

# IoUomo

www.andrologiaitaliana.it



Anno VII nr. 3  
Reg. Trib. Roma nr. 185/2016

Quadrimestrale di divulgazione scientifica della Società Italiana di Andrologia • **NOVEMBRE 2017**

**IoUomo... bambino** di Enrico Conti

**Il neonato e il testicolino che non scende. Quando trattarlo e come.**

**IoUomo... adulto** di Fabrizio Palumbo

**Disfunzione erettile: meccanismi molecolari e terapie a disposizione**

**IoUomo... adulto** di Paolo Turchi

**Effetti della età sulla fertilità maschile**

**IoUomo... adulto** di Diego D'Agostino

**La prevenzione della Disfunzione Erettile**

**IoUomo... adulto** di Girolamo Morelli e Andrea Cocci

**L'eiaculazione precoce secondaria**

**IoUomo... in coppia** di Roberta Rossi

**Sessualità e benessere di coppia**

**Riflessioni su... L'Uomo** di Andrea Guerri

**Io... persona: la relazione di coppia**

**Riflessioni su... L'Uomo** di Andrea Salonia

**Della Solitudine**





# Una pillola sulla Società Italiana di Andrologia

**L**a Società Italiana di Andrologia (SIA) costituita a Pisa il 14 Febbraio del 1976, ad opera di lungimiranti pionieri, è una comunità di studiosi italiani e stranieri che svolge attività clinica o di ricerca in campo andrologico. Promuove gli studi e la ricerca nel campo dell'Andrologia e si prefigge l'attività di formazione, informazione, prevenzione, diagnosi e cura delle malattie dell'apparato genitale maschile in ogni fascia di età e affronta tutti gli ambiti della medicina sessuale e riproduttiva del maschio e della coppia. Si tratta di un campo medico molto vasto che spazia dalle affezioni della sfera genitale maschile, quali la disfunzione erettile, l'infertilità, le malformazioni degli organi genitali maschili fino a problematiche più complesse quali l'eiaculazione precoce e le disfunzioni sessuali della coppia.

Oggi i canali dai quali ottenere informazioni sanitarie di varia specie si sono moltiplicati e nell'oceano di comunicazione medica che quotidianamente ci sommerge c'è grande fame di notizie verificate in particolare sugli argomenti andrologici, la sessualità di coppia, il benessere dell'uomo ad ogni età, la fertilità, i temi della prevenzione. La difficoltà corrente è ottenere questo tipo di informazioni in maniera semplice, con linguaggio comprensibile per tutti accanto ad una competenza professionale che garantisca sulle notizie che vengono fornite.

Il rinnovato impegno della SIA nel progetto editoriale IoUomo si caratterizza anche per la presenza sul web, con un sito dedicato alla rivista [www.iouomo.eu](http://www.iouomo.eu) all'interno del quale è possibile scaricare i file delle riviste complete o accedere ai singoli articoli e ad eventuali approfondimenti forniti dagli autori. Tali contenuti sono facilmente raggiungibili anche tramite lo smartphone inquadrando il QR code presente in copertina e all'inizio di ogni articolo della versione stampata.

*Buona lettura a tutti!*



IoUomo

RIVISTA DI INFORMAZIONE,  
EDUCAZIONE E PREVENZIONE  
ANDROLOGIA

## Registrazione:

nr. 185/2016 presso il Tribunale di Roma

## Editore:

Teleservice soc. coop a r.l.

**Direttore responsabile:**  
Carlotta Spera

**Direttore Scientifico:**  
Prof. Ciro Basile Fasolo

**Progetto grafico ed impaginazione:**  
Studiozeta sas - Napoli

**Fotografie:** ©Fotolia.com (dove indicato)

**Stampa:** Rotostampa srl - Lioni (AV)

## Comitato Esecutivo S.I.A.

**Presidente:** Alessandro Palmieri

**Segretario:** Tommaso Cai

**Tesoriero:** Fabrizio Palumbo

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

**Delegato Nazionale per le Sezioni Regionali:** Alessandro Zucchi

per informazioni  
**800.999.277**

**Segreteria SIA:**  
Emma Milani, Mariateresa Spata,  
Valentina Pisacane

## EDITORIALE

Prof. Ciro Basile Fasolo  
DIRETTORE SCIENTIFICO



**G**entili Lettrici e Gentili Lettori, la salute al maschile comincia fin dalla nascita e in questo numero Enrico ci parla di quelle condizioni per cui nel piccolo nato non si trova un testicolino, situazione che non deve spaventare i genitori, che devo necessariamente osservare il bambino e porlo alla attenzione del medico competente. Sempre con un'ò di attenzione deve comportarsi il giovane maschio perché nella adolescenza (e poi nella vita adulta) piccoli nemici possono creare noie e talora conseguenza in maniera invisibile e subdola: Tommaso Cai ci parla, dunque, del virus del papilloma, assai frequente nei maschi. Dall'adolescenza all'età adulta: Paolo Turchi affronta il tema degli effetti della età sulla fertilità, tema attualissimo visto che oggi giorno molti hanno figli oltre i 35-40 anni, mentre Girolamo Morelli con le sue riflessioni sul-

la eiaculazione precoce e Roberta Rossi sui fattori di benessere nella sessualità di coppia ci portano ancora una volta a considerazioni sulla vita di relazione a due. Completano il numero, Andrea Guerri riflettendo sulla persona e la relazione di coppia e Andrea Salonia, che con splendide parole, all'apparenza amare, ci ricorda come sia importante una vita fatta di relazioni con gli Altri. Come sempre trovate questi ed altri argomenti sviluppati ed approfonditi sulla versione on-line di IoUomo, visitando il sito [www.iouomo.eu](http://www.iouomo.eu) dove è possibile scaricare i file di tutti i numeri della rivista pubblicati sino ad oggi. Seguiteci, suggeriteci curiosità, criticità e quanto desiderate leggere. La nostra maggiore felicità è che ci aspettate, per seguirci nei nostri viaggi nella cultura andrologica... e non solo. Al prossimo numero... e grazie per la vostra attenzione e sensibilità.



# Il neonato e il testicolino che non scende. Quando trattarlo e come

“Mamma, mi sono perso un testicolo!?” potrebbe essere l'incipit di una disavventura vissuta da genitori sconcertati dal riscontro occasionale durante un cambio di pannolino della mancanza di uno dei testicoli del loro piccolo. In effetti, il problema di un testicolo non disceso (TND), è **una delle più comuni anomalie nel neonato**, con una incidenza può arrivare fino all' 8% dei neonati a termine e al 30% dei nati prematuramente. Questo accade perché la zona anatomica di formazione del testicolo è situata all'interno dell'addome dell'embrione umano. Nelle successive fasi di sviluppo, i testicoli debbono raggiungere la loro sede scrotale, per garantire alle ghiandole maschili una temperatura inferiore a quella dell'interno del corpo, condizione necessaria alla fertilità degli spermatozoi. Quindi, se per un errore occorso nella fase di sviluppo del feto, un testicolo non si trova nella sua sede normale, ad eccezione di casi particolari (testicolo ectopico), esso sarà situato in un punto qualsiasi lungo la sua “via di discesa”: generalmente nella regione inguinale, più raramente all'interno dell'addome. Ovviamente, trattandosi di una condizione piuttosto frequente, se ne deve accertare l'eventualità fin dalla prima visita da parte del neonatologo. Nell'80% dei casi il TND viene facilmente localizzato **in sede inguinale**, mentre nel restante 20% non è palpabile: è questo il caso del testicolo ritenuto in addome ovvero del tutto assente. Oggi la diagnosi è facilitata dagli ultrasuoni (ecografia) o, in caso di testicolo non palpabile, dalla risonanza magnetica nucleare, indagine che permette di localizzare anche testicoli nascosti in sede molto profonda. In alcuni casi accade che i testicoli, ambedue presenti alla nascita, “risalgano” spontaneamente nell'inguine durante primi mesi di vita, sconcertando mamma e papà. Niente paura: una **visita pediatrica**, eventualmente supportata da uno specialista andrologo, servirà a chiarire la diagnosi di testicolo retrattile o testicolo

“in ascensore”, che tende a risolversi spontaneamente e quindi non richiede quasi mai un trattamento specifico. Ma che si tratti di un testicolo realmente non disceso o di un testicolo in ascensore, è opportuno fornire alcune “pillole” di andrologia pediatrica, con i punti chiave da tener presenti. Nella maggior parte dei casi di TND, **la discesa del testicolo avviene spontaneamente** durante i primi 6 mesi di vita, quindi in questa prima fase non è indicato alcun trattamento. Successivamente al sesto mese di vita, la discesa spontanea del testicolo è invece più rara. Per questa ragione le linee guida di tutte le società scientifiche concordano nel porre l'indicazione al **trattamento del TND tra il 6° e il 12° mese di vita** e non oltre: questo perché oltre tale epoca il rischio di

## il testicolo non disceso è una delle più comuni anomalie nel neonato

un danno sul futuro potenziale fecondativo di un testicolo “fuori sede” è alto. I genitori devono essere informati che nella maggior parte dei casi, il trattamento del TND consiste in un **intervento chirurgico**: se il testicolo è nell'inguine, l'intervento consiste nell'inserimento del testicolo nella sua sede anatomica corretta (orchipessi). Nei casi in cui in testicolo è ritenuto in addome vicino alla regione dell'inguine, l'intervento è più complesso (orchipessi di Stephen-Fowler) e si svolge in due tempi differenti: nella prima fase si legano i vasi gonadici. Dopo qualche mese, una volta sviluppato un circolo arterioso compensativo, si “sposta” il testicolo nella sua sede anatomica. In casi di **testicolo ritenuto in posizione addominale** lontana dall'inguine, si può ricorrere in casi molto ben selezionati all'autotrapianto del testicolo che significa appun-



to spostarlo in sede adeguata effettuando un delicato “spostamento” dei suoi vasi nutritizi. Se le condizioni anatomiche del testicolo ne ostacolano il riposizionamento scrotale, è assolutamente indicata la sua **rimozione chirurgica**. Infatti, la presenza di un testicolo “nascosto” nell'organismo (in presenza dell'altro testicolo ben sviluppato in sede normale), non offre alcun vantaggio, mentre comporta un rischio elevato di sviluppare un tumore maligno al suo interno. In casi particolari la discesa del TND può essere stimolata con terapia ormonale, ma si tratta di una minoranza di piccoli pazienti, poiché la superiorità dell'efficacia dell'intervento chirurgico rispetto al trattamento ormonale è indiscussa. Infine, nei rari casi di TND bilaterale, è imperativa una valutazione multidisciplinare insieme all'**endocrinologo pediatrico**, poiché si potrebbe essere in presenza di una malattia genetica di portata e significato ben diversi dal TND monolaterale. In conclusione: i genitori ricordino che in presenza di un testicolo non disceso monolaterale, la strategia “attendistica” è mandatoria per i primi 6 mesi di vita, perché **le probabilità di discesa spontanea sono elevate**. In tutti gli altri casi, dopo un adeguato inquadramento diagnostico, il trattamento di scelta del TND è di tipo chirurgico e andrebbe effettuato possibilmente entro il 12° mese di vita. La terapia ormonale non costituisce oggi un trattamento standard e la sua indicazione andrebbe posta solo in casi particolari.





# Disfunzione erettile: meccanismi molecolari e terapie a disposizione

**L**a disfunzione erettile (DE) è definita come l'incapacità di ottenere e mantenere un'adeguata erezione del pene tale da garantire un'attività sessuale soddisfacente. È un disturbo molto comune, con una prevalenza stimata tra il 2 e il 10% negli uomini tra i 40 e i 50 anni e tra il 30 e il 40% negli uomini dai 60 ai 70 anni.

L'eziologia di tale disturbo è multifattoriale. Infatti, nella capacità di ottenere e mantenere l'erezione sono coinvolti fattori organici, fisiologici, endocrini e psicogeni.

La salute sessuale è considerata, inoltre, come un riflesso della salute generale: la disfunzione sessuale maschile avrà un impatto negativo sulla qualità della vita dei pazienti e anche delle loro partner.

## MECCANISMI MOLECOLARI ALLA BASE DELLA DE

In condizioni fisiologiche, l'erezione del pene è mediata da messaggeri molecolari che agiscono sulle cellule muscolari lisce dei corpi cavernosi.

Il principale è l'ossido nitrico (NO) che a seguito di uno stimolo nervoso viene rilasciato sia dall'innervazione autonoma sia dall'endotelio vascolare, aumentando la produzione di guanosin-monofosfato ciclico (cGMP) nei corpi cavernosi. A sua volta il cGMP, attraverso una cascata di reazioni, che vede coinvolte le protein-chinasi G, provoca in successione: riduzione del calcio intracellulare, rilassamento della muscolatura liscia dei corpi cavernosi, vasodilatazione delle arterie e infine erezione del pene. Il muscolo liscio cavernoso recupera il suo tono originale grazie alla degradazione del cGMP, operata dall'enzima fosfodiesterasi di tipo 5

(PDE-5), divenendo così il mediatore chiave della detumescenza del pene.

L'erezione successiva al rilassamento delle cellule muscolari lisce è anche indotta da un aumento dei livelli di adenosin-monofosfato ciclico (cAMP), mediato da prostaglandine vasoattive (PGE1 e PGE2), sintetizzate all'interno del tessuto cavernoso. La produzione di PGE1 è inibita nello stato di flaccidità ed è invece stimolata durante l'erezione.

I principali farmaci per il trattamento della disfunzione erettile agiscono proprio a livello di queste due vie molecolari.

## OPZIONI TERAPEUTICHE PER LA DISFUNZIONE ERETTILE

Il trattamento della disfunzione erettile ha dimostrato di avere un effetto positivo sulla qualità della vita e sul grado generale di benessere sia dei pazienti che delle loro partner. Le linee guida dell'Associazione Europea di Urologia consigliano come primo approccio terapeutico alla DE, la modifica degli stili di vita scorretti dei pazienti e, se non sufficiente, l'utilizzo dei farmaci inibitori della fosfodiesterasi-5 (PDE5) tra cui: sildenafil, tadalafil, vardenafil, avanafil (che differiscono tra loro principalmente per la durata d'azione). Si tratta di una classe di farmaci orali (comprese) che ha mostrato globalmente una efficacia elevata e il cui meccanismo d'azione si basa sull'inibizione della PDE5, l'enzima che degrada cGMP (il mediatore dell'azione del NO). L'inibizione della PDE5 comporta un accumulo di cGMP, con conseguente erezione del pene più stabile e prolungata.

Tuttavia, esistono alcuni pazienti che non possono assumere o che non rispondono a questa tipologia di trattamento. Infatti, come

per tutti i farmaci, anche per gli inibitori della PDE5 vanno considerati alcuni aspetti di sicurezza, tra cui quello cardiovascolare. Dal momento che esiste un certo grado di rischio cardiaco associato alla DE, i medici prima di iniziare il trattamento con questa categoria di farmaci, dovrebbero considerare attentamente lo stato cardiovascolare dei propri pazienti. Inoltre, gli inibitori delle PDE5 hanno diverse interazioni farmacologiche sulla base delle quali sono controindicati in combinazione con altre terapie.

Il questi casi un'alternativa terapeutica è rappresentata dal trattamento locale a base di Alprostadil, analogo sintetico della prostaglandina E1 (PGE1), prima menzionata.

L'utilizzo topico fa sì che solo una minima percentuale del farmaco sia dispersa a livello sistemico e interferisca con altri apparati: quest'ultimo aspetto rende i trattamenti locali con Alprostadil ben tollerati in pazienti che presentano altre patologie (ad es. ipertensione, diabete, disturbi urinari) o/e che assumono altre terapie in maniera cronica.

Il trattamento locale può avvenire attraverso l'iniezione intracavernosa o attraverso l'assorbimento intrauretrale di Alprostadil. In particolare, quest'ultima soluzione terapeutica consiste in una crema fornita in un dosatore, che deve essere avvicinato alla punta del pene in corrispondenza del meato uretrale, per far cadere al suo interno il farmaco.

In definitiva, quindi, esistono diverse opzioni terapeutiche per il trattamento della disfunzione erettile che sono a disposizione dell'andrologo affinché la terapia possa essere ritagliata in maniera quasi sartoriale in base alle caratteristiche e alle esigenze del singolo paziente.



# Effetti dell'età sulla fertilità maschile

Una delle cause più importanti della **riduzione della natalità** nei paesi industrializzati, come noto, è la ricerca tardiva della gravidanza. La fertilità femminile inizia a decadere, gradualmente, a partire dalla terza decade di vita, per subire poi un crollo quasi verticale dopo i 40 anni. Nel maschio il problema età è stato a lungo sottovalutato avendo esempi di uomini che esperiscono la paternità perfino dopo gli 80 anni. Gli studi di questi ultimi 20 anni hanno però rilevato che anche nell'uomo c'è un **decadimento importante**, con il passare degli anni, soprattutto a causa di una minore capacità di identificare e distruggere gli spermatozoi danneggiati, processo chiamato apoptosi, che garantisce la migliore qualità seminale. Questo significa che nell'eiaculato di uomini che hanno più di 35 anni, ci può essere un numero maggiore di spermatozoi danneggiati, meno capaci di fecondare, e più capaci di provocare aborti spontanei o trasmettere difetti genetici.

**Da quale età si può essere considerati troppo vecchi per essere padre?** Da anni, soprattutto nell'era della procreazione medicalmente assistita, il dibattito è aperto, ma ha riguardato quasi esclusivamente gli aspetti etici e sociali. Per il maschio insomma l'unico problema per diventare padre pareva essere quello di avere una partner sufficientemente giovane. Oggi sappiamo che con il tempo l'uomo, pur continuando a produrre spermatozoi, ne genera progressivamente meno e con più difetti, anche di tipo genetico, abbassando la capacità di concepimento di una coppia. E' stato calcolato che se la donna ha meno di 25 anni, il tempo medio necessario per concepire è



di 4 mesi circa se anche l'uomo ha meno di 25 anni, ma diventa di quasi 2 anni se l'uomo ha più di 40 anni. Altri studi hanno confermato che per gli **uomini con più di 45 anni** è necessario il quintuplo del tempo per concepire rispetto agli uomini con meno di 25 anni. Un altro effetto dell'età paterna avanzata si ha nell'aumento dei casi di aborto spontaneo, che diventano più probabili quando l'età del padre supera i 40 anni. E' plausibile che l'aumento di rischio di aborto sia dovuto al fatto che spermatozoi di uomini più anziani abbiano maggiori mutazioni genetiche. Questo tema è stato oggetto di diversi studi di correlazione tra età paterna e presenza di malattie ereditarie nei figli. Le conclusioni di questi studi sono state che ai figli vengono trasmesse molte più **mu-**

**tazioni genetiche** da parte dei padri che da parte delle madri, a causa della diversa genesi di ovociti e spermatozoi. Dato che le mutazioni aumentano con l'aumentare dell'età del padre, uomini più anziani trasmetteranno più facilmente patologie come la depressione, l'autismo e la schizofrenia e sindromi cromosomiche come quella di Down. Una ricerca pubblicata su Nature nel 2014 ha stimato che le probabilità di essere autistici per i figli di padri di 45 anni sono 1,5 volte più elevate dei figli di padri di 24 anni. La possibilità che questa trasmissione avvenga è comunque estremamente bassa e maggior parte delle mutazioni del DNA trasmesse ai figli sono innocue. In quali uomini il rischio è maggiore?

Gli uomini che rischiano maggiormente di non concepire o di trasmettere difetti genetici, sono quelli esposti all'effetto di patologie come il **varicoccele** o le malattie infiammatorie degli organi genitali o che si espongono a fattori di rischio quali il fumo di sigaretta o l'abuso di alcolici o di altre sostanze. Si tratta di malattie curabili e di fattori di rischio modificabili sui quali è utile soffermarsi.

Gli studi che correlano infertilità e **fumo di sigaretta** sono numerosi e dimostrano

in modo consistente un danno diretto sulla qualità dei parametri seminali dose dipendente. L'esposizione degli spermatozoi a componenti tossici, come la nicotina o la cotinina, ne danneggia il DNA, riduce le capacità antiossidanti del plasma seminale e incrementa i radicali liberi dell'ossigeno (ROS). Il danno esercitato dall'**alcol** riguarda l'asse ormonale ipotalamo-ipofisi-gonadi, con una relazione negativa dose-dipendente. Bere più di 40 grammi di etanolo al giorno può indurre danni anche severi alla

qualità seminale con aumento delle possibilità di gravidanza.

Quali esami fare nella ricerca tardiva di paternità?

Per studiare il decadimento della capacità riproduttiva età correlata, non ci sono esami specifici. Vale l'iter diagnostico raccomandato per ogni altro maschio infertile. La **visita specialistica andrologica** rimane il punto di partenza clinico e lo spermiogramma, eseguito secondo i criteri dell'OMS, quello laboratoristico. Il medico potrà richiedere ulteriori indagini, su sangue, su liquido seminale o con esami strumentali, in base alle problematiche eventualmente riscontrate. Negli ultimi anni è stato fatto largo uso, in laboratori specializzati, del test di frammentazione, un esame che si esegue su liquido seminale e che è in grado di studiare la qualità del DNA dello spermatozoo, che appare particolarmente danneggiato negli uomini esposti a fattori di stress ossidativo. L'età è un fattore di stress ossidativo indipendente e questo test potrebbe essere utile in uomini oltre i 35 anni, in particolare quando il fattore anagrafico è associato ad altri noti come causa di stress ossidativo, quali quelli elencati precedentemente.

Come proteggersi dai rischi? **Praticare sport regolarmente** riduce il rischio di trasmettere danni genetici, perché favorisce un allungamento dei telomeri, una sorta di cappuccio protettivo dei cromosomi. Inoltre limitare gli alcolici, dimenticare il fumo e mangiare bene. Privilegiando alimenti antiossidanti.

## CONCLUSIONI

Anche se l'uomo conserva le sue potenzialità riproduttive per la maggior parte della sua vita, oggi sappiamo quali cambiamenti si verificano e quali **potenziali conseguenze** ci possano essere con l'aumentare dell'età. Anche se sulla base delle conoscenze attuali non è giustificato dissuadere gli uomini meno giovani dal tentativo di diventare padre, di tali potenziali conseguenze è dovere della comunità medica informare le coppie infertili.

## per gli uomini con più di 45 anni è necessario il quintuplo del tempo per concepire rispetto agli uomini con meno di 25 anni

spermatogenesi, mentre un'assunzione moderata di alcool (1 bicchiere di vino al giorno) non risulta essere dannosa. Parlando poi dell'uso di **sostanze stupefacenti**, non solo gli oppioidi ma anche i cannabinoidi possono danneggiare la fertilità. La marijuana blocca il rilascio ipotalamico dell'ormone GNRH, con conseguente alterata produzione testicolare di testosterone e di spermatozoi. Più di un terzo dei consumatori abituali di marijuana ha ridotte concentrazioni di spermatozoi nel liquido seminale, con un effetto dose-dipendente che è reversibile ma può richiedere mesi e a volte anche anni per risolversi. È importante poi soffermarci sulla relazione **alimentazione/obesità** e riproduzione. La fertilità può diminuire tanto in uomini sovrappeso quanto in quelli francamente obesi. È quindi importante mantenere un indice di massa corporea (rapporto tra peso e altezza) normale, cioè tra 20 e 25 kg/m<sup>2</sup>. Alimenti ricchi in pesce, frutta, verdura, legumi e cereali integrali, sono stati associati a una migliore motilità degli spermatozoi se



comparati con diete ricche in carne rossa, insaccati, pizza, bevande zuccherine e dolci. Benché i dati non siano univoci, diete equilibrate per contenuto di vitamina C, zinco, selenio, folati, carnitina e carotenoidi, glutathione e coenzima Q10 sono state associate a una riduzione dei ROS e a una migliore

# Disfunzione erettile ...oltre la pillola

“Sindrome Metabolica” e “Stile di Vita” sono gli argomenti ad oggi più ricorrenti nell’ambito della salute generale e nella prevenzione delle patologie sessuali maschili e femminili.

In primis, migliorare lo stile di vita riducendo stress, sedentarietà e abolendo consumi voluttuari. Prevenire la sindrome metabolica con la più sana dieta mediterranea e comunque combatterla integrando trattamenti farmacologici mirati. Protagonista di tale sindrome, oltre all’eccesso di colesterolo, trigliceridi ed acido urico, è l’iperglicemia intesa come Diabete mellito di tipo 1, congenita ed esordiente con la nascita, e soprattutto il tipo 2, ossia dell’adulto di entrambi i sessi con prevalenza nell’uomo di mezza età. Può avere un esordio subdolo e restare a lungo misconosciuta e scompensata con grave danno per tutto l’organismo ed in particolare proprio sulla sfera urinaria e sessuale. Arrivati a scoprirla con un’adeguata diagnosi, occorrerà un’altrettanto adeguata valutazione medica

specialistica per ricompensarla attraverso dieta e farmaci orali o iniettivi. La sessualità risulta particolarmente a rischio in queste persone, sia per la funzione ormonale (desiderio) che per quella erettiva ed eiaculatoria. Allora l’Andrologo potrà utilmente affiancare il diabetologo per ridurre i danni, preservare e, con adeguati strumenti, rendere soddisfacente al meglio la sessualità del singolo e quindi della coppia. Nello strumentario andrologico il Vacuum riveste un ruolo ambivalente, riabilitativo e funzionale rivolto ad entrambi gli aspetti della sessualità. Vacuum significa dispositivo a vuoto. La sua funzione è, infatti, quella di produrre una depressione attorno al pene per provocare meccanicamente un incremento della pressione intracavernosa generando, quindi, il flusso ematico assente. L’ossigenazione forzata passiva induce l’erezione in un brevissimo tempo (da 30 sec a 2/3 minuti). Il dispositivo può essere utilizzato in due differenti momenti: quello destinato allo stretching vascolare (esercizio di stiramento,

distensione) e quello riservato al rapporto sessuale. Sarà lo specialista Andrologo a suggerire quanto tempo dedicare al primo, anche se normalmente potrebbe consistere da 2/3 sessioni settimanali di circa 15 minuti sino a 1/2 sessioni quotidiane. Spesso, anche solo dopo un breve periodo di riabilitazione con VACUUM, si recupera l’elasticità, la consistenza e le dimensioni, si riprende la spontaneità erettiva o l’erezione in associazione con i farmaci che l’andrologo vi suggerisce, oppure il pene si mantiene eretto con l’ausilio di un laccetto da mettere alla base del pene una volta che questo sia esteso all’interno del cilindro. A volte, se è presente una buona erezione senza mantenimento (la cosiddetta fuga venosa), è sufficiente il posizionamento di un laccetto alla base. Le armi a disposizione per l’Andrologo sono molte. Basta saperle utilizzare ed individuare il paziente adatto a quella terapia.



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

Riappropriati della tua **salute sessuale**



Per info contatta **MEDIS** VIA Massimo d’Azeglio, 1120089 Rozzano Milano tel 028255435  
fax 0299983090 [intmedis@tin.it](mailto:intmedis@tin.it)





# La prevenzione della Disfunzione Erettile

**L'**erezione e l'eiaculazione sono l'effetto di uno stimolo nervoso che, attraverso uno dei cinque sensi, attiva l'ipotalamo (Sistema nervoso centrale). Da qui lo stimolo nervoso, tramite il midollo spinale arriva ai vasi del pene ove si libera un mediatore chimico, l'ossido nitrico (N.O.) che, inducendo una vasodilatazione, con afflusso di sangue, provoca l'erezione. E' dunque un **fenomeno neurovascolare** mediato dal sistema nervoso centrale e dal sistema nervoso autonomo ed, entro certi limiti, il primo deve controllare le reazioni del secondo. Le **cause** della D.E. cioè dell'incapacità di ottenere e/o mantenere un'erezione adeguata per un rapporto sessuale, possono essere organiche o psicologiche, spesso miste. Le prime, sono legate a varie patologie che interessano l'organismo intero (insufficienza epatica, renale, cardiaca, diabete, ipertensione, patologie neurologiche, malattie del pene) con ricadute neurovascolari negative; le seconde sono legate ad una scadente gestione dell'attività sessuale, frutto spesso di scarsa esperienza, poca educazione sessuale ed una conseguente ansia di prestazione che impedisce un controllo del SNC sul SNA, con ipertono del Sistema autonomo simpatico, vasocostrizione e cali di erezione o eiaculazione precoce. Compito dell'Andrologo è dunque fare una diagnosi ed impostare una **corretta terapia**; compito del maschio è quello di fare una prevenzione, aiutandosi con una vita sana ed una dieta equilibrata. L'**obesità** non aiuta l'erezione (nel grasso il testosterone (T) si trasforma in estrogeno ad opera di un enzima, l'aromatasi ed un giro vita oltre i 102 cm denota un eccesso di grasso con danno ben

## le cause della disfunzione erettile possono essere organiche o psicologiche

conosciuto al sistema vascolare; l'**ipertensione** induce un restringimento della parete delle arterie ed un ridotto afflusso di sangue e le arterie cavernose, più piccole, vengono precocemente colpite, tanto che una iniziale D.E. va indagata perché può precedere fatti vascolari in altri organi (infarti del miocardio, ictus). L'ipertensione induce aumento delle resistenze periferiche arteriose e dunque stenosi ma anche gli stessi farmaci usati contro l'ipertensione possono avere, per vari motivi, effetti negativi sull'erezione. Il **diabete** (il 50% dei diabetici soffre di D.E.) danneggia arterie e nervi, al pari dell'eccesso di grassi, quali colesterolo e trigliceridi, che vanno a depositarsi nell'interno dei vasi arteriosi formando la placca ateromastica. Su questi fattori possiamo agire con farmaci, ma soprattutto con lo stile di vita. Una **attività fisica regolare** e consona all'età ed alle condizioni generali del soggetto può migliorare la pompa cardiaca (tutto ciò che fa bene al cuore di un paziente fa bene anche al suo pene, secondo il prof. Mc Collough) e, dunque, favorire l'ossigenazione di tutti i tessuti, oltre a dare un migliore tono muscolare ed umorale. Al contrario, il **fumo**, oltre ai noti danni oncologici (pensate al tumore del polmone, prima causa di morte per neoplasia) danneggia le arterie inducendo vasospasmo; anche eccessi di alcool deprimono il desiderio e l'erezione. Cerchiamo di **ridurre lo stress** che induce eccessiva produzione di adrenalina, ad azione vasoco-



strittice e la produzione a livello centrale di sostanze oppioidi che inibiscono il desiderio. Al contrario è utile una dieta ricca di frutta, verdura, antiossidanti, ma equilibrata, anche con l'apporto seppur controllato del colesterolo che è la base per la sintesi chimica del T, presente anche nelle carni rosse. **Evitare fritti**, grassi animali e tenere presenti alcune sostanze come lo Zinco (tacchino, pollo, salmone) che protegge spermatozoi ed attiva la sintesi del T, l'arginina che induce la sintesi dell'N.O., la citrullina, ad azione vasodilatatrice, contenuta nell'anguria, specie nella buccia. Pesci come salmone, sgombero, il **pescce azzurro** in genere e' ricco di Omega 3 e migliora il rapporto tra colesterolo buono e cattivo, con grandi benefici per il sistema vascolare; il tonno stimola la produzione del T. Tra la **frutta** si segnala le fragole ricche di vitamine (A,B,C,E,K), le mele, che grazie alla quercitina in esse contenuta inducono la produzione di dopamina nel cervello e riducono il colesterolo; anche l'aglio, tramite l'alicina, ha azione vasodilatatrice. Alimenti ricchi di **bioflavonoidi**, quali limone, pompelmo, uva possono migliorare i disturbi eiaculatori e tra gli ortaggi si ricorda il sedano (vit.E, antiossidanti) ed il peperoncino, con una proteina ad azione vasodilatatrice. Altri alimenti (molluschi, ostriche) godono fama di afrodisiaci aumentando l'arginina; tra le bevande si segnala il **caffè** che tramite la caffeina agisce a livello centrale e la cioccolata che invece è attiva perifericamente sull'N.O.





# L'eiaculazione precoce secondaria

**P**erché continuare a parlare di eiaculazione precoce (EP)? Nonostante l'uomo si consideri una macchina perfetta, la dura realtà è che la EP rimane tutt'oggi la **disfunzione sessuale più diffusa**, arrivando a colpire 1 uomo adulto su 5. Chiunque tenti di trovare una definizione su Google noterà la miriade di opinioni, qui riportiamo le più accreditate a livello internazionale:

Masters & Johnson: "inabilità a controllare e ritardare l'eiaculazione finché la partner femminile è sessualmente soddisfatta in almeno 50% dei rapporti".

DMS-IV: "persistente o ricorrente inizio dell'orgasmo e eiaculazione con minima stimolazione sessuale prima di, o subito dopo, la penetrazione e prima che il soggetto lo voglia... che causa importante imbarazzo o difficoltà interpersonale".

AUA (2004): "eiaculazione che avviene prima del desiderato, sia prima o subito dopo la penetrazione causando imbarazzo a uno o entrambi i partners"

Come si può notare, le varie definizioni negli anni sono cambiate, passando dal considerare l'EP sulla base del gradimento femminile, o dal numero di "spinte" date, passando al timing del rapporto, sino al concetto di "gradimento e/o controllo" del paziente. Oggi siamo tutti d'accordo che la definizione più usata è: "eiaculazione persistente o ricorrente, che si manifesta alla minima stimolazione sessuale, prima, durante o poco dopo la penetrazione e, in ogni caso, prima che la persona lo desideri. Il disturbo causa **notevole disagio** e difficoltà nelle relazioni interpersonali". L'EP si caratterizza quindi per:



- Eiaculazione che in modo persistente o ricorrente si manifesta alla minima stimolazione sessuale, prima, durante o poco dopo la penetrazione, e prima che il paziente lo desideri

- **Scarso controllo** eiaculatorio

- Spiccato disagio personale o difficoltà interpersonale

I 3 elementi caratteristici dell'Eiaculazione Precoce sono:

- Tempo di latenza dell'eiaculazione (IELT) breve

- Percezione di una mancanza di controllo sull'eiaculazione

- Conseguenze negative sulla qualità della vita. L'importanza, anche culturale, di riconoscere la EP come una patologia da trattare si palesa se consideriamo i frequenti effetti che hanno sul paziente tra cui:

## EMOZIONI NEGATIVE

(Master & Johnson 1970; Kaplan, 1980; Dunn, 1999; Symonds, 2003; Revicky, 2008; Kaufman, 1980)

◇ Ansia, frustrazione, depressione, odio, preoccupazione, colpa, disappunto, imbarazzo, vergogna

◇ Riduzione sicurezza di sé sessuale/generale

◇ Riduzione autostima ed adeguatezza sessuale

## DIFFICOLTA' RELAZIONALI

(Symonds 2003)

◇ Paura di non soddisfare la partner: astensione dal sesso

◇ Paura di intraprendere nuove relazioni

Effetti dell'EP sulla partner

◇ Percezione dello scarso controllo del partner

◇ Riduzione della soddisfazione sessuale e relazionale

◇ Disappunto e malumore durante il sesso (in-

contri rapidi)

◇ Frustrazione e rabbia (egoismo maschile?)

Analizziamo in breve a quale **percorso diagnostico** dovrà sottoporsi il paziente che giunge con EP dall'urologo:

- Identificare la presenza dei fattori caratteristici e discriminanti della EP secondo la definizione internazionale
- Distinguere le diverse forme di EP ed identificare potenziali fattori predisponenti
- Analisi oggettiva del disturbo tramite la valutazione dello IELT e dell'impatto sulla QoL:



# l'eiaculazione precoce colpisce 1 adulto su 5

questionari di valutazione

- Esami Ormonali di base
  - Esame obiettivo per valutazione eventuali anomalie anatomiche (es. fimosi) e esplorazione rettale.
  - Eventuale esami culturali per ricerca infezioni
- A seconda dell'epoca d'insorgenza del disturbo si possono identificare:
- EP primaria o lifelong, se presente sin dall'inizio dell'attività sessuale;
  - Secondaria o acquisita, se si sviluppa dopo un periodo di funzionalità normale.
- A seconda del momento di presentazione:
- Ante portam, quando l'eiaculazione si presenta prima della penetrazione;
  - Intra moenia, quando si manifesta durante la penetrazione.

A seconda della frequenza:

- assoluta, quando l'Eiaculazione Precoce è indipendente dal partner e dalla situazione;
  - relativa, quando il disturbo si presenta solo con un partner o in determinate situazioni.
- A seconda della presenza di comorbidità:
- semplice (in assenza di altre disfunzioni sessuali);
  - complicata (in presenza di altre disfunzioni sessuali).

Il 30% delle EP è **acquisita o secondaria** e richiede una accurata anamnesi nell'indagare eventuali uropatie, disfunzioni ormonali, caratteri ossessivo-compulsivi molto tipici degli uomini con EP.

L'Eiaculazione Precoce colpisce a fondo la qualità della vita: solo il 37% degli uomini si dichiara soddisfatto, contro il 61% della popolazione generale; solo il 49% trova il sesso pia-

cevole, contro il 75% di coloro che non hanno questo problema. Il 50% dichiara che l'Eiaculazione Precoce causa **perdita della fiducia** nella propria competenza erotica e ben il 26% ritiene che l'essere troppo "veloce" crei una crisi più profonda, che ferisce autostima e fiducia anche fuori dal letto, nel lavoro e nella vita.

**L'impatto sulla donna** è altrettanto ancora importante: il 40,3% delle partner di uomini con l'Eiaculazione Precoce dice di aver perso ogni desiderio sessuale a causa del problema; il 55,2 ha difficoltà di eccitazione, sia mentale sia fisica; il 51,9% ha forti difficoltà a raggiungere l'orgasmo con la penetrazione.

Il percorso del paziente prevedrà innanzi tutto un colloquio con il medico che darà la possibilità di inquadrare e di ricercare cause e possibili soluzioni. Si passa poi, dopo diagnosi, alle **terapie** farmacologiche unite alla terapia comportamentale e psicosessuale. Terzo e fondamentale step è la modificazioni di stili di vita che portano il paziente ad aggravare o reiterare la situazione quali cattivo stile alimentare, stress, inattività fisica e quant'altro.

Il percorso diagnostico terapeutico della EP è il perfetto esempio di sinergia tra figure professionali differenti (uro-andrologo, terapeuta sessuologo, endocrinologo) e paziente in cui tutti giocano un ruolo attivo e fondamentale al raggiungimento dello scopo.



COMPETENZA IN ONDE D'URTO



ED



IPP



CPSPS



MADE IN SWITZERLAND

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

www.storzmedicalitalia.it





# Sessualità e benessere di coppia

**I**l concetto di salute sessuale, così come è stato espresso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), comprende non solo l'assenza di malattia o di disfunzione ma anche l'acquisizione e il mantenimento di uno stato di benessere fisico, emozionale e sociale. Da ciò deriva anche un diritto al benessere sessuale, sia per la singola persona che per la coppia. In altre parole, essere sessualmente sani implica un certo livello di benessere fisico ed emotivo, tra cui essere soddisfatti del proprio rapporto e avere una vita sessuale soddisfacente, sicura e attiva. In un recente studio che proviene da ricercatori della Florida State University, pubblicato sulla rivista *Psychological Science*, è stata indagata la durata delle sensazioni di intimità e di benessere sperimentata successivamente ad un rapporto sessuale con il partner, sostenendo quanto questa soddisfazione sessuale sia una buona determinante per la qualità e il benessere della coppia. A 214 giovani coniugi, è stato chiesto di annotare su un diario, ogni giorno per 14 giorni, la presenza del rapporto sessuale e la valutazione della soddisfazione sessuale e coniugale quotidiana. Alla fine dello studio i partecipanti hanno riferito una media di 4 rapporti sessuali in 14 giorni, con molte variazioni nelle coppie, dichiarando che la soddisfazione sessuale percepita durava fino a 48 ore successive, anche se in quelle ore non veniva ripresa nessun'altra attività sessuale. Inoltre, più la sensazione di soddisfazione sessuale provata era intensa e profonda, maggiore era la soddisfazione generale della coppia, anche a distanza di mesi. In questo senso gli autori hanno concluso che l'attività sessuale e la sensazione di benessere che ne deriva, nominata dagli autori *afterglow*, un ba-



gliore, una sorta di aura, concorre alla solidità della relazione, al legame, all'unione tra le parti anche a lungo termine. Come funzioni questo fenomeno, non è ancora ben chiaro e nemmeno quali siano le determinanti che contribuiscano alla sua crescita; sicuramente complicità, quantità di tempo trascorso insieme e profonda intesa anche fuori dal letto, sono una buona base per una soddisfazione sessuale più forte, che potenzia il benessere sessuale e il legame affettivo tra i partner. D'altra parte possiamo pensare che un ruolo importante sia svolto anche dalle numerose molecole che entrano in gioco nell'attrazione

e nel piacere sessuale. Tra le più importanti troviamo la dopamina, un neurotrasmettitore che accompagna tutte le fasi della risposta sessuale producendo un senso di benessere ed euforia. Durante e dopo l'orgasmo viene, inoltre, prodotta dall'ipofisi posteriore una certa quantità di ossitocina, che partecipa all'eccitazione e al piacere e dopo l'orgasmo si ha un notevole aumento delle endorfine, sostanze simili alla morfina, che danno il senso dell'appagamento e del piacere raggiunto.



E allora si scopre come l'attività sessuale sia benefica anche dal punto di vista della salute generale: allevia tensioni favorendo il riposo ristoratore con importanti riscontri anche sul tono dell'umore. Alcune ricerche ci hanno confermato che una regolare attività sessuale mantiene in salute anche gli organi genitali facendo fare una sorta di allenamento ai diversi muscoli che sostengono i genitali stessi e che conferiscono elasticità e tono alla vagina e migliore capacità orgasmica all'uomo. Vediamo quindi come il corpo e la mente lavorano in maniera congiunta per creare le condizioni adatte alla nostra salute sessuale che per esse-



## una sana e attiva vita sessuale produce diversi benefici individuali e di relazione

re mantenute necessitano di attenzione e cura continua. Conoscere i desideri e le esigenze personali aiuta a comunicare in modo più lineare con il partner e nello stesso tempo aiuta ad ascoltare i desideri dell'altro, nel tentativo di creare una zona di ricerca comune in ambito sessuale ma anche di rispetto di tempi e modi. Insomma, mantenere sana e attiva la vita sessuale produce diversi benefici individuali e di relazione e quindi l'attenzione verso la salute sessuale dovrebbe essere simile a quella che poniamo in diversi altri campi della salute nella nostra vita. Si è spesso portati a pensare alla sessualità come un aspetto istintuale che in quanto tale è presente in modo costante e continuativo e non può venire turbata da reazioni individuali ad eventi interni o esterni. Il concetto di salute sessuale che comprende il benessere sia fisico che emotivo, ci aiuta a capire quanto l'esperienza sessuale vari da persona a persona e nella stessa persona con il passare degli anni. La stessa variazione la possiamo trovare nella coppia: alcuni problemi della sfera sessuale possono alterare

in maniera significativa l'armonia della relazione, ma nello stesso modo alcuni problemi che si possono presentare nel rapporto, quali la conflittualità, il risentimento e la rabbia, sono in grado di influire sulla sessualità stessa, per esempio riducendo il desiderio che si prova nei confronti del partner, oppure limitando il raggiungimento dell'eccitazione e dell'orgasmo. Problemi di comunicazione all'interno di un rapporto e l'incapacità di parlare di come soddisfare le esigenze sessuali possono incidere sulla capacità di una coppia di essere soddisfatti sessualmente. Inoltre, gli atteggiamenti negativi e i modelli proposti nella nostra cultura hanno il potere di influenzare anche la personale visione di una difficoltà sessuale, creando un ambiente in cui diventa difficile parlare della propria salute sessuale con la conseguente sensazione di maggiore isolamento della coppia. Nelle relazioni dove gli individui non comunicano apertamente sulla sessualità, gli effetti possono ricadere negativamente sul rapporto stesso. I problemi sessuali a lungo ignorati possono produrre conseguenze emotive spiacevoli, che creano

delle situazioni di stallo relazionale. Nonostante tutto questo, sappiamo che la stragrande maggioranza delle coppie non cerca aiuto. Diverse sono le ragioni che influiscono su questo: spesso si spera che il problema si risolva da solo o passi con il tempo; a volte subentra un senso di vergogna o imbarazzo che porta a pensare di essere l'unica persona, o l'unica coppia, ad avere quella difficoltà; altre volte si hanno aspettative sessuali basse e ci si rassegna. Lo scetticismo sull'efficacia delle terapie e sulla difficoltà ad individuare lo specialista giusto si aggiungono agli altri impedimenti, con il risultato che la coppia continua a vivere con il disagio rinunciando ad un aspetto importante della relazione. Nell'individuare quando chiedere aiuto, un suggerimento è quello di farlo quando si nota che la situazione disfunzionale persiste da almeno 6 mesi, questo è infatti il periodo identificato dagli specialisti per poter parlare di un disturbo della sessualità che si differenzia da quelle situazioni di difficoltà che insorgono dopo una fase particolarmente stressante, o dopo un evento specifico e quindi come difficoltà transitorie. Il colloquio con uno specialista della salute sessuale (andrologo, endocrinologo, ginecologo, sessuologo) consente di inquadrare il problema e verificare i fattori medici o psicorelazionali implicati, in modo da programmare un intervento successivo che dovrebbe avere le caratteristiche della multidisciplinarietà e seguire un'ottica di personalizzazione della terapia. Spesso il primo effetto benefico è dato proprio dal poter parlare di un argomento che preoccupa con una persona competente: il senso di sollievo del peso portato fino a quel momento agisce da forte motivazione per il trattamento.



# Io... persona: la relazione di coppia

Nello scorso numero, abbiamo molto brevemente sintetizzato alcuni concetti chiave che permettono di avere una mappa di riferimento quando ci riferiamo al percorso che conduce dall'infanzia all'età adulta dal punto di vista psicologico. Abbiamo parlato dell'identità e della fondamentale necessità di relazione che caratterizza tutto il percorso evolutivo, nonché dell'importanza dei messaggi provenienti dal mondo esterno in particolare dai **caregiver**. A cosa portano questi messaggi nel corso del tempo? Che adulto e che uomo contribuiscono a definire? Che impatto hanno nelle nostre relazioni con gli altri e con eventuali partner?

Numerosi autori si sono interrogati su questo punto. Qui vorrei riprendere quanto proposto dallo psicologo e analista transazionale Claude M. Steiner a partire dagli anni '70.

Questo autore, allievo di Eric Berne, propone di definire alcuni **prototipi maschili**, esempi che possiamo ritrovare nella vita di tutti i giorni e che, in qualche modo, appartengono ad ognuno di noi.

In questa sede riporterò alcuni esempi, riservandone altri a successivi articoli.

Steiner, riprendendo il lavoro di un altro psicologo, B. Allen (1972), isola alcuni dei principali **messaggi** che i bambini maschi tendono a ricevere dai propri genitori. Questi messaggi vengono chiamati **ingiunzioni** e sono caratterizzati dall'essere molto "potenti" nel definire il senso di identità maschile. Ad esempio si dice ai bambini maschi cose del tipo: "Non perdere il controllo", "Non essere mai soddisfatto", "Non chiedere aiuto", "Domina le donne" oppure "Non piangere



(lo fanno le donne)", ecc. .

Questi messaggi nel corso dello sviluppo, concorrono a strutturare l'identità del bambino e, successivamente, dell'uomo adulto e a definire il ruolo che la persona prenderà nella relazione con gli altri. Di particolare interesse è osservare il **ruolo maschile** nei confronti della partner. Non vi sono differenze significative nel caso di coppie omosessuali.

Ecco alcuni esempi: ogni "ruolo" è per semplicità descrittiva sintetizzato da un titolo che ne racchiude gli elementi più caratteristici (Steiner, 1999). Possiamo leggere questi esempi e provare a trovare dei particolari nei quali ci riconosciamo ricordandoci che spesso la complessità individuale porta a trovare di uno e dell'altro ruolo anche contemporaneamente:

Il **Padrone del vapore**: questa definizione si adatta a quelle persone che in realtà sono meno competenti della compagna (la cosiddetta “Donna ombra”). Il “Padrone del vapore” sa che non gli sarebbe possibile avere successo senza il lavoro di sua moglie o di qualche altra donna, però finge di essere il talento che comanda e che la compagna sia a lui secondaria. In qualche modo misterioso si suppone che sia lui a dare lo slancio, la forza trainante del loro successo, mentre lei ci mette soltanto il lavoro materiale, che è di secondaria importanza e che comunque potrebbe essere svolto da qualunque altra donna intel-

ligente. Nonostante questo, il “Padrone del vapore” ha un notevole senso di colpa per aver usurpato il potere della moglie e non riesce a godersi in pieno il successo perché sa che le cose non stanno come finge che stiano. Il “Padrone del vapore” è ben rappresentato nell’omonimo film del 1951 diretto da Mario Mattoli.

Il **Buon papà**: secondo Allen, questa è la versione esagerata del padre e marito responsabile. Probabilmente chi si riconosce in questa descrizione ha sposato la “Mamma tutta casa e famiglia” oppure la “Povera indifesa”. In ogni caso la sua vita è immersa nelle

Questo tipo di “personaggio” richiama l’equilibrio e la pazienza di un novello dr. Kildare del quale quasi mai traspariva alcun tormento emotivo, così proteso a risolvere le difficoltà dei propri pazienti.

Il **Playboy**: passa la vita a ricercare la perfezione nella donna, naturalmente senza trovarla. Il playboy è evidentemente vittima della rappresentazione mediatica e sociale della donna ideale. Crede, consapevolmente oppure no, alla realtà delle donne delle riviste di moda o della pubblicità e le considera molto migliori di quelle che incontra nella vita reale. In conseguenza a ciò, la sua risposta alle donne è superficiale e basata solo sull’aspetto. Non è mai soddisfatto della compagna di turno alla quale è bravissimo a trovare dei difetti, per cui, alla ricerca della donna delle copertine, passa da una all’altra senza mai davvero chiedersi e capire che cosa abbiano realmente da offrire. Le sue compagne sono sempre donne bellissime delle quali è interessato all’aspetto fisico e non ad altre caratteristiche. Il “Playboy” rischia di riempire la sua vita di relazioni effimere e di non trovare mai un vero equilibrio affettivo.

Il personaggio di Don Giovanni ne può rappresentare l’esempio perfetto, ma anche il più reale Hugh Hefner (il fondatore della rivista Playboy) ne può riassumere alcuni aspetti.

Queste sintesi descrittive sono chiaramente estreme. Esse rappresentano modi di relazionarsi agli altri che dipendono in gran parte dai modelli genitoriali e dai messaggi ricevuti. Per fortuna non sono immutabili. Ogni individuo può, presa coscienza dei meccanismi che lo portano ad assumere determinati comportamenti, cambiare, migliorare ed evolvere.

## Ogni individuo può, presa coscienza dei meccanismi che lo portano ad assumere determinati comportamenti, cambiare, migliorare ed evolvere.

responsabilità. Il “Buon papà” deve portare a casa molto denaro, provvedere al benessere della famiglia, programmare il loro futuro e impedire che si mettano nei pasticci. Di fatto è anche il sovrano assoluto della famiglia, pertanto non ammette discussioni. E’ tanto oberato di responsabilità che perde ogni capacità di divertirsi e l’unico piacere che gli rimane è la deferenza tributatagli dai familiari sottoposti.

Sfortunatamente e tipicamente, con l’avvicinarsi della pensione la sua tirannide aumenta pretendendo sempre maggiore deferenza perché sente che la vita gli sta sfuggendo. Il rischio è che i figli diventino ostili oppure che la moglie, ormai meno oppressa ed oberata di responsabilità, gli tenga testa in un modo che può anche mettere in discussione il loro rapporto.

**VSL#3®**  
**INTEGRATORE ALIMENTARE PROBIOTICO**





# Della Solitudine

**L'**Augusto C. del mio romanzo l'avrebbe descritta così: "...una solitudine secca, senza fronzoli, ma anche senza disperazione. Non provavo astio per nessuno, non rabbia. No, era semplice solitudine, asettica quasi, come di quel caldo che pur brutale non ti si attacca alla pelle, e non ti fa sudare. Ecco, solitudine vergine, venuta nottetempo a prendermi da chissà dove...".

Così, mentre pensavo a come meglio descrivere la solitudine dell'uomo, mi son ricordato di quella dell'ingegnere Augusto da Manduria: uguale al caldo secco, perché la solitudine stessa non si appiccicava neppure al corpo, pur di lasciarlo solo. E questo è ancor più vero d'estate, come quella appena trascorsa, stagione che non amo in modo particolare, perché il senso di vuoto e di lontananza si fanno ancor più feroci, quasi umani. E noi uomini ben sappiamo come si possa essere feroci, nei fatti e nelle intenzioni.

Perché parlare di solitudine su Io Uomo? Il perché è semplice: son sempre più i soli – gli uomini - soli. Uomini che spesso son pure meno capaci di intavolare un discorso, aridi di parole, e se ne rimangono un poco in disparte. Soli appunto.

A Milano ne vedi spesso, ad agosto in special modo. Ce ne sono sul balcone dei palazzi a guardare in basso, canotta bianca e pantaloncini azzurro cenere o grigio caligine. Ce ne sono altri che pendolano ai bordi dei piccoli parchi: in piazzale Bacone per esempio un signore con la corona di Francesco in testa contava le formiche in fila indiana. Alcuni altri invece se ne stanno chiusi in casa, e non si sa neppure che facciano. Magari leggono, magari no: stanno e basta, soli.



La solitudine è femmina, come genere, ma ho la netta sensazione che sia un poco più dell'uomo, come stato d'animo, anzi, proprio come condizione. Perché – e spero di sbagliare – noi uomini abbiamo meno risorse, meno capacità di difenderci; non possiamo piangere, perché non è maschio. Ma ne avremmo un gran bisogno. Non possiamo chiedere aiuto, perché è segno di debolezza. Ma ne avremmo un gran bisogno. Dobbiamo esser duri e impavidi, perché questa è la *vis* latina che ci portiamo in eredità. Ma avremmo una grande necessità di ammorbidire quella scorza dura, di uscire dal gheriglio di noce per chiedere e ricevere.

Rifletto: la solitudine non è sempre cosa brutta. Ben lo dice ancora il mio Augusto: "...Solo, ma di una solitudine che non era

costernazione, non angoscia, non abbattimento, né sconforto e neanche afflizione. Soprattutto non era quella solitudine che talvolta nella mia vita di un tempo si era fatta perfino desiderio ambito, opportunità di conoscere me stesso, la cosa certo più difficile...".

Non ce la faccio. Io ne ho paura, perché il dizionario dei sinonimi e dei contrari alla voce *solitudine* dettaglia: isolamento, abbandono, emarginazione.

Ecco, se vi sembra che io voglia star solo, per favore chiedetemelo prima di lasciarmi lì, da solo, perché io, da uomo, ho vivo terrore degli eremi.

con brani tratti da  
*Domani, chiameranno domani*  
– Mondadori Electa 2017



visita i siti web della SIA

**[www.andrologiaitaliana.it](http://www.andrologiaitaliana.it)**

oppure

**[www.prevenzioneandrologica.it](http://www.prevenzioneandrologica.it)**

e cerca all'interno

della mappa andrologica

lo specialista più vicino a te!