

l'Uomo in Salute

IUS il diritto alla salute al maschile

RIVISTA DI CULTURA ANDROLOGICA



L'UOMO E LA COPPIA



**DALLA PREVENZIONE
ALLA CURA**

MARZO 2024

VOLUME N.4

*Uomini e donne in cammino per un approccio
multidisciplinare alla salute maschile*



RIVISTA DI INFORMAZIONE, EDUCAZIONE E PREVENZIONE ANDROLOGICA

Questa rivista viene inoltrata in via digitale ad una lista di professionisti sanitari comprendente più di dieci settori e aree terapeutiche.

Registrazione

nr. 185/2016 presso il Tribunale di Roma

Editore

Società Italiana di Andrologia

Direttore Scientifico

Ciro Basile Fasolo

Direttore Responsabile

Gianluca Imparato

Comitato Scientifico

Francesco Gaeta
Carlos Miacola
Chiara Polito

Progetto grafico

MCO International s.r.l.

Elaborazione grafica

Mattia Zucca

Comitato Esecutivo SIA

Presidente

Alessandro Palmieri

Segretario

Tommaso Cai

Tesoriere

Luca Boeri

Consiglieri

Marco Bitelli, Carlos Miacola,
Ilaria Ortensi

Delegato per le Sezioni Regionali

Carlo Ceruti

Delegato per i rapporti con le aziende e istituzioni

Giorgio Piubello

Delegato per la formazione medico-scientifica

Chiara Polito

Presidente della Commissione Scientifica

Fabrizio Palumbo



andrologiaitaliana.it
prevenzioneandrologica.it
ioumoinsalute.it

Segreteria SIA

Emma Milani, Mariateresa Spata

SOMMARIO

L'uomo e la coppia

La coppia di fronte alla procreazione medicalmente assistita **Melinda Ravagnan** 7

Le disfunzioni sessuali nell'infertilità maschile **Elena Longhi** 8

La coppia infertile: come gestire i problemi di lui? **Fabrizio Scroppo** 10

Coppie miste: verso una società plurale **Walter Lagatta e Giuliana Proietti** 11

Problemi economici e coppia **Sara Negrosini** 12

Vergogna e potere sessuale maschile **Gabriele Optale** 13

La sessualità nella coppia omosessuale **Luca Mongelli** 14

Le coppie omosessuali **Paolo Valerio e Agostino Carbone** 15

La sofferenza della coppia post-prostatectomia **Claudio Marino** 16

Nicturia e patologie della prostata **Francesco Gaeta** 17

Per riflettere un po'

La coppia nella visione cristiana **Markus Krienke** 20

La coppia nella visione islamica **Imam Izedin Elzin intervistato da Ciro Basile Fasolo** 21

La coppia nella visione ebraica **Rabbino Ariel Di Porto** 23

La coppia nella visione sociologica **Mauro Ferraresi** 24

Facciamo il punto su..

Il mercato dei nutraceutici **Vincenzo Mirone** 26

Le nostre rubriche

Endocorner: il Testosterone **Antonio Aversa** 28

Ematuria e prevenzione **Alessandro Boni - Associazione PalinUro** 29

MST: la sifilide **Paola Nasta** 30

Quali vitamine assumere: andiamo avanti, le B **Luca Gallelli e Cristina Vocca** 31

Parliamo non in androloghesi **Chiara Polito** 32

L'etica in andrologia **Francesco Barillaro** 33

Congresso Macroregionale Varese **Francesco Gaeta** 34

Iniziativa Lyons per la prevenzione **Giuseppe Dacheille** 35

IoUomo in Salute è distribuito ai soci di:

FAIS - Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati

Enpab - Ente nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Biologi

PaLiNUro - Pazienti Liberi dalle Neoplasie Uroteliali

FDS - Filo Della Salute

CIS - Centro Italiano di Sessuologia

Associazione Arma Aeronautica Gallarate

Associazione Mamma in PMA

ISC - Istituto di Sessuologia Clinica

SIRU - Società Italiana di Riproduzione Umana

GUIDA PER L'USO

Questa rivista ha tre livelli di possibile lettura.

Primo livello: il testo in PDF che stai leggendo in questo momento.

Secondo livello: puoi accedere alla presentazione che l'Autrice o l'Autore fa del proprio lavoro e per questo clicca due volte sulla fotografia dell'Autrice/Autore con la cornice verde.

Terzo Livello: puoi approfondire l'argomento trattato, cliccando due volte sull'icona del libro e sarai indirizzato all'articolo scritto in maniera più estesa ed articolata, con i riferimenti bibliografici.

Inoltre:

- Vuoi fare una domanda?
- Vuoi ricevere maggiori informazioni?
- Non vuoi perdere un solo numero, vuoi richiedere una copia dei numeri usciti?
- Vuoi abbonarti?
- Vuoi inviare suggerimenti, critiche e proporre argomenti da sviluppare nella rivista?
- Vuoi inviare un tuo contributo alla rivista?

Per tutto scrivi a info@iouomoinsalute.it

Visita i siti web SIA
e cerca lo specialista
più vicino a te!



Dal 1° gennaio 2019
la mappa andrologica accoglie
solo gli specialisti certificati della
Società Italiana di Andrologia





Cos'è la SIA

La Società Italiana di Andrologia (SIA), fondata nel 1976, è una società scientifica che promuove la ricerca sulla salute dell'uomo e della coppia e la formazione dei medici in campo andrologico. È la prima società italiana della comunità andrologica per numero di iscritti e anche per la giovane età dei suoi associati. SIA è una società multidisciplinare che riunisce diverse figure professionali sanitarie, tra cui andrologi, urologi, endocrinologi, genetisti, biologi, psicologi, psicosessuologi. L'istruzione è uno degli obiettivi principali della società. A questo scopo la SIA possiede una certificazione di andrologia poiché in Italia non esiste un programma di residenza medica specifico in questo campo. La SIA è inoltre la prima società nazionale ad organizzare una certificazione per biologi della riproduzione ed anche il primo master in Andrologia in collaborazione con una prestigiosa università italiana. Ogni anno SIA organizza corsi focus sia teorici che pratici su diversi argomenti, come la biologia della riproduzione, la medicina sessuale, l'approccio chirurgico alle curvature del pene, l'impianto di protesi peniene e l'ecografia andrologica. SIA è impegnata anche nella ricerca; ogni anno sponsorizza e promuove diverse pubblicazioni scientifiche. È inoltre promotore di un registro italiano sulle protesi peniene e di un registro italiano di trattamento conservativo dell'Induratio Penis Plastica. La nostra società collabora anche con altre società scientifiche italiane e internazionali, in particolare con la Società Europea di Medicina Sessuale (ESSM) e con la Società Italiana di Riproduzione Umana con la quale collaboriamo per produrre la prima traduzione italiana del Manuale OMS 2021 per il Laboratorio Esame e lavorazione del seme umano. La Società è devota alla popolazione. Ha organizzato diverse campagne di prevenzione focalizzate sui giovani adolescenti discutendo temi importanti riguardanti la salute degli uomini e la salute sessuale. SIA è attiva anche sulle piattaforme social (Twitter, Instagram, Facebook e Youtube) per diffondere informazioni sanitarie tra i più giovani.

Alessandro Palmieri - Presidente Società Italiana di Andrologia



Cos'è loUomo in Salute

La SIA per rispondere all'esigenza di una divulgazione di temi attinenti alla salute del maschio e della coppia propone a partire dal 2006 loUomo, una nuova rivista che presenti contenuti di facile approccio, attraverso una comunicazione studiata in maniera volutamente semplice nelle parole usate ma mai semplicistica e assolutamente rigorosa nei contenuti. Da quest'anno alla denominazione loUomo si affianca in Salute, per dare sempre più risalto agli aspetti della salute, dello star bene, della prevenzione, accanto a temi classici come quelli relativi alle disfunzioni sessuali, all'infertilità di coppia, il gravissimo problema della denatalità e così via. Allo stesso tempo l'acronimo delle parole lo Uomo e Salute diventa IUS, che il latino significa diritto, a significare una proposta per una maggiore attenzione alle tematiche del maschio. Quindi, IUS un riferimento al diritto alla salute al maschile. Questa rivista intende, dunque, affrontare, certamente non in maniera esaustiva, il vastissimo tema del benessere e del malessere al maschile, intesi questi non soltanto dal punto di vista fisico, quanto piuttosto come un compositum con le proprie componenti, cognitiva, affettiva o corporea del suo essere uomo, maschio, inteso come persona intera. Il tutto con una attenzione ai problemi dell'ambiente, della nutrizione e della spiritualità, tutti fattori che posso incidere sulla bilancia benessere-malessere dell'uomo, della coppia e di coloro che ruotano intorno. Si tratta di una vera e propria "operazione culturale", un'occasione per sviluppare una cultura al maschile, intesa questa non come forma di affermazione di genere, quanto piuttosto di sensibilità per quanti spesso nascondono problemi, aspirazioni, sofferenze sotto la maschera dell'uomo forte. Da questo numero loUomo in Salute diventa un PDF che sarà distribuito online ai soci della SIA, Società Italiana di Andrologia e ai membri di nuove realtà che si affacciano alle tematiche andrologiche, quali società scientifiche e associazioni di pazienti.

Buona lettura da SIA e dal Comitato Scientifico: Ciro Basile Fasolo, Francesco Gaeta, Carlos Miacola e Chiara Polito

**L'UOMO E
LA COPPIA**



La coppia di fronte alla procreazione medicalmente assistita (PMA): aspetti psicologici, sessuali e relazionali

di Melinda Ravagnan*

La coppia infertile decide di ricorrere alle tecniche di PMA spinta dal forte desiderio di un figlio, ed è in nome di tale desiderio che affronta un lungo e difficile viaggio costellato da esami diagnostici, terapie e procedure più o meno invasive sul proprio corpo. Il motivo che spinge la coppia a scegliere la soluzione della PMA è il mantenimento di un vincolo biologico, il desiderio di poter sentire il figlio come proprio e vederlo crescere con tratti familiari.

Secondo la definizione clinica dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), è appropriato parlare di infertilità quando, malgrado regolari rapporti sessuali non protetti, in una coppia non avviene concepimento entro un periodo di un anno o più.

L'aumento del fenomeno e del ricorso alla PMA negli ultimi anni ha portato alla luce la connessione tra infertilità e problematiche psicologiche sia direttamente legate alla difficoltà a procreare sia all'impatto delle cure o di altri percorsi di genitorialità. I dati indicano un effetto importante sull'umore, sul benessere dei due partner e della coppia. Le esperienze emotivo-affettive e le modalità individuali di adattamento all'infertilità e al suo trattamento possono variare, ma la letteratura è unanime nel ritenere indispensabile che l'intervento medico sia affiancato in ogni fase del programma da un supporto psicologico di pari importanza. La sintomatologia psicologica, che molto frequentemente si osserva in relazione alla scoperta dell'infertilità, si manifesta principalmente con un aumento dei livelli di depressione e ansia. Accanto a un aumento dell'ansia e della depressione si osservano: esperienze di forte desiderio e sensazione di perdita irreparabile, sentimenti di inferiorità, senso di fallimento, colpa, vergogna, abbassamento dell'autostima, paura di rimanere soli e senza famiglia, senso di perdita di identità, sentimenti di disvalore. La capacità di adattarsi allo stress legato all'infertilità dipende in gran parte dalle strategie di coping adottate da entrambi i par-

tner; quelle cui ricorrono le coppie con infertilità vengono generalmente classificate in quattro gruppi: confronto attivo, evitamento attivo, evitamento passivo e ricerca di un senso. In termini di adattamento emotivo la più favorevole sembra essere la ricerca di un senso. Nella coppia infertile il rapporto sessuale ha la sola finalità di fare un figlio con la conseguente de-erotizzazione, perde la funzione ludica e la spontaneità, diventa meccanico e si ha una "medicalizzazione" del rapporto. Nella coppia subentra una diminuzione dell'interesse sessuale, della frequenza dei rapporti, della soddisfazione sessuale, si possono sviluppare disfunzioni sessuali in tutte le fasi del ciclo di risposta sessuale (desiderio, eccitazione, orgasmo) e dolore durante il coito. A ciò può subentrare un senso di inutilità e inadeguatezza del proprio corpo. Di conseguenza, tra i partner può manifestarsi una progressiva alterazione della comunicazione, forti conflitti, rabbia, colpa reciproca, può subentrare una alterazione dei rapporti di forza a favore del partner fertile. Per tutti questi motivi, si ritiene estremamente importante nel contesto della PMA dare spazio alla coppia nella sua totalità, focalizzandosi parallelamente al suo disagio fisico e psicologico, per sostenerla in tutte le sue necessità.

Abbiamo indicazioni, sufficientemente supportate dai dati, che la psicoterapia può sia migliorare i tassi di fertilità (cioè aumentare la probabilità che arrivi un figlio, soprattutto tra pazienti che si sottopongono a PMA), sia migliorare il disagio psicologico. Questo è vero soprattutto per gli interventi basati sulla Psicoterapia Cognitivo Comportamentale (CBT), basata sulla ricerca, validata empiricamente e con una notevole quantità di studi scientifici a sostegno della sua efficacia, e per quelli basati sul corpo, tra cui la mindfulness.

La CBT è un approccio psicoterapico che sta assumendo il ruolo di trattamento psicologico d'elezione per la maggioranza dei problemi psicologici e psichiatrici.



*Psicologa Psicoterapeuta Sessuologa



Le disfunzioni sessuali nell'infertilità maschile in attesa di pratiche di fecondazione assistita

di Elena Vittoria Longhi*

La disfunzione sessuale e l'infertilità sono un binomio spesso sottostimato durante un percorso di procreazione assistita. Tuttavia, laddove esiste, può compromettere non solo la gestione clinica ma anche la salute fisica e psicologica del singolo e della coppia. Valutando la ricerca scientifica di questi ultimi anni, emerge sempre più chiara la correlazione tra disfunzione sessuale e infertilità: clinici e pazienti dovrebbero valutare parallelamente la qualità sessuale della coppia, la genetica e lo stato di stress che l'iter medico comporta per un tempo prolungato.

La ridotta fertilità maschile contribuisce ad almeno il 50% dei casi di infertilità di coppia. L'azoospermia si riscontra nell'1-2% della popolazione maschile. Nell'iter diagnostico possono essere presi in considerazione fattori genetici, endocrini e legati allo stile di vita. Gli spermatozoi possono essere recuperati chirurgicamente in molti casi di azoospermia, aspermia e casi difficili di eiaculazione retrograda. Tali spermatozoi possono essere utilizzati per l'iniezione negli ovociti delle partner femminili mediante iniezione intracitoplasmatica di sperma. Il trattamento con l'ormone follicolo-stimolante è indicato solo nell'ipogonadismo ipogonadotropo. L'infertilità è anche un problema psicologico, relazionale, mentale e di relazione sociale. Condiziona tutti gli aspetti della vita, mette in discussione i legami affettivi e relazionali della coppia. Negli anni la ricerca Clinica, pur con grandi meriti, ha privilegiato le tecniche genetiche, rischiando di trascurare l'aspetto mentale dell'individuo e della coppia. L'OMS ha riaffermato il diritto di una salute fisica e mentale, come coadiuvanti di una adeguata qualità di vita nell'individuo e nella coppia. L'esperienza clinica ha mostrato nei singoli forte stress, sensi di colpa, inadeguatezza, ansia e depressione, conflitti interni di coppia, una sessualità meccanica secondo un calendario imposto dai protocolli di fecondazione medicalizzata. Aggressività e rancore fra i coniugi quando i tentativi di fecondazione sono risultati negativi. Uomini e donne mostrano fragilità emotive e spesso la coppia non regge al confronto con i medici e le terapie. Parliamo di 186 milioni di individui che vivono con infertilità a livello globale, su 48 milioni di coppie a livello mondiale. Le donne mostrano infertilità per il 40%-55% dei casi, mentre gli uomini annoverano un 20%-40%

MA LUI, COSA PENSA?

Se intervistassimo questi pazienti dal punto di vista psicosessuologico manifesterebbero: senso di colpa per obbligare la partner a terapie ormonali, sulle quali grava il pericolo che intacchino la salute della donna; disturbi dell'eiaculazione almeno da 1-2 anni prima di decidere per una terapia chirurgica dell'infertilità; comportamenti assenti o poco disponibili affettivamente della partner nella quotidianità; pensieri ossessivi del paziente in caso di fallimento fecondativo e sicura fine del matrimonio (paura di separazione); anedonia verso la sessualità in genere, la socializzazione, la rete di parenti e amici; senso di inadeguatezza nei confronti della partner, del proprio corpo, e nel confronto con altri uomini; disturbi del sonno, errori frequenti sul lavoro, scarse energie fisiche negli sport praticati.

Ma non è tutto.

La letteratura scientifica degli ultimi cinque anni ha concluso che l'età avanzata del partner maschile è associata a un volume dello sperma, una motilità degli spermatozoi e una morfologia inferiori, ma non è stato notato alcun cambiamento nella concentrazione degli spermatozoi. Questa revisione ha rilevato che l'età avanzata maschile ha influenzato negativamente la fertilità, in particolare negli uomini di età superiore ai 50 anni.

E' intuibile che un'evenienza del genere mortifichi entrambi i membri della coppia e soprattutto ingeneri una sensazione di colpa da parte maschile. L'esito impreveduto di una fertilità stroncata sul nascere, con un aborto di Lei, manifesta apertamente l'inadeguatezza del partner, il rimorso per essere stato causa di una vita stroncata sul nascere.

Difficile in queste coppie superare l'infertilità, il fallimento, l'aborto e una prospettiva di vita a due. Le disfunzioni sessuali maschili che scaturiscono dopo simili esperienze sono una chiara attestazione, da parte del partner, di assoluta responsabilità e condanna. Un modo per proteggere la partner e renderla estranea al fallimento.

Alcuni studi inoltre hanno mostrato che l'abuso di sostanze sia correlato a problemi di salute mentale, soprattutto negli uomini infertili. Ad esempio, l'uso di cannabis spesso precede la depressione e il comportamento suicidario. Come l'uso persistente di più sostanze è particolarmente più elevato negli uomini dopo un fallimento procreativo.

QUESTIONARI DI RICERCA

Detto ciò, appare necessario valutare l'impatto dell'infertilità sulla qualità di vita: tre gli strumenti più comunemente utilizzati per valutare la qualità di vita dei singoli e della coppia, Fertility Problem stress (FPS-4), Fertility Quality of Life (5) e Fertility Problem Inventory.(6) Non ultimo, spesso si associa anche FPI, un questionario self-report che esamina l'impatto dello stress correlato all'infertilità. La ricerca clinica ha dimostrato che l'infertilità è spesso una lotta silenziosa che la coppia vive in totale solitudine. Nessuna condivisione con i genitori, i fratelli, gli amici. Nell'isolamento gli individui mostrano comportamenti simmetrici, critici, astiosi, depressivi e spesso privi di controllo emotivo. La coppia diventa una cassa di risonanza di rancore e amore: non stupisce che il loro malessere sia stato confrontato con l'umoralità dei pazienti oncologici alla prima diagnosi. Non è un caso che di fronte a tale complessità, le percentuali di successo delle tecnologie di riproduzione assistita siano relativamente costanti con circa il 25% dei nati vivi per ciclo, che si verificano entro i 35 anni, dopodiché diminuiscono drasticamente. Questo tasso di successo sembra auspicabile, ma significa anche che il tasso di fallimento è di circa il 75%, il che è angosciante per le persone che sopportano pesanti costi finanziari e psicologici per questi trattamenti. Pertanto, molte coppie non continuano il trattamento quando non viene raggiunto un risultato ragionevole.

*Psicologa psicoterapeuta, U.O. Urologia, IRCCS San Raffaele-Università Vita & Salute

Ma perchè smettono i trattamenti?
Quanti di questi pazienti vengono preparati a esiti differenti dalle aspettative?
Quando viene chiesto alle coppie: <E se il figlio non arrivasse?>
In quel caso ci renderemmo conto che le coppie mostrano un desiderio univoco: avere un figlio. La possibilità che tante energie impiegate non diano esito positivo viene escluso a priori.
Le linee guida del OMS e NICE nel Regno Unito raccomandano che le coppie vengano assistite psicologicamente nelle loro scelte e vengano poste di fronte a obiettivi fattibili (National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2004).

LE PIU' FREQUENTI DISFUNZIONI SESSUALI

E che dire della sessualità della coppia in attesa di un trattamento di fecondazione assistita, nel corso o a seguito di esso?
Basta osservare la Tabella 1 dell'American Psychiatric Association.

Tipo di disturbo	Uomini	Donne
Desiderio	Disturbi del desiderio sessuale ipoattivo maschile	Disturbo dell'interesse/eccitazione sessuale femminile
Risveglio	Disturbo erettile	Disturbo dell'eccitazione sessuale femminile
Orgasmo	Eiaculazione ritardata, eiaculazione precoce (precoce).	Disturbo dell'orgasmo femminile, anorgasmia
Dolore	Penodinia, scrotodinia	Disturbo del dolore/penetrazione genito-pelvica, vaginismo

CONCLUSIONI

Resta da precisare che il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie descrive l'infertilità come l'incapacità di concepire dopo adeguati rapporti sessuali non protetti per un anno o più per le donne sotto i 35 anni e per sei mesi o più per le pazienti sopra i 35 anni, mentre gli uomini rimangono fertili fino a tarda età. La fertilità nelle donne raggiunge il suo picco tra l'adolescenza e i primi trent'anni e successivamente diminuisce con l'età, con un declino più rapido dopo i 35 anni. Per le persone sulla quarantina, l'American Society of Reproductive Medicine afferma che la probabilità media di una gravidanza è di circa il 5% per ogni ciclo. Tuttavia, il numero di persone che rimangono incinte dopo i 40 anni aumenta ogni anno, in gran parte a causa della crescente diffusione delle procedure di tecnologia di riproduzione assistita (ART). Forse, un iter clinico che prevedesse incontri con lo psicosessuologo potrebbe risparmiare a molte coppie false speranze, sofferenza, inadeguatezza e una sessualità critica o assente. Molte coppie, infatti, dopo alcuni fallimenti nelle procedure di fertilità assistita, vivono la sessualità come un'esperienza da escludere o da vivere sporadicamente, non senza problemi.





La coppia infertile: come gestire i problemi di lui?

Di Fabrizio Scropo* 

L'infertilità, definita come incapacità della coppia di ottenere il concepimento entro 12 mesi di rapporti liberi privi di qualsiasi metodica anticoncezionale, è problema di vasta rilevanza epidemiologica, clinica e sociale che riguarda oltre il 15% delle coppie ed il partner maschile ne è responsabile nel 30-50% dei casi. Anomalie congenite quali il criptorchidismo, infezioni del tratto urogenitale, disturbi endocrini, varicocele ed alterazioni genetiche sono alcune tra le cause più frequenti di infertilità maschile. Ad oggi, però, nonostante gli importanti progressi della medicina e della biologia della riproduzione umana, l'infertilità maschile rimane idiopatica, vale a dire senza ragione apparente, nel 30-40% dei casi. Il dato è fonte di qualche imbarazzo, sia per l'andrologo, che si trova costretto in questi casi all'utilizzo di terapie su base empirica o ad avviare la coppia verso percorsi di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), che per i pazienti che non trovano risposte del tutto esauritive a spiegare il perché della loro ridotta fertilità. A complicare ulteriormente il quadro si aggiunge l'aspetto sociologico relativo all'età, sempre più avanzata, nella quale le coppie formulano la richiesta di genitorialità, con ripercussioni negative sul piano individuale e relazionale, inevitabilmente correlate all'ansia di ottenere un risultato tutt'altro che scontato: la paternità. La necessità di pianificare i rapporti sessuali con conseguente riduzione della spontaneità del piacere sessuale contribuisce all'insorgenza delle disfunzioni sessuali nella popolazione maschile e, mentre la PMA consente a molte coppie infertili di raggiungere una gravidanza, il processo terapeutico affrontato dalla coppia comporta un forte stress psicologico che può incidere sulla qualità della vita, sulla relazione e sulla sessualità della coppia.

In particolare, disfunzione erettile, desiderio sessuale ipoattivo e disturbi dell'eiaculazione sono di frequente riscontro nel maschio infertile con una prevalenza variabile tra l'8 e l'85%. Le cause sono in gran parte funzionali, ascrivibili a sentimento di inadeguatezza, rischio maggiore di depressione e peggioramento della qualità di vita, ma non sono da escludere fattori di natura organica dal momento che sessualità e riproduzione risultano fisiologicamente interconnesse.

Alcuni Autori non solo hanno documentato una maggiore incidenza di difficoltà erettive in maschi infertili rispetto a una popolazione di controllo, ma hanno anche osservato come tali difficoltà correlino con la severità delle alterazioni seminali con massima incidenza in soggetti azoospermici. È stato anche osservato come, in presenza di comorbidità ed in ragione del loro numero, la funzione endocrina, segnatamente in riferimento alla concentrazione di testosterone, risulti ridotta, come pure la concentrazione di spermatozoi (3). Maggiormente nello specifico alcuni difetti neurologici possono causare infertilità maschile in conseguenza di disfunzione erettile, disfunzione eiaculatoria ed anomalie seminali. Tra le cause più frequenti troviamo gli esiti di chirurgia pelvica e retroperitoneale, il diabete, anomalie spinali congenite, sclerosi multipla e lesioni midollari. Di rilievo l'esistenza di fattori di rischio comuni per la disfunzione erettile e l'infertilità maschile quali il fumo in ragione delle dipen-

dente, l'assunzione di cannabis, abitudine più frequente in età riproduttiva, e l'eccessiva assunzione di alcolici. In tutti questi casi risulta ampiamente documentata una relazione peggiorativa dei cosiddetti parametri seminali standard quali concentrazione, motilità e morfologia degli spermatozoi come pure una maggiore incidenza di disfunzione erettile prevalentemente in relazione ad aspetti di natura vascolare ed endocrina. Altro elemento significativo ad accumulare infertilità e disfunzione erettile è l'obesità: anche in questo caso l'elemento pregnante è il danno metabolico e la riduzione della testosterone correlato all'attività aromatasica degli adipociti, dovendosi rimarcare che, nei soggetti obesi, il danno alla fertilità non sarebbe dovuto a parametri seminali standard deteriorati, quanto piuttosto ad una alterazione della funzione degli spermatozoi come conseguenza di danni al loro DNA, maggiormente frammentato, con ripercussioni negative anche sui tassi di nati vivi in cicli di PMA.

Esiste, pertanto, la necessità di una visione olistica del maschio della coppia infertile che comprenda, accanto ad indagini laboratoristiche e strumentali effettuate a scopo diagnostico, una profonda attenzione a indagare storia medica, valutazione della funzione sessuale e stili di vita dei pazienti al fine di orientare percorsi specifici a misura del singolo paziente. I giovani maschi devono essere informati che uno "stile di vita sano" senza fumo, malattie sessualmente trasmissibili e senza malattie metaboliche come diabete e obesità può avere un effetto positivo non solo sulla loro salute generale, ma anche sulla fertilità e sulla loro sessualità. È auspicabile che tra i compiti dell'andrologo nel Centro di PMA non vi sia unicamente quello di "accertare l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione", ma anche quello di intervenire, eventualmente affiancato dallo psicosessuologo in casi selezionati, affinché le disfunzioni sessuali maschili non rappresentino un ulteriore carico emotivo ad aggravare le difficoltà della coppia.



*Psicologo psicoterapeuta, CIS



Coppie Miste: verso una società plurale

Di Walter Lagatta e Giuliana Proietti* 

Nel mondo occidentale le coppie miste sono ormai ampiamente accettate rispetto al passato, ma molte persone non si rendono conto di quanto sia stato lungo e difficile questo cammino di civiltà. Ancora oggi, le coppie miste si trovano ancora ad affrontare pregiudizi, razzismo e odio da parte delle loro famiglie e della comunità, anche se nuove statistiche fanno ben sperare. Negli Stati Uniti, nel 1958, solo il 4% degli americani approvava il matrimonio tra individui bianchi e neri: questa cifra è balzata all'87% nel 2013 e nel 2021, il numero aveva raggiunto il 94%. Del resto, negli Stati Uniti, già nel 2015 una persona sposata su dieci aveva un coniuge di etnia diversa. Anche in Italia le coppie miste sono ormai diventate molto comuni: i matrimoni misti (in cui uno sposo è italiano e l'altro straniero) ammontano a oltre 18 mila e quasi i tre quarti di essi riguardano coppie con sposo italiano e sposa straniera (pari al 7,6% delle celebrazioni a livello nazionale nel 2021). Le donne italiane che hanno scelto un partner straniero sono solo 4.595, il 2,5% del totale delle spose. Nel 2021, le spose straniere degli italiani erano nel 19,2% dei casi cittadine rumene, nel 13,2% dei casi ucraine e russe per il 7,1%. Le donne italiane che hanno contratto matrimonio con un cittadino straniero hanno più frequentemente sposato un uomo di cittadinanza marocchina (12,1%) o albanese (9,7%). Queste relazioni, che implicano culture e modi diversi di vivere, richiedono un certo grado di apertura mentale e capacità di adattamento. Ogni individuo porta con sé un insieme di valori, credenze e tradizioni, che riguardano il modo in cui hanno vissuto nella loro vita, il modo di fare le cose nelle loro famiglie e i valori che hanno imparato di conseguenza. In una coppia mista, c'è maggiore probabilità che questi valori, credenze e tradizioni siano diversi. Ad esempio, le celebrazioni delle festività, in alcune culture potrebbero considerare il lato materialistico di ogni festività, mentre in altre potrebbero considerare significativo il lato spirituale. Le coppie miste devono dunque essere disposte e aperte a provare nuovi cibi e modi di cucinare, imparare nuove lingue e terminologie, essere aperte a particolari stili di abbigliamento. Per questo motivo il dialogo, all'interno della coppia, sulle differenze culturali e sulle ragioni di queste differenze deve essere portato avanti continuamente. La coppia mista può essere anche oggetto di discriminazione e razzismo: alcune coppie possono rispondere ignorando le offese ricevute e prendendo le distanze dagli altri, mentre altre possono sforzarsi di aprire linee di dialogo. Non stupisce dunque, che le coppie miste abbiano una percentuale di divorzi più elevata rispetto ai matrimoni fra persone della stessa etnia. In particolare, il matrimonio di donne bianche con uomini neri sembra avere la maggiore probabilità di divorzio, con una probabilità 1,62 volte più alta di divorziare rispetto alle coppie bianche della stessa etnia. La ricerca evidenzia che coppie che hanno un alto livello di interdipendenza nella loro relazione cercheranno di sostenersi nel prendere decisioni di interesse reciproco. Questa interdipendenza aumenterà la soddisfazione coniugale e diminuirà le possibilità di divorzio. In effetti, anche i dati statistici italiani sulle separazioni e sui divorzi evidenziano che le coppie miste vanno incontro alla separazione più precocemente delle altre: la durata media della convivenza

coniugale prima della separazione è di 9 anni, contro i 14 delle coppie formate da italiani; la durata media del matrimonio, prima del divorzio è di 13 anni, a fronte dei 17 registrati per le coppie italiane. Inoltre, tra il 2001 ed il 2006 si registra una crescita del 42% nel numero delle separazioni delle coppie miste, mentre per le coppie della stessa cittadinanza l'aumento è del 3,2%, con un'incidenza maggiore, per le miste, di procedimenti contenziosi nella separazione rispetto alle coppie della stessa nazionalità.

Concludendo, quando si parla di coppie miste, per resistere esse debbono imparare a superare lo stigma sociale, non devono temere di contaminare le proprie identità personali lasciandosi influenzare da credenze e stili di vita diversi ed imparare a vivere la differenza come una risorsa e come un arricchimento, facendo in modo che in esse si cresca potendo attingere a due diverse lingue, culture e tradizioni.



*Psicologo psicoterapeuta, CIS



Economia d'amore: quando la coppia affronta problemi economici

Sara Negrosini*

SOLDI, AMORE E EDUCAZIONE FINANZIARIA

"L'amore e il denaro sono come due facce della stessa medaglia: entrambi necessari per una vita equilibrata."

Niccolò Ammaniti

L'amore e il denaro sono forse i principali temi che muovono la nostra vita e le nostre scelte. Spesso l'amore è fatalmente attratto dal denaro e dal benessere che ne consegue. Entrambi, però, si attraggono solo quando si trovano in perfetta armonia; si respingono quando, invece, si contrappongono o non coincidono. I problemi economici, infatti, sono uno dei motivi scatenanti di grandi crisi di coppia e di perdita della sintonia tra i partner. In questo momento storico dovuto alla crisi economica, conseguente la pandemia Covid e dai conflitti mondiali, i problemi economici incidono significativamente nella vita di ogni coppia. Problemi che spesso non dipendono solo dai partner e da una cattiva gestione delle finanze ma da un "imprevisto" sociale, che purtroppo molte coppie e famiglie stanno affrontando. Le difficoltà economiche possono portare a discussioni su come gestire le finanze familiari, a disagi legati al lavoro e alla perdita di sicurezza finanziaria, aumentando il rischio di conflitti e separazioni. Nella attuale società, nella maggioranza dei casi, entrambi i partner lavorano (sia uomini che donne), sono economicamente indipendenti e pensano in maniera individuale. Tuttavia, collaborare nelle questioni finanziarie di una coppia non è sempre facile. Una coppia, di qualsiasi orientamento sessuale e che decide di costruire un futuro comune, dovrebbe coordinarsi su quanto e come spendere e risparmiare. Quando due partner crescono in famiglie con tradizioni finanziarie differenti e/o convinzioni opposte sull'importanza da attribuire al denaro, la possibilità di litigare su come gestire il patrimonio è molto frequente.

DIFFICOLTA' ECONOMICA IN COPPIA: le situazioni tipiche Le problematiche legate all'economia di coppia possono portare ad una crisi e/o alla chiusura di quella relazione. Lo conferma una ricerca pubblicata sulla rivista accademica Couple and Family Psychology, che ha indagato i motivi più frequenti di divorzio. Il 36,7% del campione ha riportato i problemi economici come principale motivo di rottura della relazione.

Varie sono le situazioni di disagio che si possono frequentemente incontrare:

- mancanza o perdita del posto di lavoro e condizioni di precarietà economica
- disparità salariale
- non si sceglie il divorzio perché troppo costoso: la convivenza per comodità
- avere un approccio differente della gestione del denaro
- avere priorità finanziarie differenti
- "infedeltà" finanziaria
- mancanza di confronto sulla gestione del denaro
- maggiori spese impreviste

Quando si vivono problemi economici subentrano:

- ansia e stress
- frustrazione
- desiderio di evasione
- perdita di autostima
- senso di inadeguatezza
- reputarsi incapaci come partner e/o genitore
- disturbi del sonno
- attacchi di ira
- disturbi psicosomatici

PROBLEMI ECONOMICI NELLA COPPIA: ASPETTATIVE MANCATE E POSSIBILI STRATEGIE DI INTERVENTO

Secondo uno studio condotto da ricercatori della Brigham Young University, le crisi di coppia legate a problemi economici dipenderebbero più dalla percezione soggettiva che dalla reale entità delle difficoltà economiche; hanno dunque più a che fare con le aspettative della coppia che con le sue reali condizioni economiche.

Lo studio, pubblicato sull'ultimo numero del Family and Consumer Sciences Research Journal rileva che l'insoddisfazione per la situazione di coppia in caso di problemi finanziari è tanto più elevata quanto maggiori erano le aspettative di benessere economico legate al matrimonio/relazione.

Affrontare queste situazioni di disagio economico non è sicuramente facile. Alcune coppie possono, però, trovare modi per affrontare insieme le sfide economiche, rafforzando così il loro legame. Ciò che si può fare è provare a restare uniti, tentando quanto più possibile un lavoro di squadra, attraverso una buona comunicazione basata sul rispetto, l'ascolto e la trasparenza. Molto utile comunicare al proprio partner quali siano i propri obiettivi economici e quali paure vive riguardo alla gestione del denaro. Comprendere le posizioni di entrambi può aiutare a stabilire delle regole. In questo modo si evitano i conflitti e si pongono le basi per una gestione sana del denaro comune. Una buona comunicazione è essenziale per gestire i conflitti che derivano da problemi economici singoli o di coppia. Parlando apertamente è possibile affrontare ansie, disagi, risentimenti o altre emozioni spiacevoli causate dalle crisi economiche.

Gli ingredienti chiave sono dare priorità a una comunicazione aperta, fare i conti con le reciproche prospettive finanziarie e trovare opportunità di compromesso. Solo così le coppie possono iniziare a costruire insieme un futuro finanziario equo, con o senza disparità economica. Comprendere e riconoscere i contributi non economici può aiutare entrambi i partner a sentirsi apprezzati e parte integrante di un sistema familiare.

La coppia deve, dunque, imparare a scendere a compromessi e a comunicare di più per poter costruire un progetto comune.



Vergogna e potere sessuale maschile

di Gabriele Optale* 

Il sentimento di vergogna che spesso coinvolge emotivamente gli uomini affetti da una disfunzione sessuale è tale da incrinare l'idea radicata in alcuni maschi riguardante il desiderio di esercitare una sorta di potere sessuale sulla donna. L'equivoco consegue dalla concezione di un potere di cui si possa godere grazie a un rapporto sessuale basato su una performance sessuale soddisfacente, o almeno così giudicata da colui o colei che ne diviene oggetto. Ma da dove potrebbe trarre origine questo desiderio di esercitare un potere sessuale sull'altro?

Una possibile ipotesi razionale l'ha suggerita J. Bowlby, che analizza lo spazio collusivo entro il quale si determinano due dinamiche di coppia che hanno origine da due schemi di attaccamento: il primo di evitamento e il secondo di resistenza angosciosa. Questi due schemi potrebbero venir indotti fin dai primi mesi di vita da una figura materna a volte disponibile, altre volte, non solo assente fisicamente, ma psicologicamente centrata su se stessa e spesso ignara dei bisogni del bambino.

Lo schema di evitamento angoscioso può condurre in età adulta verso una scelta centrata sul potere sull'altro, spesso non coinvolgente dal punto di vista affettivo. Lo schema di resistenza angosciosa potrebbe invece condurre alla scelta di un partner su cui "appoggiarsi" totalmente. I due schemi nascono in due aree, complementari tra di loro, quella del "Potere" e quella della "Dipendenza".

Ma non sussiste alcun autentico rapporto dove c'è, da una parte, una persona che detiene un potere reale e, dall'altra, una persona in uno stato di dipendenza reale. Si tratta di un rapporto che possiamo definire di tipo complementare e, nella misura in cui i bisogni di entrambi vengano soddisfatti, può essere anche sessualmente del tutto soddisfacente. L'illusione di potere, come meccanismo di difesa dall'angoscia, provocata dalla paura dell'essere abbandonati nascerebbe nel momento in cui il bambino riconosce nella presenza o nell'assenza della madre la fonte delle due emozioni primarie: il piacere e la mancanza. Secondo Jole Baldaro Verde, se la sopravvivenza e il soddisfacimento dei propri bisogni sono legati soltanto al comportamento della onnipotente figura materna, il bambino, percependo un pericolo, tenta di negare la propria dipendenza ricorrendo, per consolarsi, all'uso di un "oggetto transizionale", che attivamente persegue.

Questi oggetti che Winnicott D.W. sostiene appartenere a un'area intermedia tra l'erotismo orale e la vera relazione d'oggetto, attivano la fantasia e permettono di spostare il piacere legato alla relazione verso un piacere legato alla propria creatività. Sull'oggetto transizionale il bambino ha realmente potere e pertanto esso riveste grande importanza sia sulla linea erotica sia su quella cognitiva dello sviluppo psicosessuale. Il potere reale lo si acquisirebbe solo da adulto, dopo aver investito la libido sulle proprie capacità e ritenendo di poter fare a meno di una relazione affettiva. Nel maschio la virilità (dal latino vis = forza) è un tratto fondamentale dell'identità, in quanto sentirsi uomini vuol dire immaginarsi virili in storie che ne confermino l'identità.

L'identità sessuale del maschio di oggi poggerebbe soprattutto su un potere sessuale caratterizzato primariamente da una valida erezione associata alla capacità di po-

ter controllare la relazione sessuale. Ovviamente gli uomini che hanno impostato la loro vita sul potere nel momento in cui il potere viene incrinato da fattori obiettivi dai quali è conseguito un offuscamento dell'immagine virile si trovano ad affrontare una crisi che li può portare anche alla depressione. Il periodo della cosiddetta andropausa, dove si verifica un calo fisiologico di prestanza fisica, è un arco di tempo particolarmente a rischio, dove a volte è meglio intervenire preventivamente con un corretto supporto farmacologico e magari anche con un counselling psicosessuale. Infatti il vissuto maschile di una *défaillance*, o comunque di un insuccesso, può presentarsi come un importante disagio tale da modificare anche l'umore e l'armonia nei rapporti non solo all'interno della coppia ma anche nelle relazioni di tutti i giorni.

Il disagio che si viene a creare allorché si presenta un disturbo sessuale o semplicemente il sentirsi non adeguati alle aspettative dell'altro può spingere il maschio ad allontanare anche le tenerezze nel rapporto di coppia, per timore di dover affrontare la prova sessuale, vissuta in queste circostanze con l'incubo del fallimento e potrebbe anche aver alimentato la tendenza a consultare internet invece di rivolgersi a specialisti con una consultazione diretta.

Il medico di medicina generale viene consultato tardivamente, o comunque evitato a lungo, e il motivo per cui solo una parte dei casi viene sottoposta tempestivamente all'attenzione dello specialista sembra spesso conseguire dal senso di vergogna che affligge gli individui colpiti da questi disturbi. Una conferma della fondatezza di tale ipotesi ci viene dal notevole successo commerciale di prodotti che non richiedono la prescrizione medica.

Molte sono le patologie e le componenti psicologiche che possono favorire l'instaurarsi di un vissuto di vergogna associato ad un calo del self-esteem.

Quando ho dato il mio contributo come medico volontario in Burkina Faso (la terra degli uomini integri) presso la "Clinique El Fateh-Suka" a Ouagadougou, paese dove c'è una importante prevalenza di malattie sessualmente trasmesse, ho constatato che i maschi spesso rifiutavano sia l'uso del condom sia di sottoporsi a dei test di laboratorio preventivi per tali malattie, perché l'utilizzo del condom o il sottoporsi agli accertamenti significava per loro dare una immagine di non integrità fisica di se stessi.

Di fatto constatiamo che fattori soggettivi e oggettivi si condizionano a vicenda e che una componente psicogena è solitamente presente, anche quando la causa primaria della disfunzione è organica, e che tale situazione origina un circolo vizioso col quale deve misurarsi il medico e lo psicologo, dato che il nostro benessere psicologico è strettamente legato a quello fisico, e viceversa.

Sulla base di quanto ho esposto, e di quest'ultima considerazione, ritengo che qualsiasi terapia che non affronti anche il riequilibrio psicosessuologico maschile e quello all'interno della relazione di coppia non possa considerarsi completa.

*Specialista in Ginecologia, Psicoterapeuta certificato S.I.A. e FECSM



La sessualità nella coppia omosessuale

di Luca Mongelli* 

Il fervore della ricerca scientifica, nell'ambito della sessualità umana, ha storicamente affrontato prevalentemente le dinamiche legate agli uomini che hanno rapporti sessuali con le donne (MSW). In tale contesto, la salute sessuale degli uomini che intrattengono relazioni con altri uomini (MSM) ha spesso ricevuto attenzione limitata, con un'accentuata focalizzazione sulla trasmissione del virus dell'immunodeficienza umana (HIV), e tralasciando alcuni aspetti fondamentali per la valutazione della funzionalità sessuale. Rispecchiando le dinamiche presenti nei rapporti eterosessuali, anche all'interno delle relazioni omosessuali si delineano spesso ruoli sessuali ben definiti. Tradizionalmente, si individua un partner che assume un ruolo ricettivo (tipicamente associato al ruolo femminile nelle interazioni eterosessuali) e un partner che assume un ruolo insertivo (corrispondente all'archetipo maschile nei rapporti eterosessuali). Tuttavia, nei rapporti omosessuali, la pratica della penetrazione non è necessariamente la norma, e quando avviene, i ruoli sessuali possono essere statici o fluidi.

Emergono quindi configurazioni in cui un individuo può adottare principalmente un ruolo insertivo ("top"), un ruolo recettivo ("bottom"), oppure entrambi, conosciuti rispettivamente come "versatile" o mediante la pratica dell'alternanza dei ruoli. Queste dinamiche possono essere soggette a mutamenti e adattamenti nel tempo, influenzati dalle preferenze individuali e dalle interazioni con i partner.

In contemporanea con il progresso tecnologico, si osserva una crescente adozione da parte degli MSM di applicazioni smartphone che facilitano incontri sessuali tramite la geolocalizzazione sociale, quali i social network. È emerso un uso significativo di queste piattaforme per incontrare nuovi partner sessuali, con una proporzione considerevole di praticanti di sesso anale non protetto (CAI). Tuttavia, oltre alla pratica del sesso senza preservativo, comportamenti sessuali ad alto rischio, come il sesso anonimo o di gruppo, unitamente a un numero crescente di partner sessuali, espone gli MSM a un elevato rischio di contrarre HIV e altre malattie sessualmente trasmissibili.

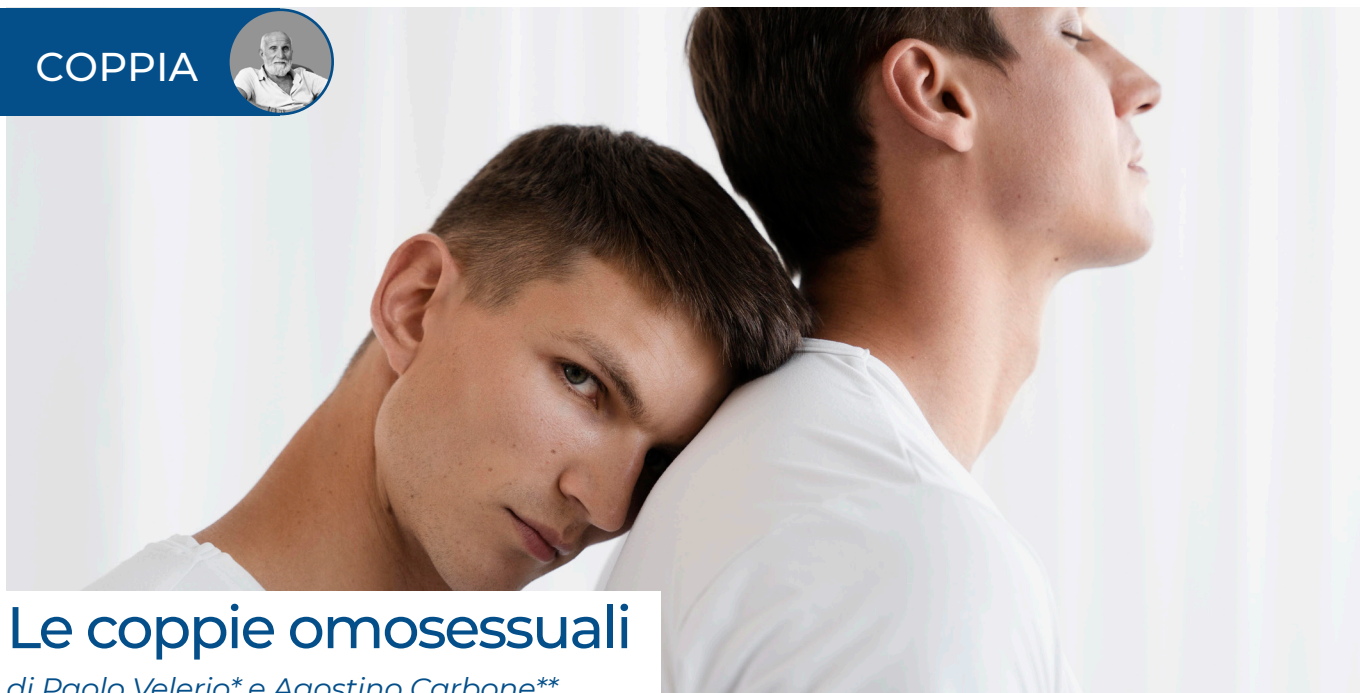
Nel panorama della letteratura scientifica, si evidenzia una carenza di strumenti di valutazione della funzionalità sessuale specificamente adattati per gli individui omosessuali. Merita considerazione il fatto che la penetrazione anale richiede un grado di rigidità peniena superiore rispetto a quella necessaria per la penetrazione vaginale, a causa del minore diametro dello sfintere anale e la maggiore tonicità delle pareti anali. Altresì, manca una scala di valutazione per l'eiaculazione precoce. Si definisce precoce l'eiaculazione che, con frequenza ricorrente o persistente, che viene raggiunta con minima stimolazione prima o poco dopo la penetrazione, in assenza di capacità di controllo volontario del paziente e che determina disagio nella persona affetta e nel partner. Nei rapporti eterosessuali viene valutato con lo IELT (tempo di latenza eiaculatoria intravaginale) che è il lasso di tempo che intercorre tra l'introduzione in vagina del pene e l'eiaculazione. Quando lo IELT risulta inferiore ad 1 minuto siamo di fronte ad eiaculazione precoce. Sorge dunque l'interrogativo se sia opportuno estendere la valutazione dello IELT anche agli MSM e definirlo come il tempo di latenza eiaculatoria intra-ale, ma sarebbe giusto

considerare sempre il minuto come limite superiore? O a causa delle differenze anatomiche andrebbe ridotto?

In conclusione, la comprensione delle dinamiche sessuali nelle relazioni uomo-uomo rappresenta un ambito di ricerca in continua evoluzione, fondamentale per la promozione della salute sessuale e la prevenzione delle malattie in questa popolazione. L'adozione di scale di valutazione dedicate e l'attenta considerazione delle specificità delle interazioni sessuali tra uomini costituiscono un punto di partenza cruciale per lo sviluppo di interventi efficaci e orientati al benessere sessuale dei MSM.



* Specializzando presso la U.O. di Urologia I dell' Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari



Le coppie omosessuali

di Paolo Velerio* e Agostino Carbone**

Le coppie omosessuali sono una realtà sempre più visibile e accettata nella società contemporanea. Il rapporto che i partner stabiliscono al loro interno è intriso di sfide uniche, ma anche di gioie e soddisfazioni. Questo breve saggio esplorerà diversi aspetti che riguardano le coppie omosessuali, analizzando le relazioni che si stabiliscono al loro interno, il ruolo da loro svolto nella società e le sfide che affrontano.

Innanzitutto, è fondamentale dichiarare che l'amore e l'affetto non conoscono barriere di genere.

Le persone che compongono una coppia omosessuale possono nutrire e ricambiare sentimenti profondi, basati sulla comprensione reciproca, sul rispetto e sull'affetto. Come accade ad ogni relazione, anche le coppie omosessuali possono attraversare alti e bassi, navigando tra momenti di intimità e momenti di conflitto. Tuttavia, la forza del legame emotivo aiuta a superare molte difficoltà. Le coppie omosessuali svolgono un ruolo significativo nella costruzione di comunità inclusive e diversificate. L'amore e l'impegno reciproco sfidano gli stereotipi e promuovono la tolleranza e l'accettazione della diversità.

Allo stesso tempo, è importante riconoscere che le coppie omosessuali possono subire discriminazioni e confrontarsi con ostacoli legali, soprattutto in contesti culturali o politici meno inclusivi.

Le questioni che le coppie omosessuali devono affrontare includono l'accesso a diritti legali, come il matrimonio e l'adozione, che possono variare da paese a paese. Queste disparità possono influenzare la stabilità e la sicurezza delle relazioni omosessuali, creando un ambiente di incertezza e stress aggiuntivo.

Le coppie omosessuali affrontano una serie di sfide uniche, spesso riflesse da norme sociali, discriminazioni e mancanza di riconoscimento legale. Una delle principali difficoltà è la discriminazione, dall'omofobia esplicita, alla mancanza di supporto da parte della famiglia e della comunità. Inoltre, molte coppie omosessuali devono affrontare l'assenza di diritti legali che le coppie eterosessuali danno spesso per scontati, come il matrimonio, l'adozione dei figli e l'accesso a servizi sanitari. Questa mancanza di riconoscimento legale può creare problemi finanziari e di sicurezza per le coppie omosessuali, che possono avere difficoltà a ottenere benefici fiscali o a fare accedere alle cure mediche il proprio partner. Anche le sfide legate alla genitorialità sono significative per le coppie omosessuali e molte persone sono

costrette a navigare in un labirinto di leggi e pregiudizi per avere accesso alla genitorialità. La lotta per l'uguaglianza e il riconoscimento dei diritti e di pari opportunità continua, ma il sostegno e la solidarietà all'interno della comunità delle persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender, queer - LGBTQ+ giocano un ruolo fondamentale nel superare le difficoltà.

L'Europa ha visto negli ultimi anni un progressivo avanzamento verso il riconoscimento di pari opportunità nei confronti delle coppie dello stesso sesso, come è di recente accaduto in Grecia, anche se questo ha attivato da parte della Chiesa Ortodossa, la richiesta di scomunica nei confronti dei deputati che hanno approvato il matrimonio tra persone dello stesso sesso. Questo cambiamento riflette una crescente accettazione sociale e politica della diversità e della pluralità delle relazioni umane. Con l'introduzione del matrimonio egualitario, le coppie omosessuali hanno guadagnato pieno riconoscimento legale delle loro relazioni, inclusi i diritti di adozione e di successione. All'interno dell'Europa paesi come l'Olanda, la Spagna, il Portogallo e molti altri, compresa l'Italia, anche se sotto forma di unione civile, hanno già legalizzato il matrimonio tra persone dello stesso sesso, offrendo un modello e un precedente per gli altri paesi europei dove questo non è ancora accaduto. Questo trend è in linea con i valori di uguaglianza, non discriminazione e riconoscimento di diritti umani promossi dall'Unione Europea e da numerose organizzazioni internazionali. Tuttavia, nonostante i progressi, rimangono sfide significative per le coppie dello stesso sesso in Europa. Alcuni paesi continuano a resistere al cambiamento e mantengono leggi discriminatorie che limitano i diritti delle persone LGBTQ+. C'è ancora molto lavoro da fare per eliminare le discriminazioni e garantire pieni diritti e protezioni per le persone LGBTQ+.

Nonostante le avversità, molte coppie omosessuali dimostrano una straordinaria resilienza e determinazione nel superare tali ostacoli. Le coppie omosessuali sono un esempio di amore e impegno che attraversa le barriere create dal genere e dall'orientamento sessuale. La loro presenza arricchisce le comunità e promuove valori di uguaglianza e inclusione. È fondamentale continuare a lavorare per garantire che le coppie omosessuali abbiano accesso agli stessi diritti e opportunità delle coppie eterosessuali, creando un mondo in cui ogni forma di amore è rispettata e celebrata.

*Professore Onorario di Psicologia Clinica, Università di Napoli Federico II,

**PhD, psicologo-psicoterapeuta, Docente di Psicologia dell'Educazione, Sapienza Università di Roma



La sofferenza della coppia nell'uomo operato di prostatectomia radicale

di Claudio Marino* 

In Italia, ogni anno, l'avanguardia della chirurgia robotica vede circa 24.000 interventi, con l'urologia che domina il campo con il 67% delle procedure. Tra queste, la prostatectomia radicale si distingue come soluzione primaria nel combattimento contro il carcinoma prostatico, il secondo tumore più comune tra gli uomini occidentali. La sua incidenza, in particolare, aumenta con l'età, raggiungendo l'apice intorno ai 70 anni. Negli ultimi decenni, le tecniche di screening avanzate hanno reso possibile una diagnosi precoce, incrementando le possibilità di una ripresa efficace dell'attività sessuale dopo l'intervento.

Tuttavia, negli ultimi decenni, l'evoluzione delle tecniche di screening ha permesso una diagnosi sempre più precoce del carcinoma prostatico. Questo significa che gli interventi chirurgici possono essere eseguiti in fasi più precoci della malattia, offrendo maggiori possibilità di successo e favorendo una ripresa più efficace dell'attività sessuale dopo l'intervento. Questo progresso non solo migliora le prospettive di guarigione, ma offre anche un sostegno significativo agli uomini affetti da questa patologia, consentendo loro di mantenere una buona qualità di vita anche dopo il trattamento chirurgico.

Nonostante i progressi tecnologici, l'intervento di prostatectomia radicale comporta significative complicanze, quali incontinenza urinaria e disfunzione erettile, che possono avere un impatto devastante sulla vita dei pazienti e sulla loro relazione di coppia. L'incontinenza urinaria, in particolare, è una condizione che varia in intensità da lieve a grave, influenzando in modo significativo l'autostima del paziente e la sua capacità di mantenere un'intimità fisica e emotiva con il partner.

La disfunzione erettile post-prostatectomia presenta un'incidenza variabile tra il 20% e l'80%, a seconda di numerosi fattori, tra cui la tecnica chirurgica utilizzata, l'età del paziente, e le condizioni pre-operatorie. Questa variabilità evidenzia la necessità di un percorso riabilitativo personalizzato, che dovrebbe iniziare immediatamente dopo l'intervento e coinvolgere attivamente il partner nel processo. Molto spesso, durante interventi come la prostatectomia radicale, si adottano tecniche chirurgiche avanzate, tra cui le tecniche di "nerve-sparing" o "anatomiche". Queste metodologie, caratterizzate da un approccio minimamente invasivo, sono mirate a preservare la funzione erettile. Tuttavia, il mantenimento dell'erezione dopo l'intervento chirurgico dipende da una serie di fattori che richiedono un'attenta valutazione prima dell'operazione.

I pazienti con erezioni normali prima dell'intervento hanno maggiori probabilità di recuperare completamente la loro funzionalità erettile rispetto a coloro che già presentavano problematiche di erettile prima di sottoporsi ad intervento chirurgico. L'età giovane e l'assenza di malattie come il diabete mellito sono associati ad una migliore funzione sessuale preoperatoria.

Durante il periodo postoperatorio, è consigliabile riprendere l'attività sessuale non appena possibile, comprendendo che le erezioni saranno inizialmente legate alla stimolazione sessuale e non spontanee. È importante comprendere

che le erezioni complete non saranno immediate, ma nel corso dei primi mesi postoperatori il paziente potrà notare un progressivo miglioramento. L'esercizio sessuale può favorire una più rapida ripresa delle erezioni.

L'uso di farmaci come noti con il nome di inibitori delle fosfodiesterasi può essere utile per sostenere l'erezione durante l'attività sessuale. Si suggerisce spesso un'assunzione regolare di tali farmaci per un periodo di tempo prolungato, indipendentemente dal desiderio di avere un rapporto sessuale, per favorire il recupero completo della funzione erettile.

Inoltre in assenza di una risposta soddisfacente, è possibile ricorrere a microiniezioni di farmaci vasoattivi all'interno del corpo cavernoso con lo scopo di favorire l'ottenimento dell'erezione.

In questa prospettiva, l'andrologo assume un ruolo chiave nel coordinare il percorso riabilitativo, fungendo da punto di raccordo tra i vari specialisti coinvolti, quali fisioterapisti, psicossessuologi, e altri professionisti della salute. È essenziale che i professionisti della salute, sotto la guida dell'andrologo, coinvolgano entrambi i partner nel percorso di riabilitazione, adottando un approccio olistico che consideri la coppia nella sua interezza. Questo approccio non solo mira al recupero della funzionalità fisica ma anche al ristabilimento dell'armonia e della complicità nella relazione. Parlare apertamente delle difficoltà e delle emozioni può aiutare la coppia a navigare insieme questo periodo difficile, rafforzando il legame e promuovendo un recupero più armonioso e integrato.

La prostatectomia radicale, pur offrendo una speranza di guarigione dal carcinoma prostatico, presenta sfide significative. La comunità medica e i pazienti devono riconoscere e affrontare queste sfide collaborando strettamente per garantire una ripresa completa che abbracci aspetti fisici, emotivi e relazionali. Attraverso il supporto, la comprensione e un percorso di cura condiviso, coordinato efficacemente dall'andrologo e supportato da un team multidisciplinare, è possibile superare le difficoltà legate all'incontinenza e alla disfunzione erettile, migliorando la qualità della vita per il paziente e il suo partner.



*Università Federico II, Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche, Napoli



“La notte è piccola per noi”: la nicturia, un disturbo urinario che mina la coppia.

di Francesco Gaeta* 

Al mondo non v'è niente più riposante di una notte trascorsa serenamente, da soli o in compagnia poco importa perché, ahinoi, le ore dedicate al riposo notturno sono sempre meno di quanto vorremmo che fossero noi logorati dalla vita moderna. Non a caso nel 1965, il mio anno di nascita, nel programma d'intrattenimento televisivo Studio Uno le gemelle tedesche Alice ed Ellen Kessler cantavano (un po' maliziosamente per i tempi...) che la “Notte è piccola” a ritmo di danza. Purtroppo, l'intrigante, o romantica, o tranquilla atmosfera notturna è spesso disturbata dalla nicturia, ovvero la necessità di urinare frequentemente di notte, e il continuo andirivieni tra il bagno e la stanza da letto ha quale effetto collaterale il disturbo del sonno del partner. Un periodo di sonno deve precedere e seguire l'episodio urinario per essere considerato uno svuotamento minzionale notturno. Alzarsi di notte per qualsiasi motivo diverso dal bisogno di urinare tecnicamente non è nicturia, ma uno svuotamento minzionale di convenienza. Questo anomalo stimolo notturno ad urinare è il risultato dell'alterato rapporto tra l'urina prodotta durante il sonno e la capacità di accumulo della vescica. Il volume minzionale decresce durante la notte e ne consegue che per un tempo di riposo medio di circa otto ore non si dovrebbe mai essere svegliati dallo stimolo minzionale. Una recente revisione della letteratura a riguardo ha dimostrato come la nicturia abbia una prevalenza compresa tra l'11% e il 35,2% tra gli uomini tra i venti e i quarant'anni, fino ad attestarsi tra il 68 e il 93% tra gli over settanta. Nonostante la sua discreta frequenza, la nicturia è spesso sottostimata perché molti pazienti sono riluttanti, o troppo imbarazzati, a rivelare questo problema ai loro medici, o credono erroneamente che sia una normale manifestazione dovuta all'invecchiamento. In questi casi, il primo organo messo sotto attenzione dal paziente e spesso anche dal medico, è una ghiandola: la prostata. Ma è corretto? In realtà non sempre la prostata è responsabile dei nostri problemi con la minzione, a partire dal fatto che la nicturia è multifattoriale poiché è causata da almeno uno dei seguenti problemi: poliuria notturna, poliuria globale, problemi di immagazzinamento funzionale della vescica e disturbi del sonno.

La causa più comune di nicturia, riscontrata fino all'88% dei pazienti, è la poliuria notturna definita come una produzione urinaria notturna superiore al 20% del volume totale di urina nelle 24 ore negli adulti più giovani o superiore al 33% negli individui più anziani. La poliuria notturna come causa di nicturia è più diffusa nei pazienti più anziani. La caffeina e l'eccessiva assunzione di liquidi orali la sera, così come l'alcolismo, possono contribuire in modo significativo a questo disturbo. È anche associato a insufficienza cardiaca congestizia, apnea ostruttiva del sonno, uso serale di diuretici, edema periferico, elevata assunzione di sale nella dieta e insufficienza venosa cronica degli arti inferiori. È stata condotta una revisione sistematica e una meta-analisi che per esplorare l'associazione tra nicturia e ipertensione. I risultati hanno rivelato che ≥ 1 episodio di minzione notturna era correlato a un rischio 1,2 volte maggiore di ipertensione, mentre ≥ 2 episodi minzionali notturni erano associati a un rischio di ipertensione aumentato di 1,3 volte. Molti studi hanno inoltre esplorato l'associazione tra



*Specialista in Urologia, Andrologo certificato S.I.A.

diabete e nicturia, ma questa non è ancora chiara. Il diabete è una causa comune di nicturia per diversi motivi. La diuresi osmotica secondaria all'iperglicemia può aumentare significativamente la produzione di urina durante la notte. Inoltre La malattia cerebrovascolare indotta dal diabete o la stimolazione dei nervi periferici con conseguente disfunzione sensoriale della vescica o iperattività del detrusore possono essere una causa di vescica iperattiva.

La poliuria globale è un'altra causa di nicturia. È definita come una sovrapproduzione urinaria continua durante il giorno. La poliuria globale è sempre associata a un aumento dell'assunzione di liquidi che può essere causata da polidipsia, ipercalcemia, effetti dei farmaci, polidipsia primaria, diabete mellito o diabete insipido.

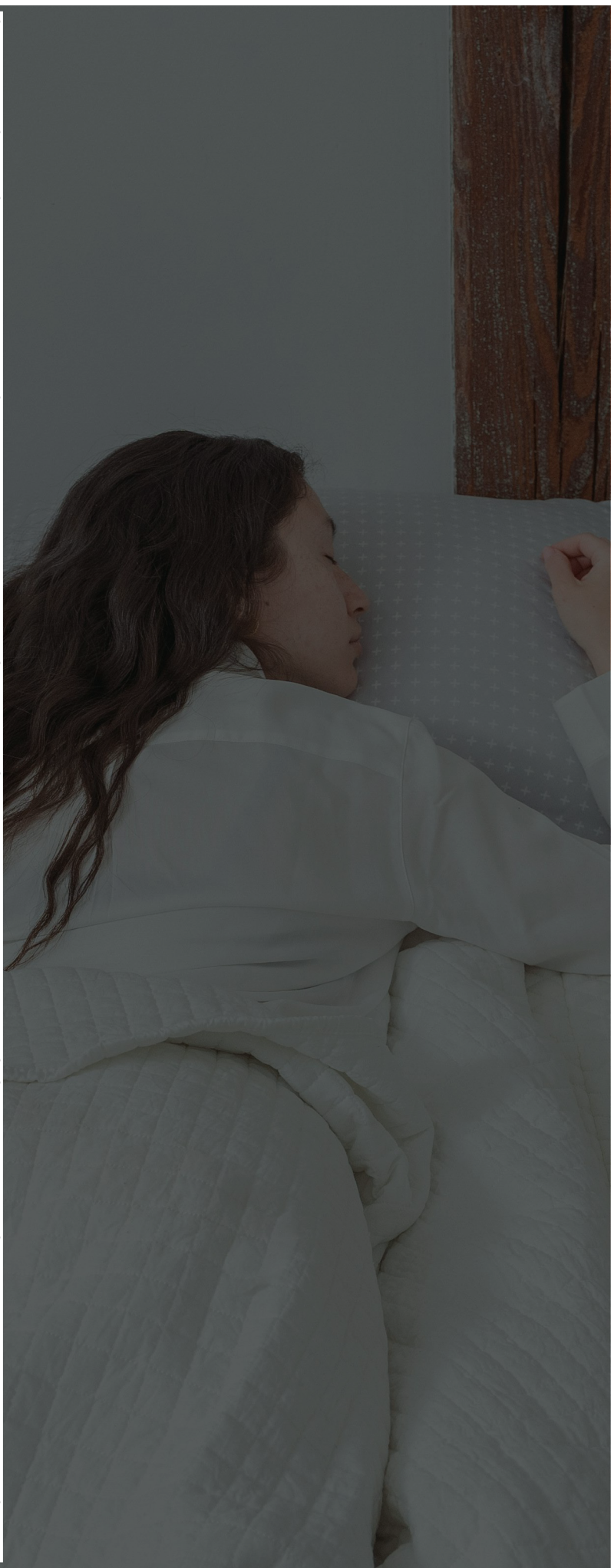
I pazienti con nicturia che non sembrano avere poliuria hanno probabilmente un problema di accumulo della vescica (ridotta capacità della vescica, iperattività del detrusore) o un disturbo del sonno. I problemi di accumulo vescicale che contribuiscono alla nicturia sono spesso associati a minzioni multiple e frequenti con piccoli volumi urinari.

L'insonnia, l'apnea notturna e altri disturbi del sonno possono certamente contribuire o addirittura causare nicturia. I disturbi del sonno devono essere sospettati se i pazienti non sono in grado di non tornare a dormire rapidamente dopo un episodio di nicturia o lamentano stanchezza mattutina. Nei pazienti con insonnia, la nicturia è di solito una manifestazione del disturbo del sonno e la frequenza urinaria notturna è un effetto collaterale incidentale piuttosto che una causa.

Se non risolta la nicturia influisce sulla salute generale, riduce la qualità della vita, porta alla privazione del sonno, che può causare esaurimento, cambiamenti di umore, sonnolenza, aumento del rischio di cadute e incidenti, affaticamento, letargia, disattenzione e disfunzione cognitiva. In particolare, gli anziani con nicturia che fanno più viaggi notturni in bagno hanno un rischio sostanzialmente aumentato di cadute potenzialmente gravi. Un quarto di tutte le cadute che si verificano negli individui più anziani avviene durante la notte.

Tra l'altro, la nicturia determina una compromissione della produttività, con risvolti finanziari piuttosto significativi: è stato stimato da alcuni studi che la nicturia costa circa 62,5 miliardi di dollari agli americani ogni anno a causa della perdita di produttività e delle assenze per malattia ad essa associate, principalmente a fatale causa di cadute, fratture e lesioni associate altrimenti prevenibili. Pertanto, un'attenta valutazione di tutte queste potenziali cause di anomala minzione notturna è la necessaria per la gestione iniziale della nicturia secondo le attuali linee guida dell'International Continence Society-ICS, dell'American Urological Association-AUA e infine dell'European Association of Urology-EAU. In particolare, le attuali linee guida EAU per i sintomi non neurogeni del tratto urinario inferiore (LUTS) negli uomini specificano che la nicturia dovrebbe essere definita LUTS quando "si sospetta giustamente un nesso causale con la disfunzione del tratto urinario inferiore." In questi casi, questi pazienti con nicturia possono essere ragionevolmente gestiti principalmente lungo il percorso di trattamento LUTS, ma solo dopo che le anomalie del sonno e gli stati patologici sistemici sono stati accuratamente considerati.

Tuttavia, in considerazione della sua origine multifattoriale, la nicturia rappresenta spesso una sfida diagnostica complessa, sia per gli specialisti che per i colleghi della medicina di base che per le loro valutazioni iniziali devono partire dal diario minzionale di 24 ore del paziente, posto che il problema di consentire al paziente di lasciarsi andare senza remore al dolce riposo notturno è sicuramente il target di tutti i medici, perché potrebbe allungare la vita in quanto gli studi di settore dimostrano che per vivere più a lungo e in salute è necessario dormire bene. Senza trascurare il fatto che, quando la "Notte è piccola", è piccola per tutto ...



**PER
RIFLETTERE
UN PO'**



Il disagio della coppia e la ricerca del bello: percorsi nel mondo delle relazioni tardo-moderni

Markus Krienke*

Ciò che si rispecchia oggi nel “disagio della coppia” è una sorta di trappola o cortocircuito degli ideali del mondo moderno: la ricerca di sé come supremo compito ed ideale dell'uomo e della donna tardo-moderna non solo rischia di essere un eterno girare intorno ad una domanda diventata fine a sé, ma di conseguenza fa sprofondare anche la realizzazione del legame di coppia. Autodeterminazione e auto-realizzazione fanno diventare la ricerca del sé e dell'altro un cantiere sempre aperto che si auto-compiace nella sua eterna provvisorietà e si alimenta nella misura in cui non lascia intravedere un qualcosa di effettivamente costruito. Ciò non significa che non si cerchi più la “vita di coppia”: ma essa non si alimenta più dalla relazione all'altro, ma piuttosto consiste di due centri o “io”. L'esibirsi della coppia sui social non fa, in questa logica, che esaltare ancora di più tale realtà totalmente auto-referenziale all'io, che agisce sempre come individuo che vive la stessa coppia in riferimento alla propria visibilità. Così, la “società del narcisismo” – qui inteso come caratteristica sociale e non come patologia – sfrutta sempre di più il legame, mettendolo sotto lo stress del “qui e ora”, senza dargli tempo per maturare.



In tale dinamica, non è la moltiplicazione dell'offerta di innumerevoli “altri” ciò che causa il disagio della coppia, ma l'eclissi dell'alterità in quanto tale: ogni io è un'isola e il disagio che declama di vivere – la confusione sociale fuori che crea distrazione – è solo una conseguenza della spirale senza uscita dell'eterno girare intorno a sé. Tradotto in prassi quotidiana della coppia, ciò diventa il fenomeno di disagio solitamente denunciato ossia la mancanza di attenzione per l'altro, e ciò ovviamente a lungo andare pesa

sulla tenuta della coppia, porta poi all'assenza di amore, e infine alla depressione.

Ciò non significa, evidentemente, che non si cerchi più il legame stabile: la coppia continua infatti a essere un ideale legato al proprio progetto di vita. Tutt'al contrario: proprio in quanto il legame è cercato come parte della propria autorealizzazione, tale ricerca si è addirittura enfatizzata e si avvale di tutte le possibilità tecnologiche che oggi trova a sua disposizione. Esso è ricercato come antidoto alla società dell'effimero, e molti vi si rifuggono, con il rischio evidente di sovraccaricare dal lato opposto la relazione: ossia del bisogno di apertura all'altro e fiducia incondizionata che nella società diventano sempre meno. Dimenticando, però, che qui si tratterebbe di un processo non del potenziamento del proprio io, ma al contrario del suo abbandono all'altro.

Così oggi come sempre, il modo in cui si vive la coppia è un segnale circa il grado dell'individualismo di una società, con i suoi vantaggi e svantaggi per ciascuno: e il disagio della coppia si rispecchia nel disagio dell'individuo anche al di fuori di essa, in una società volatile che produce prevalentemente piaceri effimeri. Rispetto all'analisi di Sigmund Freud, la logica del disagio si è però inversa: mentre all'epoca (1930) esso fu causato da una cultura repressiva che imponeva un certo schema di vivere la coppia, oggi è al contrario per l'obbligo di produrre da se stessi la risorsa della relazione. Sempre valido è però che, come dice Freud, «il senso di colpa è il problema più importante dello sviluppo della civiltà. Il prezzo del progresso culturale deve essere pagato con la mancanza di felicità causata dall'aumento del senso di colpa».

Cosa, si potrebbe dunque chiedere, abbiamo davvero guadagnato, se vanifichiamo la possibilità di realizzarci, questo grande acquisto culturale del mondo moderno, nella superficialità effimera dei like, del kitsch, del provvisorio? La domanda non è tanto retorica come può sembrare, se si pensa al fatto che una volta la coppia era stabilita prevalentemente da fattori esterni – attese sociali, presupposti religiosi, necessità economiche – e non dall'effettiva tenuta del legame d'amore. In questa prospettiva, infatti, il calo della percentuale di popolazione che vive in coppia – per non parlare in matrimonio o famiglia – non dimostra certamente il “tramonto” di tali legami ma l'intensificazione dell'importanza psicologica delle relazioni, nella dinamica appena descritta. In questo modo, nelle coppie e attraverso il relativo “codice comunicativo” dell'amore, si rispecchiano le dinamiche culturali tardo moderne. Quello che si cerca è una maggiore qualità del legame stesso, e ciò esige certamente una maggiore valorizzazione della comunicazione nella coppia: il “lavoro di coppia”, sostenuto da entrambi, occupa oggi un ruolo centrale come mai prima.

Pertanto, anche in una società del narcisismo il legame di coppia non è affatto destinato a sparire: in un contesto estetizzato fino al disagio con la non consistenza e la non durata, è il legame di coppia a dare testimonianza del bello contro la sua crisi derivante dalla superficialità di una cultura della superficialità e dei like. Quella “bellezza che salverà il mondo” è, appunto, quella dell'impegno.

*Professore ordinario di Filosofia moderna ed Etica sociale presso la Facoltà di Teologia di Lugano e Direttore della Cattedra Rosmini

La coppia nella visione islamica

Izedin Elzin, Imamm di Firenze, intervistato da Ciro Basile Fasolo

Da molti anni nel mondo occidentale si assiste a un aumento dei casi di coppie che scoppiano e vanno verso il divorzio. Confesso la mia ignoranza. Non so se nell'Islam è previsto il divorzio.

Comunque qual è la chiave di lettura dal punto di vista dell'Islam? Cioè perché nel mondo occidentale molti. E qui il discorso è enorme. Nuovi ruoli femminili, quello che sia però il suo punto di vista. Quale può essere allora?

Anche se oggi il mondo è diventato un piccolo Paese, con la globalizzazione e purtroppo la separazione, il divorzio a livello mondiale? Ma nella nostra realtà italiana, europea, occidentale è di più. Io credo per il modo di pensare. E una questione di come comprendere il mondo nostro. E qui da noi in Occidente, la questione è diventata una concorrenza. Uno deve eliminare l'altro, il maschio deve eliminare la femmina o la figura del maschio per arrivare a una posizione. Questo non aiuta una coppia ad andare avanti e al primo c'è uno scontro di opinione e divisioni e arrivano direttamente alla separazione. Invece nel mondo islamico è la questione maschio, femmina e complementare, e questo aiuterebbe la coppia. E quando il maschio sbaglia, la donna perdona. Quando la donna sbaglia, il maschio perdona. E sto parlando d'attenzione in generale. Questo particolare e diciamo è questa, credo, la visione del maschio e della femmina ha portato purtroppo da noi in Occidente a vedere che possano stare insieme. Dieci anni si sposano un mese e dopo fanno il divorzio. Perché? Da una parte questa visione, dall'altra perché nessuno la sacrifica. Un'altra questione molto importante di sacrificio da noi in Occidente è purtroppo la questione del sacrificio. Non esiste più il maschio perché io devo sacrificare per la mia moglie e la moglie? Perché devo sacrificare per mio marito? Nel mondo islamico la questione di sacrificare per il prossimo per l'altro, figuriamoci quando è una coppia.

Credo questi due punti fondamentali. Ottimo. Questo riguarda quindi anche le coppie che vivono qui da noi in Occidente, ora non soltanto l'Italia e la Francia. Lei mi insegna ai musulmani da molto più tempo che non è l'Inghilterra che non l'Italia. Quindi vale perché prevale la cultura e la fede islamica. Giusto quindi? Questo vale per le coppie che vivono qui da noi.

Secondo punto: questo avviene nelle coppie di cultura fede cristiana o anche nelle coppie di fede e cultura musulmana? Nella sua esperienza, quali sono le principali problematiche nelle coppie di cultura? Fede? Probabilmente in ambito musulmano cultura e fede combaciano in ambito diciamo occidentale, cattolico, medio, quasi ateo.

Le cose sono differenti. Quindi cultura, fede mista, per esempio cristiana, musulmana, oppure un ateo atea con un musulmano credente oppure un ebreo se esiste col musulmano? Penso di sì. E se nelle coppie miste nascono i problemi, ci sono problemi e questione culturali.

Tornando un attimo a noi, quindi, bene, mi sta dicendo che nelle coppie miste e ci sono diversi fattori è un fattore linguistico. Se è che all'inizio c'è l'amore. E allora superano

questo fattore linguistico. Ma nella vita quotidiana ci sono momenti di discussioni. Allora a volte basterebbe una parola per creare veramente, purtroppo, delle divisioni all'interno di una coppia mista.

E perché lui perde il marito? Se tende una cosa, per la sposa si intende un'altra cosa. Linguistico del linguaggio anche. Certo, è un'altra questione. E non lo dico religiosa, ma diventare religiosa di senso. E quando il musulmano sposa una cristiana o è ebrea o altro. E deve essere chiaro. Dal primo momento a dire che devo dare educazione islamica ai miei figli, qui c'è un punto chiave.

Eh sì, spesso non lo dicano. Inizialmente dicano, va bene. Diciamo i nostri figli quando crescano fanno quello che vogliono, che questo va bene. Ma l'Islam chiede di dare un'educazione islamica ai figli. Poi, giustamente, quando saranno maggiorenni saranno loro a decidere. E se non si concorda dall'inizio? Ho visto diverse coppie, purtroppo arrivano allo scontro al divorzio perché lei non vuole che lui porta i figli alla moschea e lui invece vuole portare alla moschea sia figli maschi che femmine.

E qualcuno là, poiché la figlia mette il velo, è la mamma, non è musulmana. Dice no. E io credo che questo perché non è stato chiarito dall'inizio. E se lei lo considera come un tradimento del suo pensiero e del suo amore, addirittura e arriva a questo. E c'è anche. Parliamoci chiaro. E non è questione religiosa, ma questione culturale si può dire usanza. Se lui proviene da un Paese e purtroppo la donna non è rispettata al pari come lui e comincia con il tempo a trattarla pensando che lui vive a casa sua nella campagna della casa sua. Diciamo di origine e questo manca rispetto realmente alla moglie. E arrivano a questo scontro, diciamo. E porta purtroppo al divorzio. Credo questi tre fattori importanti, due cose che mi vengono in mente subito.

Qual è la sua esperienza per quanto riguarda l'integrazione delle coppie di fede musulmana nella società italiana e più grave nel mondo occidentale? perché non è un problema della coppia che scoppia. Il problema è diverso, cioè se una coppia è ben integrata, probabilmente è facilitata a stare insieme.

Se una coppia ha problemi di integrazione probabilmente scoppia, ma non è detto no. Più che altro di usare parole e interazioni. Brava, L'integrazione c'è, ma è qui e la coppia scoppia. Purtroppo, spesso per motivi economici che diversi famiglie, chi lavora, solo il marito e non riesce a mantenere, a mantenere la casa spesa al mantenimento della casa è diventata una questione difficile e diverse donne non sono preparate a lavorare e hanno bisogno di andare a fare dei corsi e così via. Allora e non lavorare fuori casa perché già c'è il lavoro di casa e un altro lavoro importante. Ma questo cosa comporta nella nostra realtà italiana? Diciamo che essendo che non hanno nonni, non hanno chi ha l'appoggio allora per mantenere la casa, la spesa, la casa è solo uno. Sappiamo che in Italia ci vorrebbe più di due a lavorare e se riescono a mantenere la famiglia, diciamo. Perciò è una questione economica, questo molto

importante, che purtroppo fa che le coppie si scoppiano. E poi ci sono altri motivi, per l'amor di Dio e che se lui è come mai detto che se è in Afghanistan ha diritto di picchiare la moglie. E da noi, grazie a Dio non c'è questo diritto e questo per te e problemi, se non lui, cambia la cultura o l'usanza. Se si permetteva a lui di farla prima. Oggi, grazie a Dio, sia per motivo religioso, ma sia anche per motivo della legislazione azione nostra, non solo non puoi picchiare la donna, ma non puoi ferirla neanche con le parole. Certo, disagio psicologico. Delle volte qualche uomo non capisce questo purtroppo entra nei guai e si fa il divorzio. Senta due ultime cose l'opinione della sua fede.

Quindi pensiero musulmano. Riguardo alle coppie eterosessuali, quindi, un uomo o una donna conviventi, cioè esiste questo fenomeno nell'Islam o no? Non ha senso religioso, non si può convivere, è maschio o femmina. Si sposano, si sposano quando arrivano all'età del matrimonio, quando sono maggiorenni si sposano per creare una famiglia non si può convivere. Parlo di senso religioso. Poi, certo, in un Paese ognuno può fare quello che gli pare, ma giustamente io rispondo di sesso religioso.

E invece cosa mi dice delle coppie omosessuali?

Ora l'Islam riconosce che la coppia è fatta di un maschio, di una femmina, di una femmina e di un maschio che non conosce altri modi, ma certamente non va a cercare la privacy delle persone come si suol dire. Quindi in qualche maniera è tollerante e rispettosa. Questa perlomeno in alcuni ambienti, perché per esempio in Iran li mettono a morte. Ma questo dipende dalla cultura giuridica del territorio. Non ha una motivazione probabilmente religiosa, anche se poi la fanno passare forse per qualcos'altro. Per la ragione non vede con occhio buono il rapporto maschio, femmina, femmina? Sì, come tutte le fedi religiose, credo assolutamente, ma giustamente non si va a cercare la privacy dell'altro o dell'altra perché non c'è un giudizio di condanna a priori.





Le differenze religiose come fattore di crisi (o come opportunità) nella coppia

di Rav Ariel Di Porto*

Sin dalle sue primissime pagine la Bibbia si dedica al tema della formazione della famiglia. Il primo precetto ricevuto dall'umanità è quello della procreazione: Prolificate, moltiplicatevi, empite la terra e rendetevela soggetta (Gn. 1, 28). Pochi versi dopo (Gn. 2, 24) viene descritto quanto avviene ogniqualvolta si forma una nuova coppia: Perciò l'uomo abbandona padre e madre, si unisce con la moglie e diviene con lei un essere solo. Formare coppie non è semplice, nel mondo ebraico ortodosso c'è una figura speciale, lo shadchan (sensale), che cerca di costruire coppie ben assortite, in una società nella quale la convivenza prima del matrimonio non è prevista e la frequentazione è molto limitata. Un famoso midrash scomoda perfino Dio per questo compito ingrato. Una matrona romana aveva, infatti, interrogato Rabbi Yosè circa l'occupazione di Dio dopo la creazione del mondo. Il rabbino rispose che Dio da allora forma le coppie. La matrona ridicolizzò il rabbino, sostenendo di essere in grado di fare altrettanto... ma l'esperimento sociale non funzionò molto bene: la donna fece unire i propri servi e le proprie serve secondo i propri criteri, e l'avventatezza della donna provocò più di qualche occhio nero.

La formazione di qualsiasi coppia prevede che ciascuno abbandoni il proprio ambiente di origine per formarne, assieme al proprio partner, uno nuovo. Nella formazione di una nuova famiglia la religiosità riveste un ruolo importante, e le differenze fra i partner sotto tale aspetto non vanno sottovalutate. Il background familiare ci conferisce ciò che consideriamo "casa": melodie, sapori, odori che sovente hanno una propria connotazione religiosa. Se le differenze sono eccessivamente pronunciate c'è il pericolo concreto che la coppia non resista. Per comprendere questo aspetto è necessario tenere conto del fatto che la vita ebraica è estremamente densa e normata in molteplici sue espressioni. Ad esempio, uno degli aspetti maggiormente caratterizzanti della vita ebraica è legato alla giornata dello Shabbat, che commemora la creazione divina del mondo e la liberazione dalla schiavitù egiziana. In tale giornata gli ebrei si astengono da qualsivoglia attività creativa, e in modo particolare nella nostra epoca non utilizzano strumenti elettronici e mezzi di trasporto, dedicando il proprio tempo alla preghiera, allo studio e alla convivialità. Molti ebrei vivono questo giorno, al riparo dal chiasso e dalla connessione perpetua propri del mondo contemporaneo, come un vero e proprio dono, ma determinati comportamenti possono generare tensioni nella coppia, se uno dei partner non apprezza e condivide tale visione del mondo. Tanti altri ambiti della vita, come l'alimentazione e la sessualità, sono minuziosamente regolamentati. Un tema molto delicato, in presenza di sensibilità religiose diverse, e ancora di più nelle famiglie miste, nelle quali uno dei partner non è ebreo, è quello delle scelte legate all'educazione dei figli. Ciò è ancora più rilevante in un contesto diasporico, nel quale l'elemento della continuità ebraica assume una centralità tale da rappresentare un elemento dirimente nelle scelte della famiglia.

Per ottenere una sana e costruttiva convivenza ai partner è richiesto molto impegno, cercando di giungere a livelli

di religiosità compatibili, con il dialogo e l'espressione delle priorità. D'altra parte, non si dovrebbe di certo ricercare l'omologazione, i partner sono costitutivamente diversi, se fossero identici con ogni probabilità non proverebbero interesse reciproco.

La religiosità può essere però anche parte della soluzione: l'adesione a certi modelli comportamentali in determinate circostanze può rappresentare uno strumento per sanare le fratture all'interno della coppia. Uno dei primi consigli che abitualmente vengono dati alle coppie in crisi è quello di non toccarsi per due settimane, cosa che nelle coppie ebraiche che si attengono alle norme della purità familiare avviene ogni mese. Ciò consente alla coppia di strutturarsi su basi diverse rispetto a quelle del solo contatto fisico, mettendola maggiormente al riparo dall'insoddisfazione, dalla noia e dall'infedeltà.

Le fonti tradizionali ebraiche invitano i partner al sostegno e alla comprensione reciproci, per rendere la casa un Santuario in miniatura. Per raggiungere questo risultato serve investire molto, spesso nella società contemporanea spesso si è portati a cercare soluzioni facili, che spesso però si rivelano sbagliate.



*Rabbino, docente presso il Liceo Renzo Levi, membro del consiglio dell'Assemblea Rabbinnica Italiana e della Consulta Rabbinnica dell'UCEI



Le coppie si separano. Responsabilità individuale o collettiva?

di Mauro Ferraresi*

Le dinamiche delle relazioni amorose sono sempre state oggetto di studio e dibattito in tutte le società. Nel contesto contemporaneo le separazioni e i divorzi sono una realtà importante, e ciò pone domande sulle cause di questo fenomeno, oggi così diffuso. Perché le coppie scoppiano così frequentemente? Si tratta di una questione complessa che richiede un'analisi dei fattori socioculturali, economici e psicologici. In gioco ci sono quelle differenze che possono incidere a fondo nelle dinamiche di coppia: differenze culturali e differenze religiose, differenze di carattere e differenza di impiego lavorativo e conseguentemente di status, differenza di genere e differenze di etnia e, non ultimo, differenza nella cifra comunicativa.

Secondo l'ISTAT in Italia nel 2022 sono stati celebrati 189.140 matrimoni, il 4,8% in più rispetto al 2021 e il 2,7% in più in confronto al 2019, anno precedente la crisi pandemica durante la quale molte coppie hanno rinviato le nozze. Sembra un dato confortante, ma a fronte di queste cifre abbiamo, sempre nel 2022, circa 90.000 separazioni e circa 82.000 divorzi. Insomma, ogni anno in Italia una coppia si sposa e un'altra o si separa o divorzia.

Va subito detto che la trasformazione dei ruoli di genere ha oramai certificato la tendenza verso una maggiore parità, ciò che permette alle donne di assumere compiti e funzioni più attive nel mondo del lavoro e nella sfera pubblica. Questo ha portato a una ridefinizione dei rapporti all'interno delle relazioni, creando spesso tensioni e conflitti su questioni di potere e di responsabilità.

Un altro elemento riguarda le pressioni economiche che possono esercitare un peso significativo sulla qualità delle relazioni. In un contesto dove l'instabilità economica è diffusa, la mancanza di risorse finanziarie può mettere a dura prova una coppia e causare stress, conflitti e una sensazione di insicurezza, mettendo a repentaglio il legame tra i partner.

Si aggiunga che l'individualismo crescente e l'idea di autosufficienza possono portare a una minore tolleranza per i compromessi e a una maggiore propensione a cercare la felicità individuale a scapito della relazione di coppia. Inoltre, l'insofferenza sempre più diffusa verso una idea ancora patriarcale della coppia, e dei rapporti di potere che la cultura maschilista genera e alimenta, ha oramai raggiunto livelli di guardia. Un altro aspetto riguarda la comunicazione all'interno della coppia, che è fondamentale per la salute delle relazioni, ma spesso è anche uno dei principali punti deboli. La mancanza di comunicazione efficace può portare a incomprensioni, risentimenti accumulati e una mancanza di intimità emotiva tra i partner. In un tale contesto, la gestione dei conflitti può essere problematica, con alcune coppie che smettono di lottare per trovare modi costruttivi per risolvere le differenze.

Spesso alimentate dai media e dalla cultura popolare, le aspettative di romanticismo senza sforzo e di felicità perpetua possono portare a delusione quando la realtà non corrisponde. Anche questo divario tra aspettative irrealistiche e realtà può mettere a dura prova anche le relazioni più solide.

Si deve ammettere che la società contemporanea, oggi più che mai individualistica, edonistica, poco avvezza alla sofferenza e scarsamente dotata di empatia, ha sviluppato quelle caratteristiche sociali che si riversano poi sugli individui e sulle coppie facendo mancare loro il terreno solido per costruire una vita insieme. Pare infatti che la motivazione principale alla base delle separazioni sia la mancanza di impegno, seguita dall'infedeltà, dai frequenti litigi, dai problemi economici, dall'incompatibilità di carattere e dalla difficoltà di comunicare o incomunicabilità tout court.

Quella dicitura, "mancanza di impegno" fa riflettere, poiché riassume tutti gli altri elementi critici nelle relazioni di coppia. Infatti, dietro si nasconde la mancanza di volontà e di dedizione reciproca.

La mancanza di impegno, può manifestarsi in vari modi, come la scarsa comunicazione, l'assenza di supporto reciproco, la mancanza di interesse nel soddisfare i bisogni dell'altro e la tendenza a evitare i problemi anziché affrontarli. Questo atteggiamento può portare gradualmente a una disconnessione emotiva e alla perdita di fiducia nella relazione.

Ma non si tratta di una colpa da assegnare solamente agli individui in una relazione di coppia. Per certi versi siamo al cospetto di una delle caratteristiche della società attuale.

**FACCIAMO IL
PUNTO SU...**



Il mercato dei nutraceutici

di Vincenzo Mirone*

I nutraceutici sono i principi nutrienti presenti in diverse quantità negli alimenti ed hanno effetti benefici sulla salute. Negli ultimi anni, sono entrati a pieno regime nell'armamentario terapeutico dei medici, per potenziare l'effetto di alcuni farmaci, o come veri e propri trattamenti allorquando si vuole evitare l'utilizzo dei farmaci o i loro effetti collaterali. Tra le principali funzioni degli integratori nutraceutici troviamo: rafforzamento del sistema immunitario, regolarizzazione delle funzioni gastro-intestinali, supporto all'organismo durante l'attività fisica, riduzione dei rischi di patologie cardiovascolari e degenerative, attività antiinfiammatoria ed antiossidante, miglioramento della funzionalità corporea. Ad oggi vengono utilizzati in quasi tutte le branche della medicina e della chirurgia. In Italia la nutraceutica rappresenta un mercato in costante e continua crescita, basti pensare che nel 2019 valeva 3,3 miliardi di euro e nel 2020 arrivava a 4,8 miliardi di euro.

L'Italia è al primo posto come quota di mercato europeo degli integratori (23%), seguita da Germania (13%), Francia (9%) e Regno Unito (8%). Questi numeri non derivano solamente dalle prescrizioni mediche, ma anche e soprattutto dall'utilizzo autonomo che molte persone fanno di questi prodotti. Infatti, i pazienti sono spesso attratti dalla convinzione che tali prodotti naturali possano non avere gli effetti collaterali di un farmaco, non lo facciano sentire come un "malato" e sono poi ampiamente sponsorizzati dai mass media. Anche in ambito urologico, gli integratori hanno un loro mercato soprattutto per quanto riguarda l'ipertrofia prostatica benigna, una patologia di cui soffrono circa 6 milioni di italiani, ma non solo, basti pensare ai disturbi della sfera riproduttiva alle infezioni delle vie urinarie ed alla calcolosi. Ad oggi esistono diversi marchi e prodotti con differente composizione e meccanismo di azione ma occorre prestare attenzione al loro contenuto e dosaggio.

In primis è necessario rispettare le concentrazioni minime di principio attivo al di sotto delle quali non si hanno gli effetti biochimici descritti per il prodotto. I diversi processi di estrazione delle sostanze nutraceutiche, il modo in cui vengono coltivate e la realizzazione finale dei prodotti possono comportare le perdite in quantità e qualità di alcuni costituenti. Risulta quindi indispensabile utilizzare prodotti realizzati secondo processi controllati e certificati, per impedire che si assumano sostanze totalmente inutili e, in alcuni casi, dannose. Ecco perché bisogna sempre agire con cautela e non lasciarsi tentare dal web e dal Dr Google, ma rivolgersi sempre al proprio specialista di fiducia. Il web è un mercato sconfinato dove si trova qualsiasi tipologia di prodotto a qualsiasi prezzo. In questo scenario è quindi facile cadere preda di false pubblicità e di ciarlatani che promettono risultati eccezionali a prezzi irrisori. Proprio questo è quello che attira gli ignari pazienti, che molto spesso si ritrovano tra le mani un prodotto che, nella migliore delle ipotesi, ha i principi attivi sotto dosati ed in altri casi la presenza di sostanze tossiche.

Questo avviene perché spesso i produttori per contenere i costi di realizzazione e massimizzare i profitti utilizzano materie di scarsa qualità ed in assenza di qualsiasi regola-

mentazione. Da questo si evince come prima di "lasciarsi tentare dal web" è sempre necessario rivolgersi ad un medico di fiducia, per essere consigliati sulla migliore terapia da assumere, e rivolgersi sempre a canali controllati e certificati per gli acquisti. Ad essere più a rischio è come sempre la fetta più giovane della popolazione, che attratta dalle false promesse di risultati eccezionali in poco tempo ed a costi irrisori, bypassa il medico ed il farmacista ordinando direttamente online sui siti web più disparati. Da quanto detto, quindi risulta necessario, non sottovalutare l'utilizzo e la provenienza di questi prodotti, ma seguire una opportuna prescrizione medica, non facendosi attirare dalle false pubblicità e dai pericoli del web, controllare sempre la provenienza e ricorrere a canali affidabili per i propri acquisti.



*Professore Università Telematica Pegaso

LE
NOSTRE
RUBRICHE



ENDO CORNER

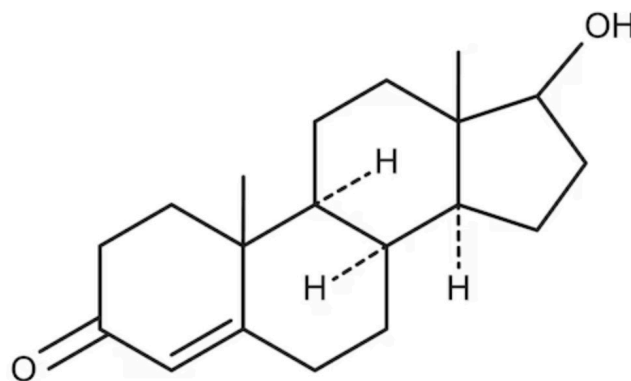
terapia sostitutiva con testosterone

di Antonio Aversa e Antonino Raffa* 

L'ipogonadismo maschile è caratterizzato da una ridotta produzione di testosterone (T) e da una alterazione della spermatogenesi nel testicolo (ipogonadismo primario o ipergonadotropo), ovvero da una riduzione/assenza della produzione di gonadotropine ipofisarie (ipogonadismo secondario o ipogonadotropo). L'andrologo ha il compito di identificarne le cause ed indirizzare il paziente a terapia sostitutiva permanente attraverso una serie di passaggi obbligati. Nei giovani adulti la via orale di solito non rappresenta la prima scelta in quanto la molecola è assorbita a livello intestinale ed inattivata quasi totalmente a livello epatico. L'emivita del T-undecanoato orale è breve ed i picchi sierici si raggiungono dopo 2-6 ore dalla somministrazione impongono multiple assunzioni giornaliere che devono avvenire ai pasti ed è necessario un pasto ricco di contenuto lipidico per garantire un assorbimento adeguato. Per tale motivo si preferiscono le formulazioni iniettive a breve e lunga emivita. Il T naturale esterificato in posizione 17-beta può essere somministrato anche per via intramuscolare, mostrando un'emivita maggiore rispetto alle formulazioni orali (circa 10 giorni). Il T-undecanoato in sospensione oleosa è somministrato per via intramuscolare, presenta un'emivita di 50-130 giorni e viene somministrato ad intervalli di 10-14 settimane, dopo un intervallo di 6 settimane tra la prima e la seconda iniezione, a complessive 3-4 somministrazioni annuali. Tra i vantaggi vi è la comodità di somministrazioni dilazionate nel tempo, tra gli svantaggi l'impossibilità di una eventuale repentina interruzione della terapia ove necessario. In casi selezionati, le formulazioni di T in gel idroalcolico al 2% vengono applicate al mattino su cute glabra ed integra e lasciate asciugare per circa 5 minuti. Queste preparazioni hanno un'emivita di 10-100 minuti ed un rilascio progressivo in circa 24 ore, con conseguente somministrazione del farmaco una sola volta al giorno, al mattino. Tra i vantaggi della via di somministrazione transdermica vi è una più fisiologica riproduzione dei ritmi circadiani della produzione di T, autonomia del giovane paziente nella gestione delle autosomministrazioni, possibilità di modificare rapidamente la terapia ove necessario. Tra gli svantaggi si ricorda la possibilità di trasferire per contatto il farmaco, possibili irritazioni cutanee in sede di somministrazione e la necessità di una maggior compliance del paziente nella somministrazione quotidiana.

I benefici del trattamento androgenico sostitutivo risiedono nel contrastare i segni e i sintomi derivati dal deficit androgenico. In questo contesto, nell'arco di 4-12 settimane si produrranno sia un significativo miglioramento del profilo glicometabolico che del desiderio/piacere sessuale, mentre per quanto riguarda erezioni e composizione corporea (massa muscolare vs. massa grassa) bisognerà attendere sino a sei mesi. A tutte le età, l'obiettivo principale della terapia risiede nella normalizzazione dei livelli circolanti di T totale. A tale fine le principali linee guida suggeriscono di mantenere i valori di T totale sierico nei range medio-alti rispetto ai valori di normalità del laboratorio controllando trimestralmente ematocrito, assetto lipidico e PSA, nonché i livelli di estradiolo se si utilizzano i transdermici. In questo

ultimo caso è sempre bene visitare il paziente per la eventuale comparsa di ginecomastia ed incremento volumetrico della prostata, i quali controindicano la prosecuzione del trattamento. Il monitoraggio del trattamento deve essere mensile invece se si tratta un paziente adulto con età superiore ai 60 anni (in presenza del cosiddetto "Late Onset Hypogonadism"), laddove oltre all'invecchiamento, l'obesità, il diabete e le patologie croniche influiscono in maniera rilevante sulla riduzione dei livelli di circolanti di T totale (valore soglia secondo linee guida <12 nmol/L); le comorbidità, assieme alla ipotestosteronemia, possono quindi far comparire rapidamente i sintomi più frequenti quali la riduzione del desiderio sessuale, la disfunzione erettile, una ridotta energia fisica ed un calo della massa muscolare. Sopra i 60 anni, quindi, è bene valutare ed escludere la presenza di carcinoma prostatico o mammario, eritrocitosi, sindrome delle apnee notturne non trattata e lo scompenso cardiaco grave non trattato prima dell'inizio della terapia sostitutiva, ricordando al paziente che i risultati attesi sui sintomi non sono a breve termine e che l'inizio della terapia non può prescindere da una esplorazione digito-rettale. A differenza del giovane adulto, l'obiettivo terapeutico è quello di raggiungere livelli di T nella fascia medio-bassa dell'intervallo di riferimento per evitare possibili effetti pro-trombotici, e valutare il paziente ogni 1-2 mesi al controllo assicurandosi che l'ematocrito non superi il 52% e che i livelli di PSA non subiscano un costante incremento (PSA velocity). Laddove il paziente anziano non rispondesse adeguatamente in termini erettivi, se non controindicata, la assunzione di basse dosi di PDE5i risulta spesso vantaggiosa nel risolvere il sintomo sessuale.





Ematuria nelle urine: un segnale da cogliere!

di Alessandro Boni*

Se al mattino o al ritorno da una giornata di lavoro o di sport notate una goccia di sangue nelle vostre urine non lo sottovalutate! È un campanello di allarme al quale dare il giusto rilievo.

La presenza di ematuria (questo è il nome scientifico del fenomeno) è un sintomo che può segnalare una sottostante patologia urologica, benigna o maligna.

Possiamo dire anzi che è il principale campanello di allarme per il tumore alla vescica. Tuttavia, una grande percentuale di pazienti con ematuria non è in grado di identificarne la causa e troppo spesso, specie se poi non compare più nel corso della giornata, l'episodio antipatico e sconvolgente viene dimenticato. Tuttavia, proprio perché spesso la presenza di sangue nelle urine spesso non è accompagnata da altri sintomi e ha un andamento capriccioso e imprevedibile, risulta molto difficile per i pazienti sospettarne da soli quale ne sia la causa. Invece il sangue nelle urine rappresenta un primo, sensibile indizio per un'appropriate e precoce indagine per la corretta gestione del sintomo.

L'Associazione Palinuro (Pazienti Liberi da Patologie Uroteriali) cerca di rendere consapevoli le persone sull'importanza di non sottovalutare il sintomo del sangue nelle urine, e quindi di rivolgersi subito al proprio medico curante affinché predisponga analisi appropriate e indirizzi il paziente verso lo specialista urologo poiché statisticamente all'ematuria corrisponde una reale neoplasia vescicale nel 70%-80% dei casi.

PaLiNUro, con un suo sito internet e la presenza su tutti i social, intende essere un punto di riferimento per il paziente che risulti affetto da carcinoma uroteliale, interpretandone i bisogni palesi e latenti. Da una parte aiutandolo a soddisfarli attraverso ascolto, sostegno, informazione, confronto, condivisione e coinvolgimento attivo; dall'altra fungendo da cassa di risonanza per amplificarli verso il mondo esterno, sensibilizzando istituzioni e opinione pubblica.

In questo senso, riguardo al fenomeno dell'ematuria, "Fermati al rosso e vai dal Medico" è lo slogan della Campagna che PaLiNUro sta portando avanti dallo scorso anno con lo scopo di sensibilizzare i cittadini sul tumore alla vescica. Non esistendo, al momento, alcuna possibilità di fare uno screening preventivo l'unica arma per limitare i danni del tumore alla vescica è pertanto la diagnosi precoce, attività che ci sentiamo impegnati a promuovere insieme alla Società scientifica degli urologi oncologi SIUrO.

Anche i Medici di Medicina Generale hanno il ruolo cruciale di essere interfaccia di prima linea e indirizzo di destinazione a cui convogliare le persone affette dai sintomi del tumore alla vescica. In questo senso come Palinuro abbiamo intrapreso una specifica campagna di informazione verso questi importanti professionisti della Salute ("Indaga il rosso!").

Il tumore alla vescica rappresenta il decimo tumore maligno più frequente a livello mondiale. In Italia la patologia interessa 280.000 persone. Alla prima diagnosi, il 75% dei pazienti presenta cancro alla vescica non muscolo-invasivo (NMIBC). In questi pazienti il tasso di recidiva a 5 anni è compreso tra il 60 e il 70% con una progressione verso la patologia muscolo invasiva (MIBC) nel 20-30% dei casi.

In ogni caso una diagnosi precoce è importante perché consente di intervenire tempestivamente con una terapia farmacologica precisa e efficace in gran parte dei casi. Su questo aspetto torneremo con un altro articolo.

Ma quali sono i passi successivi ad una indagine sulle cause dell'ematuria?

L'approccio allo studio delle cause responsabili dell'ematuria varia sostanzialmente secondo che l'ematuria sia macro- o microscopica. In entrambi i casi, è fondamentale che i medici inizino il loro percorso diagnostico raccogliendo una dettagliata anamnesi del paziente al fine di identificare possibili fattori di rischio specifici per una neoplasia vescicale, nonché le modalità di prima presentazione e decorso dell'ematuria. Questi dati sono spesso essenziali per orientare in modo corretto il percorso diagnostico successivo.

Sia l'ematuria microscopica (che si può rilevare da una analisi delle urine di routine) che quella macroscopica (visibile ad occhio nudo da chiunque) sono segni clinici di riscontro molto frequente anche nei presidi dell'assistenza sanitaria di base e costituiscono un importante segnale di possibili patologie sottostanti potenzialmente molto importanti dal punto di vista clinico.

Presso il medico curante si effettuerà una attenta raccolta anamnestica e un accurato esame fisico di ogni paziente. Prima di inviare il paziente allo specialista urologo, sarà fatto eseguire al paziente un esame citologico del sedimento urinario e una ecografia dell'apparato urinario.

La presenza di eventuali fattori di rischio segnalati nell'anamnesi sono essenziali per orientare gli esami di primo livello e fornire indicazioni preliminari sulla gravità della patologia sottesa. Ma quali sono questi fattori di rischio per una diagnosi di tumore vescicale?

Pur tenendo presente che esiste una piccola percentuale di pazienti per cui non si rilevano i sottoindicati fattori; tuttavia, le indicazioni degli urologi e la nostra esperienza sul campo ci porta a dire che in genere il tumore vescicale è correlato con:

- Età (> 60 anni)
- Precedenti episodi di ematuria macroscopica
- Sintomi irritativi cronici del tratto urinario inferiore
- Storia di fumo
- Esposizione professionale (coloranti, benzeni, ammine aromatiche)
- Trattamenti pregressi di chemioterapia a base di Ciclofosfamide
- Storia di infezione cronica del tratto urinario
- Pregressa radioterapia pelvica
- Infezioni ricorrenti delle vie urinarie
- Prolungata cateterizzazione

Attenzione però, se è importante cogliere in tempi rapidi il segnale di sangue delle urine perché in caso di diagnosi tempestiva di tumore alla vescica si può intervenire con una terapia mirata, non sempre tale sintomo si associa con un tumore in sede vescicale. Vogliamo quindi chiudere l'articolo con una tabella che i medici stessi di medicina generale utilizzano per l'anamnesi del paziente. Sia come sia il nostro forte suggerimento è: fermati al rosso e fai accertamenti! La tua salute vale!

*Associazione PalinUro



MST: la sifilide

di Paola Nasta*

EPIDEMIOLOGIA

La sifilide è un'infezione sessualmente trasmessa causata dal *Treponema pallidum*, un batterio appartenente all'ordine delle spirochete.

A livello globale, secondo la stima più recente dell'OMS, nel 2012, sono stimati circa 17,7 milioni di adulti di età compresa tra i 15 e i 49 anni affetti da sifilide e circa 6,3 milioni di nuovi casi nel 2016.

A livello Europeo invece, nel 2021 sono stati segnalati 25.270 casi confermati di sifilide in 28 paesi dell'UE/SEE, con un tasso di notifica di 7,0 casi ogni 100.000 abitanti.

Gli ultimi dati Italiani secondo l'ISS indicano che nel 2018, sono stati segnalati 1.526 casi di sifilide pari a un'incidenza di 2,5 casi per 100.000 abitanti. Dal 2015, i casi di sifilide sono aumentati di circa il 30% passando 1060 casi del 2015, a 1.526 casi del 2018.

CLINICA

Le manifestazioni cliniche della sifilide si suddividono in tre fasi:

Quella iniziale o primaria: è una lesione cutanea localizzata. Il periodo mediano di incubazione prima della comparsa di tale lesione è di circa 21 giorni (range da 3 a 90 giorni). La lesione inizia come una papula, che in genere (ma non sempre) è indolore, e compare nel sito di inoculazione. Questa si ulcera presto per produrre il classico sifiloma della sifilide primaria, un'ulcera di 1-2 centimetri con un margine rialzato e indurito (figure). L'ulcera ha generalmente una base non essudativa ed è associata a linfadenopatia regionale da lieve a moderata che è spesso bilaterale. Tali lesioni di solito si verificano sui genitali, ma occasionalmente i pazienti possono sviluppare ulcera anche in altre sedi

Figura 2: Sifiloma primario genitale. lesioni simili possono manifestarsi anche a livello del cavo orale

Entro poche settimane o pochi mesi dallo sviluppo dell'ulcera, circa il 25% degli individui con infezione non trattata sviluppa una malattia sistemica che rappresenta la sifilide secondaria.

Analogamente alla malattia primaria, le manifestazioni acute della sifilide secondaria si risolvono tipicamente spontaneamente, anche in assenza di terapia.

Figura 3: Sifilide secondaria rash maculopapulare diffuso. Il segno più tipico è il rash maculo-papulare cutaneo (figura) oltre a adenopatie, sintomi sistemici, gastrointestinali o neurologici.

Circa il 25-40% degli individui non trattati possono sviluppare la fase tardiva o sifilide terziaria che comprende varie manifestazioni, tra cui, manifestazioni cardiovascolari, manifestazioni neurologiche e la gomma luetica che si presenta come ulcere o lesioni granulomatoze con forma rotonda, irregolare o serpiginosa

Figura 4 :Sifilide terziaria

DIAGNOSI

Per la diagnosi si impiegano due test sierologici:

Test non-treponemici (RPR e VDRL) Sebbene questi test di screening siano aspecifici, e quindi non definitivi, sono utilizzati per lo screening iniziale della sifilide a causa del

loro costo relativamente basso, della facilità di esecuzione e della capacità di essere quantificati allo scopo di seguire la risposta alla terapia.

Test treponemici (TPHA, TPPA, FTA) sono stati storicamente più complessi e costosi da eseguire rispetto ai test non treponemici. Pertanto, sono stati tradizionalmente utilizzati come test di conferma per la sifilide quando i test non treponemici sono reattivi.

TERAPIA

La terapia consiste in una singola somministrazione intra-muscolo di 2.4 MUI di Benzil-Penicillina G

Sia per la forma primaria che secondaria. Mentre per la forma terziaria si somministra Penicillina G endovena per 10-14 giorni. Nei pazienti allergici, in alternativa si può somministrare Doxiciclina 100mg per 14/28 giorni.

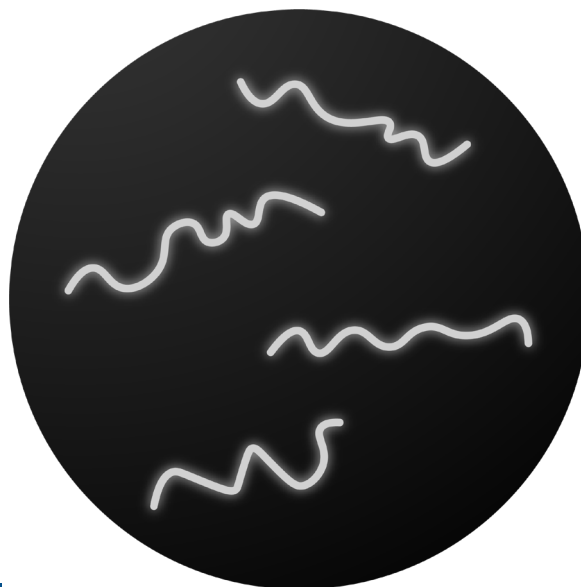
PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL DANNO

La prevenzione è di fondamentale importanza e può essere fatta in pochi semplici modi:

1. Uso del profilattico per proteggere i rapporti sessuali con partners non noti sia orali che genitali
2. Screening precoce: eseguire un test TPHA e RPR prima dei rapporti sessuali in modo da essere consapevoli della presenza o meno di una infezione latente. In caso di rapporto non protetto con un partner sconosciuto e a rischio per infezione il test va ripetuto dopo tre mesi dal rapporto
3. Fondamentale il "Contact Tracing" avvisare i partners dell'infezione in modo da poterli indurre a fare il test e curare una malattia verosimilmente non nota
4. Necessario il controllo del TPHA e RPR prima di programmare una gravidanza

Una volta curata la malattia non si trasmette più ed il ciclo infettivo si blocca.

L'uso di antibiotici prima dei rapporti al fine di ridurre il rischio di infezione non è assolutamente consigliato visto l'elevata probabilità che si sviluppino in un prossimo futuro resistenze del *treponema* ai farmaci attualmente in uso per curarla



*Specialista in Malattie Infettive, Direttore scientifico de Il Filo della Salute



Quali vitamine assumere: andiamo avanti, le B

di Luca Gallelli* e Cristina Vocca*

L'idea di "cucina medica" è antica quanto Ippocrate che recitava "fai che il cibo sia la tua medicina" a sottolineare come anche l'alimentazione concorra a farci stare bene.

Questo è quanto mai vero anche per le vitamine che, come visto per la vitamina A, sono nutrienti essenziali, ossia composti chimici che non siamo in grado di sintetizzare, ma dobbiamo necessariamente introdurre nell'organismo attraverso il cibo. Tra le tante vitamine, ci occuperemo questa volta della grande famiglia della vitamina B che conta ben otto membri (B1, B2, B3, B5, B6, B8, B12, Folati), diversi per struttura e per funzione, ma tutti ugualmente indispensabili per il benessere dell'organismo.

Iniziamo con la B1.

Quando il benessere passa dalla forchetta

La "Tiamina" o "Aneurina" o Vitamina B1 (Vit.B1) è un composto idrosolubile che possiamo ritrovare in concentrazioni ridotte sia in alimenti vegetali (come cereali integrali e legumi) che animali (come carne, frattaglie, molluschi). Regolare la dieta in modo da assicurarsi un'adeguata dose giornaliera, vedremo, è quanto mai importante.

Una volta introdotta col pasto, la Tiamina (ancora inattiva) viene assorbita nell'intestino tenue, agganciata all'albumina e trasportata, così, fino ai tessuti bersaglio, in particolare nel fegato, nel cuore, nel cervello, nel muscolo scheletrico e nei reni. Qui verrà trasformata nelle sue forme attive ("coenzimatiche"): Tiamina-pirofosfato (TPP) e Tiamina-trifosfato (TTP), più adatte ad esplicare le funzioni biologiche.

Vitamina B1, fonte di energia

La vit.B1 attiva (TPP) svolge il ruolo di coenzima, ossia aiuta l'enzima ad esercitare la sua attività catalitica. Nel dettaglio, entra in contatto con enzimi che sono alla base di vari meccanismi cellulari, quali:

- Metabolismo dei carboidrati, dei lipidi e degli aminoacidi, attraverso il quale l'organismo utilizza, genera e conserva sostanze che sono indispensabili per il suo funzionamento e la sua strutturazione.
- Ciclo di Krebs, attraverso il quale l'organismo ricava energia.
- Via dei pentoso fosfati, attraverso la quale le cellule producono il ribosio-5-fosfato, precursore basilare per la sintesi di DNA e tRNA, e il NADPH, un nucleotide utile per prevenire lo stress ossidativo.

Ma non solo. La vit.B1 attiva esercita un effetto protettivo anche sui nervi, in ben tre modi diversi:

- Regola la sintesi di acetilcolina, il messaggero chimico ("neurotrasmettitore") che i neuroni usano per comunicare.
- Regola la sintesi di mielina, una sostanza lipidica che riveste gli assoni dei neuroni per garantire una corretta trasmissione dell'impulso nervoso.
- Regola i canali del Cl⁻, in modo da modulare la genesi e la trasmissione dello stimolo nervoso.

Si può dire, quindi, che influenzando il metabolismo di più tipi di cellule e su più livelli, la vit.B1 deve essere ben presente nell'organismo e in quantità sufficiente a soddisfarne tutte le necessità.

Ebbene, la carenza di questo nutriente, invece, è un proble-

ma più comune di quanto possa sembrare.

Occhio alla dieta

A seconda dell'età e, quindi, delle necessità nutrizionali, il fabbisogno giornaliero di vit.B1 varia da 0.4 mg (nel lattante) a 1.5 mg (nell'adulto) fino a 1.8 mg (nella donna in gravidanza o allattamento).

Quantità che non sempre vengono rispettate, per molte ragioni.

Innanzitutto, la vit.B1 è termolabile, per cui la già scarsa concentrazione negli alimenti viene ulteriormente ridotta con la cottura. Oltre ciò, è anche sensibile ai conservanti alimentari e a numerosi farmaci, come diuretici, macrolidi, anticoncezionali, anticonvulsivanti che ne riducono la bio-disponibilità.

Se ciò non dovesse bastare, anche il malassorbimento intestinale e l'aumento del fabbisogno o dell'eliminazione possono cooperare al deficit, così come l'abuso di alcol.

Esiste, infatti, una linea diretta tra etilismo e carenza vitaminica o, per meglio dire, un circolo vizioso in cui l'eccesso di alcol provoca malassorbimento intestinale e favorisce la degradazione della vit.B1 attraverso i solfiti e, di contro, il deficit della vitamina riduce lo smaltimento dell'alcol da parte del fegato. Si genera, così, un disturbo detto Encefalopatia di Wernicke caratterizzato da paralisi del bulbo oculare, alterazione della deambulazione e della coordinazione dei movimenti e stato confusionale fino ad una vera e propria psicosi, detta di Korsakoff, con amnesia, disorientamento e allucinazioni.

Ancora più emblematico della carenza di vit.B è il beri-beri, un disturbo che, in forma lieve, può presentarsi con sintomi aspecifici come perdita di peso, malessere, confusione e irritabilità, ma che può anche evolvere in quadri più gravi e che sono, in genere, classificati come forma "secca", con neuropatia, debolezza muscolare e convulsioni, o forma "umida", con edema, insufficienza cardiaca, tachicardia e difficoltà respiratoria.

D'altro canto, l'integrazione di vit.B1 può essere risolutiva e ben tollerata, con un'eccezione: se somministrata per via endovena o intramuscolo, non è esente da effetti collaterali.



*UOC Farmacologia clinica e Farmacovigilanza AOU Dulbecco, Università degli Studi di Catanzaro

**UOC Farmacologia clinica e Farmacovigilanza AOU Dulbecco, Università degli Studi di Catanzaro



PARLIAMO NON IN ANDROLOGHESE

Se dico C di Circoncisione, che vuol dire?

di Chiara Polito*

Si tratta di un intervento chirurgico genitale tra i più antichi della storia dell'umanità. Deriva il suo nome dal latino *circum* = «intorno» e *caedere* = «tagliare», perché consiste nel «tagliare intorno» al glande, rimuovendo più o meno completamente quella porzione di cute che ricopre il glande (il prepuzio), suturando poi i margini residui.

Al giorno d'oggi la circoncisione viene praticata nell'adulto per correggere il restringimento, spesso acquisito, dell'anello di cute prepuziale, tale da provocare dolore o fastidio durante l'erezione, infiammazione o infezione del glande oppure, nei casi severi, difficoltà alla minzione.

Nei più giovani può invece essere indicata in caso di fimosi congenita, ossia di un'anomalia anatomica del prepuzio presente fin dalla nascita.

Si tratta di un intervento frequentemente praticato in regime ambulatoriale, di breve durata, con anestesia locale, possibile anche con l'impiego di apposite suture meccaniche monouso.

Si completa generalmente con la plastica (allungamento) del frenulo.

Se dico D di Disfunzione erettile, che vuol dire?

di Chiara Polito* e Carlos Miacola**

Con Disfunzione erettile si intende l'incapacità costante e persistente di raggiungere o di mantenere un'erezione tale da consentire un rapporto sessuale soddisfacente.

È una condizione relativamente comune nella popolazione generale, tanto più comune e tanto più severa se si considerano le fasce di età più avanzate.

La disfunzione erettile, anche lieve, ha un impatto significativo sulla qualità della vita dell'Uomo: ne condiziona l'immagine e la stima di sé e ne influenza la vita sessuale, personale e di coppia.

Può riconoscere diversi meccanismi causali e, spesso, si correla con numerosi fattori di rischio, molti dei quali sono condivisi con le patologie cardiovascolari maggiori e configurano o predispongono all'insorgenza della cosiddetta «sindrome metabolica»: fumo, obesità, vita sedentaria, aumento dei livelli di lipidi nel sangue, diabete mellito, ipertensione arteriosa.

Per quanto la causa vascolare, cioè correlata all'aterosclerosi, sia la più frequente, la disfunzione erettile può tuttavia anche derivare da una condizione psicologica: è l'origine spesso più riscontrata nei giovani, senza particolari problematiche di salute, le cui erezioni spontanee del sonno e del risveglio sono invece generalmente normali e valide.

Al giorno d'oggi sono disponibili tantissime soluzioni terapeutiche per la disfunzione erettile, adatte e personalizzate al singolo Uomo, per ritrovare il pieno benessere sessuale.

* SC Urologia, Ospedale Cardinal Massaia - Asti

congresso Macroregionale TUL 2024

di Francesco Barillaro*

In data 09.03.24, nella bellissima location di Villa Donatello a Sesto Fiorentino si è svolto il congresso Macroregionale TUL 2024.

Quest'anno, da un'idea del Prof. Nicola Mondaini e del Prof. Vincenzo Orlando il tema è stato davvero originale: L'etica in andrologia. Il congresso è stato aperto da una toccante lettura dal titolo "Che cosa vuol dire Etica in Andrologia" letta dal professor Maurizio Faggioni, medico chirurgo specialista in endocrinologia, frate Francescano e Professore Ordinario di Teologia morale. La prima parte del congresso ha quindi regalato interessanti relazioni di carattere clinico sulle principali patologie andrologiche con un focus verso aspetti etici della nostra professione e specialità. Si è discusso quindi di deficit erettile e sue terapie nel paziente sano e oncologico. Si è parlato di counselling, di nutraceutica e di condizioni cliniche complesse come il dolore pelvico cronico nel maschio e l'eiaculazione precoce e dei trattamenti attualmente disponibili e proponibili.

Il Presidente Palmieri ha illustrato le prossime attività della nostra società, quanto mai attiva e focalizzata verso la formazione e la crescita delle figure andrologiche del futuro. Dopo la presentazione del video che ha introdotto e invitato i partecipanti al Congresso Nazionale di Palermo, si è tenuta una tavola rotonda durante la quale il dottor Enrico Conti, la dottoressa Eleonora Meduri (chirurgo senologo) e la dottoressa Eleonora Nesi Frescobaldi (presidente dell'associazione Corri la Vita) hanno introdotto e argomentato quella che è la dicotomia tra Breast Unit e Prostate Unit, denunciando come sia necessario omologare le terapie funzionali (protesi) per i pazienti affetti da deficit erettile postoperatorio con quello che avviene oggi nella chirurgia protesica della mammella dopo intervento oncologico.

Nelle pazienti donna, a differenza dell'uomo, la chirurgia protesica è stata inclusa nei LEA anche grazie alle campagne di sensibilizzazione verso il problema. Ne è venuto fuori un interessante dibattito e la promessa di organizzare eventi di promozione della salute maschile al fine di poter sensibilizzare sempre di più l'opinione pubblica, magari coinvolgendo come parte attiva proprio le partner dei pazienti come vero "sesso forte" quando si parla di stakeholding! Nel pomeriggio sono ripresi i lavori e le sessioni dedicate al mondo della fertilità e della chirurgia andrologica con vivi ed interessanti dibattiti tra tutti i partecipanti. Quest'ultima sessione ha coinvolto molti giovani chirurghi andrologi che hanno potuto confrontare e rapportare idee ed esperienze con i colleghi più "anziani".

Per concludere le sessioni, il Prof. Vincenzo Orlando, coordinatore regionale Toscana e presidente del Congresso, ci ha regalato una bellissima e originale lettura sulla circoncisione rituale al giorno d'oggi. Al termine del congresso l'assemblea dei soci SIA ha deliberato la Liguria come la regione che ospiterà il prossimo congresso TUL 2025. Il titolo del congresso sarà "Androlog-IA: l'andrologia in epoca di artificial Intelligence".

Non ci resta che invitarvi tutti alla prossima TUL.



**CONGRESSO SEZIONE
TOSCO-UMBRO-LIGURE
L'ETICA IN ANDROLOGIA**

**9 MARZO
2024**
Sesto Fiorentino (FI)
Villa Donatello,
Casa di Cura

Presidente:
Prof. Vincenzo Orlando

Coordinamento Scientifico:
Prof. Nicola Mondaini

Dott. Francesco Barillaro
Dott. Mauro Saccomanni
Dott. Solaid Pohja
Prof. Vincenzo Orlando

 **SIA**
Società Italiana
di Andrologia

*Coordinatore sezione ToscoUmbroLigure



Congresso macroregionale LPVA “Andro-360, la salute dell’uomo a tutto tondo”

di Francesco Gaeta*

Sabato 16 marzo si è svolto a Varese, nella storica cornice del Centro Congressi Ville Ponti, il congresso Macroregionale della Lombardia, Piemonte, Val D'Aosta. Presidente del Congresso il Prof. Federico Dehò e Responsabile Scientifico il Prof. Paolo Capogrosso.

Dopo il saluto del Segretario della Società di Andrologia, Tommaso Cai, in rappresentanza del Presidente S.I.A., che ha riassunto i prossimi appuntamenti della società, tra cui il congresso nazionale a Palermo e il congresso NAAU nelle Langhe, riassunti da un bellissimo e “spaziale” filmato, e del Coordinatore Macroregionale Prof. Carlo Ceruti, il congresso è stato aperto da una interessante lettura del Prof. Giulio Carcano, ordinario di Chirurgia dell'Ateneo Varesino che ha illustrato la storia dell'ateneo e l'origine storica del suo simbolo, che poi è stato adattato per la facoltà di medicina. Il congresso si è articolato quindi in sei interessanti sessioni.

Nella prima, moderata da Ida Bianchessi e Tommaso Cai, si è discusso dell'importanza dell'andrologo per la salute maschile, con relazioni su stili di vita e sessualità, disfunzioni sessuali e salute maschile: un campanello d'allarme, gestione trasversale del paziente ipogonadico: non solo disfunzioni sessuali.

Nella seconda, moderata da Oreste Risi e Luca Boeri, il focus è stato il deficit erettile con una breve illustrazione del panorama di terapie non chirurgiche, ossia dei PDE5i in forma di compresse, spray, film, delle iniezioni intracarvenose e delle creme, per finire con le onde d'urto.

Nella terza sessione, moderata da Giorgio Del Noce e Fabrizio Scroppo, si è discusso sul binomio fertilità maschile= salute maschile, con relazioni su stili di vita e prevenzione per preservare la fertilità maschile, infertilità come proxy di patologie metaboliche e cardiovascolari e, per finire, una relazione sul rischio oncologico nel malato infertile.

Nella quarta sessione, moderata da Carlo Ceruti, Franco Gadda e Francesca Ragni si è parlato di prostata, salute e disfunzioni sessuali con relazioni su dismetabolismi e salute prostatica, prostatiti e disfunzioni sessuali e sull'importanza del counseling nel paziente candidato a chirurgia prostatica.

La quinta sessione, focalizzata su PMA e impatto sulla salute di coppia, sotto la moderazione di Antonino Saccà ed Eugenio Ventimiglia ha visto interessanti relazioni su aspetti psico-sessuologici, effetti nocivi a lungo termine sulla donna e impatto negativo delle terapie antiossidanti, gonadotropiniche e chirurgiche sull'uomo.

Il congresso si è concluso quindi con la sesta sessione, moderata da Vincenzo Altieri e Matteo Paradiso, in cui si sono affrontati i temi relativi alla chirurgia andrologica e i rischi per la salute maschile, con relazioni che hanno fatto il punto attuale sulla chirurgia di placca, sulla chirurgia protesica e sulla dibattuta vasectomia. Interessanti discussioni e un vivace dibattito sui temi proposti hanno animato il corposo

programma del Congresso che ha visto numerosi partecipanti delle tre regioni della sezione macroregionale.

Al termine del congresso l'assemblea dei soci SIA ha deliberato il Piemonte come la regione che ospiterà il prossimo congresso Macroregionale della Lombardia, Piemonte, Val D'Aosta nel 2025 e come sede è stata approvata quella della città di Cuneo.



*Specialista in Urologia, Andrologo certificato S.I.A.



L'andrologo al servizio dei LIONS, si può fare.

di Giuseppe Dachille* 

Carissimi amici, quest'anno ricopro la carica di presidente di Club del mio paese Palo del Colle-Auricarro, per chi non mi conoscesse, sono Giuseppe Dachille e lavoro presso il reparto di Urologia Universitaria del Policlinico di Bari e da circa 20 aa sono socio SIA. L'andrologo al servizio dei LIONS si identifica nel progetto MARTINA, un service che noi LIONS portiamo nelle scuole da tanti anni per ricordare la piccola Martina che all'età di 28 anni finì la sua vita a causa di un tumore al seno e prima di morire aveva chiesto che i giovani venissero informati ed educati in modo da non fare prematuramente la sua stessa fine. Inizia così questa campagna di sensibilizzazione dal 1999 condotta da tutti i Club Lions italiani grazie alla collaborazione di medici molte volte soci o non che divulgano nelle scuole il messaggio di Martina. Ma chi sono i LIONS? I Lions sono circa 1,5 milioni di volontari da ragazzi, giovani, adulti, senior, organizzati in club, distribuiti in oltre 200 paesi e aree del mondo che da oltre 100 anni continuano a scrivere la storia con atti concreti, donazioni ed opere di volontariato in ogni angolo della Terra.

Con il progetto Martina partono così incontri nelle scuole superiori con ragazzi degli ultimi anni di scuola IV e V anno che periodicamente nel periodo primaverile vedono trattare argomenti che riguardano il tumore del testicolo, seno, utero, melanoma a questi ogni club eventualmente potrebbe aggiungere altri tumori, andando ad integrare un programma già ricco. Per me in duplice veste di andrologo-urologo e socio Lions è un'esperienza che non si può tradurre con parole ma è una esperienza emozionante, indescrivibile e densa di grandi sensazioni.

Parlare a ragazzi di 17-18 anni, guardare le loro facce, ascoltare le loro domande sempre pertinenti, rispondere ai loro dubbi e perplessità, non ha prezzo ed è una esperienza veramente unica. Nel progetto Martina si identifica a pieno penso, la figura dell'andrologo medico e del socio Lions che fa in questa forma di servizio una delle sue mission, in questo mi ritengo davvero fortunato.

Prevenire specie a questa età quelle che potrebbero essere delle patologie devastanti e con gravi complicanze e conseguenze in entrambi i sessi è a nostro avviso un compito importante che vede nel progetto MARTINA la sua massima realizzazione. Vitale è l'importanza del service cancro pediatrico che accanto al diabete, disastri ambientali, la vista, la fame, giovani, le cause umanitarie del pianeta, rappresentano i vari campi di servizio e di mission dei Lions International in tutto il mondo.

La scuola e i giovani sono il terreno su cui seminare ed investire per prevenire e sconfiggere malattie e tumori e in questo compito l'andrologo e il Lions hanno lo stesso comune denominatore. Infatti in questo particolare service progetto Martina le due associazioni SIA e LIONS sembrano perseguire gli stessi obiettivi e finalità mirante appunto alla prevenzione nei giovani e nelle scuole. Indirettamente e in maniera inconsapevole sembra come se tra le due associazioni sia stato stretto un legame indissolubile ed imperituro che trova la concretizzazione nella figura del andrologo-Lions. Mi piacerebbe sapere infatti se in SIA ci fossero altre figure simili in modo da condividere queste esperienze fraterne, per tale motivo sono aperto a qualsiasi scambio di idee e opinioni in merito. " Il servizio non è solo per il tempo libero. Il servizio dev'essere un atteggiamento della vita che trova modi per esprimersi concretamente in ogni comportamento". Robert Baden Powell.



**PROGETTO
MARTINA**
parliamo con i giovani dei tumori



SOCIAL SIA

di Carlos Miacola*

La Società Italiana Andrologia - SIA è da sempre impegnata nell'informazione e nella sensibilizzazione della popolazione maschile verso i temi della prevenzione andrologica e delle patologie sessuali fornendo informazioni chiare, immediate, dirette e sempre con il rigore e la serietà delle basi scientifiche.

Comunicare contenuti scientifici attraverso i canali social è un'attività che sta progressivamente vedendo aumentare i numeri di "followers" e simpatizzanti online.

Rappresenta infatti un mezzo moderno per poter raggiungere facilmente anche le fasce di età più giovani che, purtroppo spesso, non ricevono, dagli stessi social, nozioni corrette e approfondite.

La presenza della SIA nei social network è molteplice e diversificata: da anni siamo attivi su Facebook ed Instagram con pagine di divulgazione scientifica sui principali temi di attualità che riguardano il mondo andrologico. I contenuti sono rivolti sia ai soci SIA, promuovendo gli eventi scientifici nazionali e locali e con puntuali report dai principali congressi patrocinati, sia al grande pubblico, con lo scopo di diffondere la conoscenza e la consapevolezza sulle principali patologie andrologiche ed invitando ad approfondire le tematiche attraverso un sistema di messaggistica diretta che comunica con l'utente.

Da quest'anno è stato inaugurato un nuovo canale, "#unminutoconlAndrologoSIA", e siamo approdati su TikTok, scelta necessaria ed inevitabile per poter parlare di prevenzione andrologica anche agli adolescenti. Si tratta di una sfida impegnativa, ambiziosa ma di grandissimo successo: ci proponiamo di avvicinare i ragazzi parlando di sintomi comuni, spesso considerati tabù, troppo privati per essere espressi ai genitori o al Medico di Famiglia ma di cui spesso si chiacchiera (solo) tra coetanei. TikTok, in un minuto, parla in modo semplice, chiaro ed immediato e risolve tanti dubbi e curiosità, creando una community consapevole sui temi di cui tutti ci occupiamo, ricercando la conoscenza oltre la semplice informazione.



andrologiaitaliana.it



iouomoinalute.it





L'integratore per il mantenimento
del **benessere** e la **salute**
dell'**UOMO**

CONSIGLIATO DAGLI ANDROLOGI ITALIANI DELLA SIA



CONGRESSO NAZIONALE SIA

29-31
MAGGIO 2024

48° ANNO

Presidenti del Congresso
Danilo Di Trapani | Emilio Italiano



HOTEL LA TORRE
PALERMO



Segreteria Scientifica



Società Italiana di Andrologia
Via Torino, 135 - 00184 Roma
Tel. 06 80691301
Fax 06 8066226
sia@andrologiaitaliana.it

Segreteria Organizzativa



MCO International
Palazzina Bemporad
Via L. C. Farini, 11 - 50121 Firenze
Tel. 055 2639073
congressosia@mcointernationalgroup.com

Segreteria Amministrativa



SIA Benefit Community srl
Via Torino, 135 - 00184 Roma
Tel. 06 80691301
info@siabc.it