all'origine dell'euforia e della tempesta di emozioni tipiche della fase iniziale di una relazione. Gli scienziati hanno osservato il comportamento di persone con un legame sentimentale lungo, altre che avevano appena incontrato l'anima gemella e alcuni single. In particolare sono state analizzate le variazioni di alcune neurotrofine nel sangue di uomini e donne tra i 18 e i 31 anni. È emerso che nei neo-innamorati il livello di Ngf (Nerve Growth Factor, sostanza scoperta da Rita Levi Montalcini), che provoca emozioni forti, come le "farfalle" nello stomaco e la sudorazione delle mani, era molto alto. Nelle persone legate sentimentalmente da più di un anno il livello era nella norma.

ioUomo
Rivista di informazione, educazione e prevenzione andrologica

In attesa di registazione presso il Tribunale di Roma

Editore: SIA Servizi Srl
Via L. Bellotti Bon Luigi, 10 - 00197 Roma
iouomo@andrologiaitaliana.it
Direttore responsabile:
Vincenzo Gentile
Delegato SIA alla Comunicazione:
Ciro Basile Fasolo
Direzione Scientifica:
Aldo Franco De Rose, Alessandro Papini

Consulente editoriale SIA:
Francesca Marchi
Segreteria SIAs:
F. Cherubini, E. Milani, V. Pisacane, S. Santopadre
Coordinamento Editoriale:
Publicis Consultant
Coordinamento Redazionale:
Pier Michele Girola

In redazione:
Caterina Allegro
Progetto grafico e impaginazione:
Elena Gulminelli
Stampa:
Diffusioni Grafiche Editoriali
Strada Statale 31 km 22
15030 - Villanova Monferrato (Al)
tel. 0142 338.1

Consultare uno specialista può risolvere il dubbio

Ho 24 anni. Nonostante la mia fidanzata sia rimasta senza pillola per circa tre settimane e abbiamo avuto rapporti liberi non è rimasta incinta. Cosa devo fare per sapere se sono fertile o no? È il caso che mi preoccupi? A chi devo rivolgermi per avere una visita?

Massimiliano (Piacenza)

▸ Caro Massimiliano, prima di tutto non devi preoccuparti: tre settimane di rapporti liberi subito dopo l'interruzione dell'assunzione di contraccettivi orali non rappresentano una prova di infertilità. Comunque, può essere utile che tu parli con il tuo medico di famiglia per farti inviare da un andrologo che può darti informazioni più dettagliate, oltre che visitarti ed eventualmente sottoporti agli esami necessari.

Se il problema sessuale è solo un segno

Ho 50 anni, sono sposato da 20. Ho due figli. Da circa due anni ho notato che spesso mi capita di perdere l'erezione durante i rapporti. All'inizio ho pensato che si trattasse di stress, ma negli ultimi mesi non ho problemi particolarmente gravi. Eppure il disturbo sembra peggiorare e mia moglie è preoccupata. Ne ho parlato con il mio medico di famiglia che mi ha consigliato dei farmaci però mi piacerebbe un parere specialistico e siccome mi vergogno ho cercato su internet e ho trovato il vostro sito.

Claudio (Latina)

▸ Sicuramente l'andrologo è il suo specialista di riferimento. Siamo d'accordo con il suo medico sulla prescrizione dei farmaci che inducono l'erezione. Riteniamo però opportuno informarla che nella grande maggioranza dei casi il deficit erettivo è secondario ad altre patologie; anzi spesso si presenta come primo sintomo di malattie circolatorie o di altro tipo. L'invito, pertanto, è quello di cercare la causa di questo disturbo con l'aiuto del suo medico.

A settant'anni non bisogna rassegnarsi

Ho 70 anni e capisco che una richiesta di aiuto di questo tipo alla mia età sia un po' strana però da 2 o 3 anni mi sono accorto che spessissimo devo rinunciare ad avere rapporti sessuali perché non riesco a ottenere un'erezione. La mia domanda è: devo rinunciare definitivamente o posso sperare in qualche rimedio? Se mi rivolgo a un medico faccio una brutta figura?

Vito (Pescara)

▸ Non fa brutta figura e anzi ha ottime probabilità di recuperare un'attività sessuale soddisfacente. È opportuno che si rivolga a un andrologo poiché nella sua lettera mancano molte notizie sul suo stato di salute generale, indispensabili per esprimere un parere clinico e un consiglio terapeutico.

Se il testicolo è gonfio spesso è varicocele

Mio figlio ha 13 anni e ho notato che sopra il testicolo destro c'è una specie di gonfiore. Ho parlato con il pediatra, ma mio figlio si vergogna di farsi visitare i genitali. Lo devo obbligare?

Anna Maria (Messina)

▸ Sicuramente suo figlio deve essere visitato, anzi, è una buona occasione perché entri in contatto con un andrologo. La causa più probabile di questo gonfiore a 13 anni è il varicocele, una dilatazione delle vene del testicolo. Si tratta di una malattia benigna, ma che potrebbe nel tempo diminuire il suo tasso di fertilità

Quel fastidio che non vuole passare

Ho 49 anni e da alcuni mesi avverto un dolore al pene durante l'erezione. Inoltre, da qualche tempo, mi sembra che il pene si stia incurvando e mia moglie prova un certo fastidio durante i rapporti anche a seconda della posizione. Che devo fare? È grave?

Marco (Sestri Levante)

▸ Il dolore all'erezione e l'incurvamento del pene sono due segni caratteristici di una malattia assolutamente benigna che si chiama morbo di La Peyronie o "induratio penis plastica". Le terapie possibili sono diverse, sia mediche che chirurgiche. Generalmente si comincia con un trattamento conservativo, cioè non chirurgico. Riteniamo, però, indispensabile che lei si faccia valutare da un andrologo della sua zona per poter instaurare l'iter diagnostico e terapeutico più idoneo per la natura e lo stadio della sua malattia.

Un intervento da non fare con leggerezza

Ho letto che è possibile effettuare un intervento chirurgico per aumentare le dimensioni del pene. Chi lo fa? E dove posso rivolgermi per avere informazioni?

Lettera Firmata

▸ La chirurgia per aumentare le dimensioni del pene è una chirurgia assolutamente particolare ed estremamente complessa, che viene in genere dedicata a rarissimi casi di peni estremamente piccoli, delle dimensioni di pochi centimetri. Per questo motivo le consigliamo di consultare un centro di chirurgia andrologica molto qualificato per il quale può chiedere consigli al suo medico curante. Tenga presente che tale chirurgia richiede sempre e comunque anche un percorso psicologico prima di poter essere realizzata.

Il peso eccessivo danneggia lo sviluppo

Il mio pediatra mi ha detto che mio figlio, 12 anni, è obeso e che devo metterlo assolutamente a dieta perché ha anche i testicoli più piccoli della media. Io vorrei saperne di più, su Internet ho trovato il vostro sito. Posso avere maggiori notizie?

Una mamma preoccupata

▸ L'obesità infantile è oggi un problema diffuso. Sicuramente questo tipo di obesità può interferire pesantemente con un equilibrato sviluppo sessuale e riproduttivo. Quello che dice il suo pediatra è vero, però riterremmo più opportuno che fosse consultato un andrologo. Sarebbe inoltre opportuno che alla visita fossero presenti tutti e due i genitori: questo permetterà allo specialista di capire anche se c'è una linea ereditaria rispetto all'obesità. Tenga presente che un adolescente obeso sarà un adulto obeso, con tutte le patologie che ne conseguono e non solo di ordine sessuale e riproduttivo.

...Il dolore all'erezione e l'incurvamento sono due segni caratteristici di una malattia, curabile con terapie mediche o chirugiche, che si chiama morbo di La Peyronie o "induratio penis plastica"...

...nella grande maggioranza dei casi il deficit erettivo è secondario ad altre patologie; anzi spesso si presenta come primo sintomo di malattie circolatorie o di altro tipo. È meglio controllare

PER LE VOSTRE LETTERE SCRIVETE ALL'INDIRIZZO: iouomo@andrologiaitaliana.it

Bayer HealthCare

Campagna educazionale

www.tuttosulladisfunzioneerettile.it

Com'è la tua vita di coppia?

Difficoltà di erezione

3 milioni di uomini in Italia e più di 100 milioni in tutto il mondo soffrono di difficoltà di erezione. La disfunzione erettile è un fenomeno in continuo aumento e spesso può essere associata a ipertensione, diabete, interventi chirurgici sulla prostata, obesità o altre condizioni patologiche.

Rivolgiti al tuo Medico di fiducia, ti saprà aiutare!

Bayer per la coppia

WELL-TECH 2007 Premio all'Innovazione Tecnologica

Sessanta prodotti selezionati per innovazione tecnologica e valori di accessibilità, sostenibilità e qualità della vita

Con la collaborazione di: Provincia di Milano

WELL TECH AWARD 2007

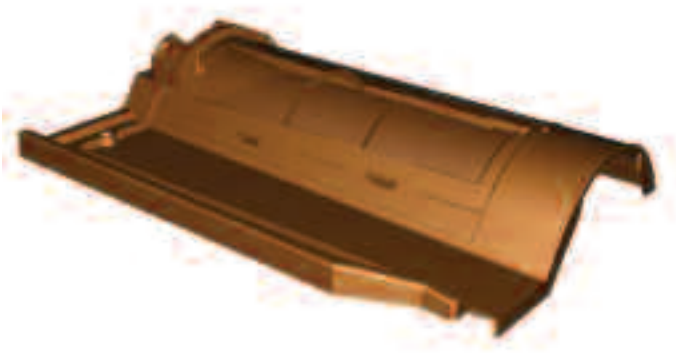
Premio all'Innovazione Tecnologica che migliora la qualità della vita

18 – 22 Aprile 2007 Provincia di Milano, Palazzo Isimbardi - Corso Monforte, 35 - Milano
esposizione e premiazione delle tecnologie innovative a servizio del benessere

g.BCIsys di g.tec Medical Engineering. *Brain Computer Interface, sistema che traduce le onde cerebrali di pazienti affetti da paralisi, in comandi per il controllo di un dispositivo ortotico o prostetico.*

H-Racer di Horizon Fuel Cell Technology. *Un'automobile giocattolo e una stazione per il rifornimento di idrogeno combinate insieme per creare un innovativo kit didattico.*

S8 Series Flow Generator di Resmed. *Sistema innovativo per il trattamento dell'ostruzione delle vie respiratorie dovuta all'apnea del sonno.*



Tech-Tile di B. & C. e Invent. *Tegola brevettata capace di produrre energia elettrica con l'irraggiamento solare mediante l'impiego della tecnologia fotovoltaica.*

Una ventina di prodotti che si sono distinti per innovazione tecnologica e valori di sostenibilità, accessibilità e qualità della vita e che sono stati scelti tra i sessanta annualmente selezionati dall'Osservatorio, saranno in mostra nel Cortile d'Onore di Palazzo Isimbardi dal 18 al 22 aprile 2007.
La mostra, con ingresso in Corso Monforte 35 a Milano, sarà gratuita ed aperta al pubblico con orario continuato dalle ore 10.00 alle ore 18.00.
Le categorie spazieranno dall'auto all'elettrodomestico, dai materiali ecocompatibili alle nuove forme di energia rinnovabile.

L'esposizione delle tecnologie candidate all'Award vede coinvolti:

Caso Aziendale:
Citroen

Case Studies:
Antonio Merloni
B. & C. - Invent
Fiat Group Automobiles
Fiat Powertrain Technologies
Iveco
Magneti Marelli
Vectrix

e tra le tecnologie esposte
D3o Lab, Ecotoys, Horizon Fuel Cell Technologies, MV-Line.

Sponsor tecnico:

Con il patrocinio di:

Well-Tech Via Malpighi, 3 20129 Milano Tel 02 29518792 info@well-tech.it www.well-tech.it