

l'uomo in salute

IUS il diritto alla salute al maschile
RIVISTA DI CULTURA ANDROLOGICA

LA NUOVA ETÀ DI MEZZO

L'uomo tra 50 e 70 anni



DALLA PREVENZIONE AL PRENDERSI CURA

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

ANNO XVII

AGOSTO 2025

VOLUME N.12



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

n.96/2024 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
Enrico Conti

Progetto grafico

MCO International s.r.l

Elaborazione grafica

Pasquale Miglionico
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
iouomoinsalute.it

Segreteria SIA

Emma Milani, Mariateresa Spata

Images credits

Freepik

ioUomo

SOMMARIO

LE DISFUNZIONI SESSUALI NELLA NUOVA ETÀ DI MEZZO Stefano Sanzovo	6
PRODOTTI NATURALI PER L'AUMENTO DEI LIVELLI DI TESTOSTERONE NELL'UOMO Paolo Turchi	8
LA SESSUALITÀ NELLA NUOVA ETÀ DI MEZZO: L'INTIMITÀ DI COPPIA CAMBIA? Donatella Croce	10
HO UNA COMPAGNA GIOVANE: AGING MEN SULL'ORLO DI UNA CRISI DI NERVI Giorgio Del Noce	12
LA TERAPIA ORALE PER LA DISFUNZIONE ERETTILE. UNA NUOVA ERA Carlo Ceruti	14
LE ONDE D'URTO A BASSA INTENSITÀ: LA TERAPIA RIGENERATIVA NON INVASIVA DELLA DISFUNZIONE ERETTILE Attilio Guerani	16
LA VITA SESSUALE DOPO TRATTAMENTO DI TUMORE PROSTATICO: I PAZIENTI DIMENTICATI Carlo Bettocchi	18
ATTENZIONE: CURVA PERICOLOSA! RICONOSCERE E TRATTARE LA MALATTIA DI LA PEYRONIE Davide Arcaniolo	20
AIUTO DOTTORE! MI SI È STORTO IL PENE: L'INCUBO DELLA MALATTIA DI LA PEYRONIE Marco Capece	22
LE DISFUNZIONI SESSUALI NELLA NUOVA ETÀ DI MEZZO Mattia Sibona	24
L'UOMO MATURO È DAVVERO PIÙ MATURO? Chiara Polito	26
L'EVOLUZIONE NEL TEMPO DELLA RIABILITAZIONE FUNZIONALE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE Massimo Polito	28
DISFUNZIONE SESSUALE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE: È SOLO UN PROBLEMA DI RIGIDITÀ? Maurizio Carrino	30
CONTRACCEZIONE MASCHILE: MITO O REALTÀ? Eugenio Ventimiglia	32
IL RUOLO DELLA NUTRACEUTICA TRA IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA E FUNZIONE SESSUALE Cristina Vocca e Luca Gallelli	34
TESTOSTERONE E UMORE: IL LEGAME INVISIBILE DELLA MEZZA ETÀ Antonio Aversa e Marco Leuzzi	36
LA PANCIA DELL'UOMO DI MEZZA ETÀ: SOLO ESTETICA O SEGNALE ORMONALE? Antonio Aversa e Marco Leuzzi	38
LA NUOVA ETÀ DI MEZZO. LA PANCIA DELL'UOMO DI MEZZA ETÀ NON È SOLO UN SEGNALE ESTETICO MA HA IMPLICAZIONI ANDROLOGICHE. I CONSIGLI DEL NUTRIZIONISTA Anna Passarelli	42
DOPPIO IMPIANTO, DOPPIA RINASCITA L'INNOVAZIONE CHE CAMBIA LA VITA Emanuele Baldassarre	44
QUANDO LA SALUTE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE INCIDE SULLA CAPACITÀ ERETTILE Jonathan Fusi, Giorgia Scarfò e Ferdinando Franzoni	46

A 40 ANNI LA VISITA DALL'ANDROLOGO PRIMA DEI SINTOMI: PERCHÉ LA PREVENZIONE FA LA DIFFERENZA Giuseppe La Pera	48
TI RINGRAZIO CHE SONO STATO CREATO IN MODO MERAVIGLIOSO E SORPRENDENTE Kirsten Thiele	50
L'INVECCHIAMENTO E LA NUOVA ETÀ DI MEZZO IN PROSPETTIVA CRISTIANA Markus Krienke	52
LA MEZZA ETÀ COME NUOVO PASSAGGIO DI VITA: UNA PROSPETTIVA ISLAMICA IlhamAllah Chiara Ferrero	54
L'ETÀ FRAGILE – DONATELLA DI PIETRANTONIO – EINAUDI, 2023 Francesca Boragno	56

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 sull'icona blu del play, sotto la fotografia dell'Autore/Autrice.

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



PRESENTAZIONI



Cos'è la SIA

La ricerca sulla salute dell'uomo e della coppia, la formazione dei medici in campo andrologico, la promozione della prevenzione e la divulgazione di notizie scientifiche verificate e accessibili a tutti sono gli ambiti in cui si sviluppa il lavoro dalla Società Italiana di Andrologia (SIA), fondata a Pisa nel 1976.

È la prima società italiana della comunità andrologica per numero di iscritti e anche per la giovane età dei suoi associati, è una società multidisciplinare che riunisce diverse figure professionali sanitarie, tra cui andrologi, urologi, endocrinologi, genetisti, biologi, psicologi, psicosessuologi. L'istruzione e l'aggiornamento professionale è uno degli obiettivi principali, a questo scopo la SIA possiede dei percorsi formativi dedicati ai medici, alcuni di questi certificati ISO. 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.

La 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.

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. Nell'attività di divulgazione è attiva anche sulle piattaforme social (Twitter, Instagram, Facebook, Youtube e Tiktok) per diffondere informazioni sanitarie raggiungendo tutte le fasce di età. Inoltre ha da molti anni una sua rivista scientifica divulgativa di interesse andrologico con un taglio multidisciplinare che ha avuto negli anni numerosi restyling per rimanere sempre al passo con i tempi e che oggi avete la possibilità di leggere anche in formato digitale arricchito da numerosi contenuti ipertestuali di approfondimento.

Alessandro Palmieri - Presidente Società Italiana di Andrologia



Cos'è IoUomo 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 IoUomo, 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 IoUomo 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 Io 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 IoUomo 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***

Editoriale a cura del
**COMITATO
SCIENTIFICO**

LA NUOVA ETÀ DI MEZZO

L'uomo tra 50 e 70 anni

Perché la nuova età di mezzo? Banalmente, perché la vecchia concezione di età di mezzo non è più adeguata. Molti di noi (anche tra i redattori di questo numero di *Io Uomo in Salute*) hanno un'età che al tempo dei nostri nonni significava camminare con il bastone. Oggi alla stessa età si gioca a padel. Il paradigma dell'età di mezzo è cambiato e le aspettative di un prolungamento della vita in termini di efficienza corporea e in salute sono incredibilmente realistiche. Sulle pagine del *Corriere della Sera* di fine luglio campeggiano le foto dell'attore Stefano Accorsi (54 anni) che si è regalato un fisico scultoreo da trentenne muscoloso che lo "fa stare bene con sé stesso". La cosa non stupisce nessuno, anzi. I sentieri di montagna sono pieni di over 65 che arrancano in mountain bike elettro-assistita, con prestazioni sportive

assolutamente di rilievo. Le palestre e gli studi medici sono affollati di uomini e donne che desiderano mantenersi giovani e prestanti. In questo ambiente antropologico in rapida mutazione, la domanda di benessere e salute va ben oltre lo stato di assenza di malattie ed è sempre più orientata al mantenimento delle prestazioni dell'uomo, che desidera rimanere giovane sotto tutti i punti di vista: prestazioni sessuali, sportive, relazionali, mantenimento della capacità di procreazione. Questo nuovo paradigma dovrà essere tenuto in conto anche dal SSN, anzi dovrebbe servire per creare nuovi modelli assistenziali più adeguati, orientati allo stile di vita in senso lato e più sostenibili rispetto a quello attuale orientato quasi esclusivamente sulla cura delle malattie. In questo panorama in fermento, l'andrologia non può fare eccezione, anzi sembra più che mai

essere disciplina "fulcro" di numerose specialità e competenze mediche: Il mantenimento di un corpo e di una mente sana, la prevenzione delle malattie dell'apparato genitale o la loro cura sono di grande attualità. La medicina permette oggi di recuperare la funzione sessuale anche nei pazienti sottoposti a importanti interventi oncologici, dopo la cura dei quali, l'aspettativa di una buona qualità di vita è sempre più forte e diffusa. In questo numero di *Io Uomo in Salute* gli autori degli articoli hanno messo in evidenza quali sono le problematiche, le strategie e le possibilità di affrontare al meglio la nuova età di mezzo che oggi si può considerare estesa dai 50 ai 70 anni, fascia di età in cui le aspettative di salute e benessere sono molto alte.



**BUONA
LETTURA**

Stefano Sanzovo



CSM Treviso

AULSS 2 Marca Trevigiana

Specialista in Psichiatria e
Psicologia Clinica

Nuove dimensioni sessuali

Quando si diventa vecchi? Quando inizia la cosiddetta “terza età”? Molti considerano questo evento concomitante con l'invio in pensione. Ma già questa data è tutt'altro che stabile. I miei genitori sono andati in pensione a sessant'anni, e per molto tempo questo è stato considerato l'ingresso della “vecchiaia”. Ma oggi più nessuno va in pensione a quell'età. E guai a chiamare un sessantenne “vecchio”. Del resto, se ci pensiamo, quando Otto Bismarck fece votare per la prima volta dal Parlamento tedesco un piano pensione, questa indicativamente veniva percepita a settant'anni! Poi però consigliò tutti i dipendenti pubblici di fare domanda di ritiro dai sessantacinque. E molti hanno considerato proprio Otto Von Bismarck l'artefice della “vecchiaia a 65”. Ma i suoi detrattori, già alla fine del diciannovesimo secolo, criticarono questa mossa come mera propaganda elettorale.

Del resto, un 65enne di oggi ha la forma fisica e cognitiva di un quarantenne di 40 anni fa: i dati demografici dicono che in Italia l'aspettativa di vita è aumentata di circa 20 anni rispetto alla prima decade del 1900. Secondo un'indagine condotta dalla Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG) due ultrasessantacinquenni italiani su tre dichiarano di non sentirsi affatto «anziani»; e quattro su dieci pensano che la vecchiaia inizi davvero solo dopo gli ottant'anni.

Non è raro che persone tra i 60 e i 75 anni raccontino di vivere esperienze sessuali più appaganti di quelle avute in gioventù. La pressione della performance si attenua, cresce la conoscenza di sé e dell'altro, e la sessualità diventa un linguaggio più intimo, più libero, meno influenzato da modelli estetici imposti.

In questa fase della vita, molte coppie riscoprono il piacere della lentezza e della comunicazione. E per chi è single – per scelta o per eventi della vita – l'età di mezzo può diventare un terreno fertile per nuove scoperte, relazioni e forme d'amore non convenzionali. Dal punto di vista biologico, è vero che avvengono cambiamenti ormonali: la menopausa per le donne, l'andropausa (meno definita ma reale) per gli uomini. Ma ridurre la sessualità alla chimica sarebbe un errore. I desideri, la fantasia, l'intimità non seguono soltanto leggi biologiche: sono il frutto di una complessa alchimia tra mente, corpo, storia personale e contesto sociale.

E oggi, proprio il contesto sta cambiando. Sempre più spesso, nei media e nella pubblicità, compaiono corpi maturi non come stereotipi del “nonno” o della “nonnina”, ma come individui sensuali, vitali, pieni di storie da raccontare.

Nonostante questo, parlare apertamente di sessualità dopo i 65 anni resta un atto quasi rivoluzionario. La nostra cultura tende ancora a desessualizzare le persone anziane, come se il desiderio avesse una data di scadenza. Ma la realtà è molto diversa: nelle case, nelle relazioni, nei consultori, emerge una nuova narrazione, fatta di ascolto, cura di sé, e talvolta di fragilità, ma anche di rinnovata passione.

LE DISFUNZIONI SESSUALI NELLA NUOVA ETÀ DI MEZZO



“

Oggi molti over 65 si sentono ancora giovani e vivono una sessualità appagante, grazie a maggiore consapevolezza e libertà. I cambiamenti fisici e ormonali esistono, ma non esauriscono il desiderio, che dipende anche da mente, emozioni e relazioni. Nonostante i pregiudizi culturali, circa il 40% degli anziani è sessualmente attivo. Accanto ai farmaci, un valido aiuto arriva dalla Terapia Mansionale Integrata, che lavora su emozioni e comportamenti per migliorare l'intimità.

”



Uno studio condotto negli Stati Uniti ha rilevato che circa il 40% degli adulti tra i 65 e gli 80 anni è sessualmente attivo, con una percentuale maggiore tra gli uomini rispetto alle donne. Inoltre, un'indagine dell'AARP ha mostrato che il 46% degli adulti più anziani è soddisfatto della propria vita sessuale, con il 17% che la considera addirittura migliorata rispetto a dieci anni prima.

Ansia e depressione sono sempre nemiche della sessualità

La sessualità nell'età avanzata non riguarda solo l'aspetto fisico, ma anche quello emotivo e relazionale. La perdita del partner, la solitudine e la depressione possono influenzare negativamente la vita sessuale degli anziani. È essenziale affrontare questi aspetti psicologici, offrendo supporto e consulenza adeguata per migliorare la qualità della vita sessuale e relazionale.

Con l'avanzare dell'età, si verificano cambiamenti fisiologici che possono influenzare la sessualità. Nelle donne, la menopausa porta a una diminuzione dei livelli di estrogeni, con conseguenti problemi di lubrificazione vaginale e diminuzione del desiderio sessuale. Negli uomini, l'andropausa può comportare una riduzione dei livelli di testosterone, influenzando la libido e la funzione erettile.

Secondo uno studio europeo di Politi nel 2024 le disfunzioni sessuali negli ultraottantenni sono generalmente più a carico delle donne che degli uomini, soprattutto per quanto riguarda i disturbi del desiderio e dell'eccitazione. Più a carico delle donne erano anche le malattie fisiche, soprattutto quelle reumatiche, che le allontanano dai rapporti intimi. Per quanto riguarda l'ansia e la preoccupazione di concedersi ad un rapporto che potrebbe essere fallimentare, questa era maggiormente presente nei maschi che nelle femmine.

Come abbiamo visto, anche l'ansia e la depressione possono minare la sessualità, non solo nell'anziano.

Le terapie per questi disturbi sono le stesse che per gli adulti, ma dobbiamo considerare alcuni accorgimenti. Le benzodiazepine sono da evitare il più possibile: diminuiscono la concentrazione, e l'attenzione, cosa che invece dobbiamo cercare di salvaguardare il più possibile, soprattutto con l'avanzare

dell'età. I farmaci d'elezione per ansia e depressione nell'anziano rimangono i serotonergici, ma possono indurre effetti collaterali quali diminuzione del desiderio e dell'eccitazione, in misura più ampia rispetto alla popolazione adulta. E allora come fare? Cercando di usare dosi basse, aspettando qualche settimana per veder gli effetti, usando come seconda linea farmaci quali il trazodone o la mirtazapina.

Ma se tutti i farmaci si portano dietro degli effetti collaterali, soprattutto quando diverse sono le malattie e necessarie quindi le politerapie, gli interventi psicoterapeutici non hanno nessun effetto collaterale. Una tecnica per venire incontro alle disfunzioni sessuali di ogni età, ma particolarmente presenti nella nuova età di mezzo, è la terapia mansionale integrata (TMI). La TMI per i disturbi sessuali utilizza esercizi comportamentali, chiamati "mansioni", prescritti dal terapeuta per essere eseguiti a casa dalla coppia o dal singolo. Questi esercizi, che possono variare a seconda del disturbo da affrontare, aiutano a modificare comportamenti, credenze ed emozioni disfunzionali in ambito sessuale. La TMI si basa sulla conoscenza di sé, del proprio corpo e delle risposte sessuali, sulla scoperta dei pensieri, delle emozioni e dei desideri, e sulla conoscenza della relazione con il partner. La coppia o il singolo eseguono le mansioni a casa, tra una seduta e l'altra, sperimentando nuove esperienze e osservando le proprie risposte. Durante le sedute, il terapeuta aiuta a discutere le emozioni, i pensieri e le nuove scoperte. Attraverso l'analisi delle mansioni, i pazienti possono comprendere e modificare resistenze o credenze che influenzano negativamente la sessualità.

Conclusioni

La sessualità nell'età di mezzo e oltre i 65 anni è un aspetto importante del benessere complessivo. È necessario superare gli stereotipi legati all'età e promuovere una visione positiva e realistica in questa fase della vita. Medici, psicologi e altri professionisti della salute devono essere preparati a discutere apertamente di questi temi con i pazienti, offrendo supporto e risorse adeguate per mantenere una vita sessuale sana e soddisfacente.

Paolo Turchi



*Specialista in andrologia,
con perfezionamento in
sessuologia clinica*

*Titolare della specialistica
andrologica presso l'Azienda
USL Toscana Centro*

Introduzione

Il testosterone (T) è un ormone che svolge un ruolo cruciale nella salute e nel benessere maschile. Dopo i 50 anni malattie croniche o abitudini di vita scorrette, possono ridurre la produzione di questo ormone con conseguenze negative sulla vita sessuale ma anche sulle funzioni di numerosi organi e apparati che dipendono dal T e che consentono di condurre una vita normale. Per mantenere normali livelli di T bisognerebbe pertanto essere e mantenersi sani, condurre una vita salutare, o assumere farmaci a base di T se questo è carente.

Una via alternativa è quella di utilizzare prodotti naturali, in grado di incrementare i livelli di T nell'uomo. C'è un commercio enorme di questi prodotti, nelle farmacie e su internet, dove l'acquisto è libero e dove i prodotti vengono presentati con promesse di risultati quasi sempre non realistiche. Ma è proprio tutto fumo? La letteratura scientifica si occupa del tema da tempo anche se studi condotti con i criteri di rigore richiesti per la commercializzazione dei farmaci, non ve ne sono molti. Vediamo, in sintesi sostanza per sostanza.

Tribulus Terrestris

IL *Tribulus terrestris* L. Zygophyllaceae (TTLZ) è una pianta impiegata da anni per aumentare i livelli di T. Una recente revisione della letteratura scientifica (Petre et al 2021) indica che gli uomini trattati con composti a base di TTLZ in dosi variabili tra 400 e 750 mg al giorno per periodi da 1 a 3 mesi non avevano avuto variazioni del T in 8 studi su 10. Nei 2 studi che mostrarono invece aumenti significativi di T, i soggetti che riportarono benefici erano ipogonadici (con bassi livelli di T) all'inizio del trial. In conclusione, il livello di evidenza dell'efficacia del TTLZ nell'aumentare i livelli di T e nel migliorare la funzione sessuale è ad oggi ancora basso pur essendo considerabile come opzione alternativa alla terapia sostitutiva con T nei soggetti realmente ipogonadici.

Fenugreek (Fieno Greco) Ashwagandha e Ginseng rosso

Gli estratti di semi di fieno greco sono un prodotto naturale che ha dimostrato effetti positivi sui livelli di T, benché questo dato sia emerso da un solo studio che ha evidenziato un aumento significativo del T nei partecipanti (Rao et al., 2011). Anche l'Ashwagandha, una pianta utilizzata nella medicina ayurvedica, può ridurre lo stress e migliorare i livelli di T, secondo uno studio che ne ha mostrato gli effetti. (Wankhede et al., 2015). Per queste 2 sostanze e anche per l'estratto di radice di ginseng rosso una review sistematica sottolinea aumenti statisticamente significativi delle concentrazioni di T. Ciononostante, anche questa revisione indica una scarsità di omogeneità degli studi, tra loro troppo diversi per campioni studiati prima di poter trarre conclusioni definitive su efficacia e sicurezza. (Smith et al 2021)

Zinco

Il zinco è un minerale essenziale per la produzione di

PRODOTTI NATURALI PER L'AUMENTO DEI LIVELLI DI TESTOSTERONE NELL'UOMO





“

Numerosi prodotti naturali sono proposti per aumentare i livelli di testosterone (T) nell'uomo, specie dopo i 50 anni, quando malattie croniche o stili di vita scorretti ne riducono la produzione. Tra questi, Tribulus Terrestris, fieno greco, ashwagandha, ginseng rosso, zinco, vitamina D e D-Chiro Inositolo hanno mostrato un potenziale effetto positivo in alcuni studi, soprattutto in soggetti con bassi livelli di T. Tuttavia, la qualità e l'omogeneità delle ricerche disponibili sono ancora limitate. Sono quindi opzioni da considerare con cautela, soprattutto nei casi lievi o in alternativa temporanea alla terapia ormonale sostitutiva.

”

T. Uno studio del 1996 ha mostrato che la supplementazione di zinco ha migliorato significativamente i livelli di T in uomini con carenza di zinco (Prasad et al., 1996). Una selezione riassuntiva degli studi relativi all'influenza dello zinco sul T, concludeva che la carenza di zinco riduce il T e l'integrazione di zinco ne aumenta i livelli. La conclusione di questa revisione era che lo zinco era positivamente correlato al T totale e un'integrazione “moderata” svolgeva un ruolo importante nel migliorare l'androgenesi (Liger et al 2023)

Vitamina D

La vitamina D gioca un ruolo importante nella regolazione dei livelli di T. Uno studio pubblicato nel 2011 ha dimostrato che gli uomini con livelli adeguati di vitamina D avevano livelli di testosterone significativamente più alti rispetto a quelli con carenza di vitamina D (Pilz et al 2011)

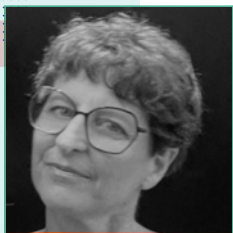
D Chiro inositolo (DCI)

Il DCI è un nutriente che appartiene alla famiglia degli inositoli e, sul versante maschile, l'interesse per questa molecola è conseguente alla sua riconosciuta azione regolatoria sulla produzione del T. Il DCI potrebbe essere adatto a trattare l'ipogonadismo ipogonadotropo perché in grado di ridurre la produzione di estradiolo e ripristinare un fisiologico livello di T. Dovrebbe invece essere evitato nell'ipogonadismo primario, dal momento che potrebbe peggiorare il già sovraccarico segnale gonadotropinico. la somministrazione a breve termine di dosaggi elevati di DCI (1200 mg/die per 30 giorni) nei maschi ipogonadici ipogonadotropi, può migliorare i parametri ormonali in questi pazienti (Gambiola et al 2021).

Conclusione

Vari prodotti naturali possono essere efficaci nell'aumentare i livelli di testosterone nell'uomo. Tribulus Terrestris, Zinco, Vitamina D e D-Chiro Inositolo sono tra i prodotti più promettenti e studiati. Tuttavia, il livello degli studi è ancora insufficiente a definire indicazioni, efficacia e sicurezza di questi prodotti nel trattamento dell'ipogonadismo.

Donatella Croce



*Psicologa, Psicoterapeuta,
Sessuologa clinica,
Ipnoterapeuta*

C'è stato un tempo in cui superati i sessant'anni si entrava, quasi automaticamente, nella categoria degli "anziani". Oggi non è più così. I cambiamenti demografici, l'aspettativa di vita più lunga e l'evoluzione culturale stanno ridisegnando le tappe della vita, creando una nuova stagione esistenziale a cavallo tra i 65 e i 75 anni: una "nuova età di mezzo", che porta con sé opportunità, contraddizioni e bisogni inediti.

Chi oggi va in pensione può contare, mediamente, su almeno 12 anni di vita in buona salute, spesso pieni, attivi e potenzialmente progettuabili. Questo periodo, che un tempo segnava l'inizio del declino, è oggi sempre più vissuto come un'occasione per ricostruirsi, per realizzare desideri rimasti sospesi, per esplorare nuove forme di benessere – incluso quello relazionale e sessuale.

Identità in trasformazione

L'età di mezzo è segnata da un doppio movimento: da un lato il rimpianto per la giovinezza perduta, dall'altro la ricerca di una nuova identità compatibile con i cambiamenti del corpo, della mente e della società. È un tempo di incertezza, ma anche di possibilità. Eppure, non esiste ancora un termine condiviso per definire questa fascia d'età: un vuoto linguistico che tradisce un vuoto percettivo e sociale.

I figli del baby boom, cresciuti all'insegna del benessere più che del sacrificio, si stanno affacciando a questa fase con nuove aspettative e bisogni. Secondo i dati ISTAT, oltre il 58% delle persone che raggiungono la pensione valutano positivamente questo passaggio, vedendolo come un'opportunità per liberarsi dagli obblighi e vivere con maggiore libertà.

Questo nuovo spazio temporale riapre la progettualità, un tempo prerogativa dell'età adulta o giovanile.

Sessualità e bisogni fondamentali

Anche in questa fase della vita si possono ritrovare alcuni bisogni psicologici fondamentali – identità, intimità, autonomia, autorealizzazione – che devono però essere rinegoziati alla luce delle trasformazioni fisiche e relazionali. Tra questi, la sessualità gioca un ruolo cruciale ma ancora spesso sottovalutato.

Le modificazioni fisiche date dal passare del tempo – sia negli uomini che nelle donne – incidono sull'immagine corporea e sull'identità sessuale, che nasce dall'integrazione tra il sé fisico (identità di genere) e il sé psicologico (immagine di sé). Queste trasformazioni, spesso vissute in modo drammatico e quasi come un lutto, possono nascondere non solo un senso di perdita, ma anche la scoperta di nuove libertà: ad esempio, il superamento delle ansie da prestazione o l'affrancamento da ruoli rigidi.

E' inevitabile che anche la dimensione di coppia subisca importanti trasformazioni: alcune persone, per evitare un'eccessiva intimità difficile da gestire, si rifugiano nel ruolo di nonni "a tempo pieno", mentre altre sperimentano un rinnovato bisogno di vicinanza, complicità e sensualità. Sempre più frequentemente, nei servizi di consulenza sessuologica, le persone over

LA SESSUALITÀ NELLA NUOVA ETÀ DI MEZZO: L'INTIMITÀ DI COPPIA CAMBIA?



“

Con l'aumento dell'aspettativa di vita e l'evoluzione culturale, la fase post-pensionamento è oggi vissuta come un'opportunità di rinascita, progettualità e benessere, anche sessuale. L'identità personale cambia, così come la sessualità, che non è più orientata alla prestazione ma all'intesa emotiva, alla complicità e alla libertà. Le trasformazioni fisiche e psicologiche richiedono un nuovo equilibrio. Sempre più persone over 60 chiedono supporto per vivere pienamente l'intimità, sfidando stereotipi e tabù, quando si ha finalmente tempo e libertà per farlo.

”



60 chiedono supporto per mantenere attiva e soddisfacente la propria vita sessuale.

Non si tratta solo di prestazione, anche se i farmaci presenti sul mercato da una ventina d'anni hanno aiutato moltissimo gli uomini a recuperare sicurezza: emerge soprattutto il desiderio di continuare a vivere l'intimità come spazio di benessere condiviso. Come dice una paziente: "Non voglio tornare ventenne, ma voglio che le braccia di mio marito restino il posto migliore in cui invecchiare".

Quando questo si realizza, la sessualità cambia volto. Diventa più sintonica, meno prestazionale, più legata all'intesa e all'emozione che non agli ormoni. Si scopre il piacere dell'autoerotismo, delle pratiche non coitali, della carezza e del contatto. Si abbandonano vecchie inibizioni e si adotta un approccio più attivo e creativo alla soddisfazione sessuale. La coppia, quando si dà il permesso di esplorarsi senza giudizio, può ritrovare una nuova intimità, più profonda, più consapevole.

In questo scenario le richieste più frequenti rivolte al sessuologo riguardano:

- l'autorizzazione sociale e personale a "continuare" a vivere una sessualità attiva;
- il bisogno di rassicurazione sulla normalità dei cambiamenti in atto;
- il desiderio di complicità nella ricerca di un nuovo equilibrio sessuale di coppia, eventualmente anche con l'aiuto di farmaci.

Nei prossimi anni ci confronteremo sempre più con questa generazione "di mezzo", oggi ancora poco rappresentata nei media e nelle politiche sociali. Un gruppo portatore di istanze nuove, originali, autentiche. Che chiede di essere ascoltato, riconosciuto, rispettato. E che ci ricorda che la sessualità è una dimensione vitale dell'essere umano, da coltivare e reinventare in ogni stagione della vita. Anche – e forse soprattutto – quando si ha finalmente il tempo e la libertà per farlo.

Giorgio Del Noce



*Specialista in Urologia,
Specialista in Chirurgia
d'Urgenza*

*Andrologo e Sessuologo
Clinico*

Torino

Oggi viviamo in una società dove la parola "vecchio" non è più utilizzabile per le persone, se non in ambito sportivo. Un uomo di 90 anni viene definito anziano. Ma partiamo per gradi: spesso mi domando a quale età da adolescente si diventa adulti? Una volta c'era il servizio di leva che in qualche maniera definiva un passaggio nella crescita mentale. La SIMA (Società Italiana di Medicina Adolescenziale) identifica il limite a 21 anni. Oggi mi ritrovo spesso con quarantenni e più che ragionano in maniera adolescenziale. E a quale età si diventa anziani? a 65 anni, anche se la SIGG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria) ha suggerito di innalzare l'età a 75 anni. È vero oggi, grazie alle terapie, l'aspettativa di vita è aumentata ma in realtà la natura non si è adeguata. Se parliamo di fisico lo sport ci insegna che gli atleti dopo i 40 anni sono "vecchi" e non vi è stato un cambiamento negli ultimi anni.

Fatta questa premessa è interessante notare come la sessualità ha diverse componenti e il rapporto sessuale fisico è una di queste. Per avere un rapporto sessuale bisogna avere desiderio, bisogna essere eccitati e bisogna provare piacere e anche il raggiungimento dell'orgasmo è importante. Con l'età il desiderio e l'eccitazione normalmente diminuiscono. Ricordiamo che è l'eccitazione che provoca l'erezione e l'orgasmo. La maggioranza delle coppie a 75 anni non ha più rapporti sessuali, ma la relazione rimane stabile poiché le altre componenti (relazione, affetto e soprattutto l'amore) mantengono forte il legame della coppia. A questo punto arriviamo al titolo della relazione. Cosa indica il termine compagna? Ovviamente non è un termine politico. Compagna può essere considerato l'equivalente di una moglie anche se in realtà non vi è un contratto che lo definisce. La compagna può anche non essere convivente e in questo caso la condivisione, che è una componente importante della relazione di coppia, diventa difficile, se non impossibile. Se poi la coppia non vuole convivere mi pongo dei dubbi sulla profondità della relazione e dell'amore (parola oggi poco utilizzata, sostituita, aimè, dall'affetto a dalla chimica). La situazione si complica se l'aging men ha una compagna giovane. In questo caso l'uomo non solo non deve sentirsi anziano, ma non può neanche permettersi di invecchiare. La frequenza dei rapporti deve mantenersi alta e l'eccitazione non deve diminuire. Purtroppo nella mia attività vedo molto frequentemente persone che non accettano il calo fisico fisiologico. Oggi fortunatamente abbiamo dei farmaci (PDE5i soprattutto) che ci aiutano molto bene a mantenere una buona sessualità fisica. Sono farmaci, inoltre, che non creano problemi anche nell'utilizzo eccessivo, ma spesso vengono assunti di nascosto e con vergogna. Con il tempo però la situazione si complica, perché la mente ha il sopravvento. Diventa sempre più difficile mantenere una relazione che si basa soprattutto sulla sessualità fisica. Più l'età aumenta più la differenza di età diventa

HO UNA COMPAGNA GIOVANE: AGING MEN SULL'ORLO DI UNA CRISI DI NERVI



“

E in corso una trasformazione profonda nel modo in cui si vive l'invecchiamento maschile, soprattutto nelle coppie con una partner molto più giovane. Il calo di desiderio ed eccitazione con l'età è naturale, ma spesso difficile da accettare, anche con l'aiuto dei farmaci per l'erezione. La differenza d'età può accentuare insicurezze e pressioni psicologiche. Vivere meglio questa fase richiede consapevolezza e accettazione dei cambiamenti fisici come parte del naturale percorso di vita.

”



evidente. 20 anni di differenza a 40 anni di lui non equivalgono a 20 anni di differenza a 85 anni. Frequentemente non vi è consapevolezza del problema e di fronte ai primi fallimenti, che spesso non sono dovuti ad una perdita del meccanismo dell'erezione, ma ad un disturbo dell'eccitazione, si scatena un meccanismo mentale per cui il rapporto fisico viene visto con angoscia e ciò provoca un ulteriore perdita dell'eccitazione. Talvolta a creare problemi è l'insorgenza di una malattia. In alcuni casi la malattia, soprattutto ad insorgenza acuta come un'ischemia cardiaca, fa diventare "vecchio" un paziente che si è sempre considerato giovane. In queste situazioni si può manifestare successivamente un disturbo post traumatico da stress, che diminuisce ulteriormente il desiderio sessuale con comparsa di anedonia (perdita del piacere nelle cose che normalmente fanno piacere). In altri casi i pazienti non accettano la malattia e, ad esempio, rifiutano di essere sottoposti ad intervento di adenomectomia prostatica solo perché la perdita dell'eiaculazione danneggerebbe in maniera per loro eccessiva l'identità maschile. Spesso i pazienti durante i rapporti sviluppano una specie di "durometro mentale" e mi capita frequentemente che abbiano una percezione diversa della propria erezione. Talvolta in sede di visita parlo alla compagna (a volte via telefono) che smentisce la percezione del paziente e risponde "è lui che si fa problemi. Per me va tutto bene, d'altronde non ha più vent'anni". In qualche altro caso, più raro ma più problematico, la compagna non accetta l'invecchiamento del paziente e questo provoca una sofferenza maggiore della relazione. Ricordo il caso di una compagna che in sede di visita di fronte al paziente mi ha chiesto come mai il suo seme fosse diventato "scarso e gommoso", cosa che non è mai capitata con i suoi ex compagni. Una frase del genere risulta devastante per l'identità sessuale.

Quali sono infine i consigli che si possono dare? Innanzitutto insegnare ad amare. L'amore è superiore a qualsiasi sofferenza. Imparare a convivere con l'invecchiamento. La consapevolezza è

un notevole passo avanti. Non in ultimo ricordo che lo sport non allunga la vita, ma frequentemente usura il fisico. Spesso sono i pensatori a vivere a lungo e bene.

Carlo Ceruti



Senior Consultant, Urologo
e Andrologo

Università di Torino

LA TERAPIA ORALE PER LA DISFUNZIONE ERETTILE. UNA NUOVA ERA

Ci sono date in cui accadono avvenimenti che cambiano il mondo così profondamente da dividere la Storia in un “prima” e un “dopo”. Per le disfunzioni sessuali maschili quella data è sicuramente il 1998. In quell'anno è stato messo in commercio, con il nome commerciale di Viagra, il Sildenafil, primo farmaco espressamente indicato e, soprattutto, realmente efficace per trattare la disfunzione erettile.

E prima? Certo, c'erano già delle terapie efficaci, che si utilizzano peraltro ancora oggi in casi particolarmente “difficili”; c'erano i farmaci che provocano una erezione quando iniettati direttamente nel pene (la cosiddetta “farmacoerezione intracavernosa”), e c'erano anche le protesi del pene, ma mancava la terapia di prima linea, una terapia facile da assumere per bocca che potesse soddisfare la grande maggioranza dei pazienti. Le uniche terapie orali disponibili erano preparati di origine vegetale oppure farmaci in commercio per curare altre malattie di cui si sfruttava una certa efficacia pro-erettile; erano comunque terapie poco efficaci, qualche volta con effetti indesiderati anche rilevanti.

Poi la scoperta del Sildenafil, che avvenne quasi per caso: i laboratori Pfizer stavano studiando nuovi farmaci antipertensivi, quando si sono resi conto della capacità del Sildenafil di favorire l'erezione; Il farmaco è stato quindi messo a punto e commercializzato con questa indicazione, e molti studi scientifici hanno confermato la sua efficacia e sicurezza.

Altre case farmaceutiche hanno poi sviluppato molecole della stessa classe farmacologica, nota con il nome di “inibitori della fosfodiesterasi 5”, ma con proprietà leggermente diverse dal Sildenafil: il Tadalafil, il Vardenafil e l'Avanafil. La scelta di quale di queste molecole utilizzare è compito dell'Andrologo: durante la visita raccoglierà i dati necessari per capire da che tipo di disfunzione sia affetto il paziente, quale sia il suo stato di salute generale, quali siano le sue esigenze personali e di coppia, e sarà quindi in grado di scegliere il farmaco e la forma farmaceutica che renderanno maggiormente soddisfatto quel singolo paziente.

Ma quanto sono efficaci questi farmaci? Pur essendo utili alla grande maggioranza dei pazienti, circa 2-3 pazienti su 10 non rispondono in maniera soddisfacente; fortunatamente molte soluzioni sono possibili per rendere anche questi soggetti in grado di avere rapporti. In questi casi un ciclo di terapia con onde d'urto focalizzate a bassa intensità potrebbe portare beneficio: è un trattamento non doloroso che richiede da 6 a 10 sedute settimanali della durata di circa 15 minuti ciascuna e che consente una “rigenerazione” del tessuto vascolare del pene, permettendo una migliore risposta ai farmaci, a volte a dosi anche più basse (e, in certi casi, anche di far a meno delle pillole). Nei casi più difficili possono essere proposte la farmacoerezione intracavernosa oppure l'intervento di impianto di una protesi del pene, che nonostante la apparente invasività è in realtà una soluzione efficace e definitiva, e in centri



“

Nel 1998 l'arrivo del Viagra (Sildenafil) ha rivoluzionato il trattamento della disfunzione erettile, offrendo per la prima volta una terapia orale efficace e sicura. Prima esistevano solo soluzioni invasive o poco efficaci. Altri farmaci simili (Tadalafil, Vardenafil, Avanafil) sono oggi disponibili, ma la scelta va personalizzata con l'andrologo. Questi farmaci sono sicuri se prescritti dal medico, ma possono causare lievi effetti collaterali. Hanno comunque contribuito in modo sostanziale a superare il tabù sulla disfunzione erettile, trattandola come una normale condizione medica.

”

con buona esperienza su questo tipo di chirurgia i livelli di soddisfazione da parte dei pazienti sono molto elevati.

Una domanda che viene spesso fatta all'Andrologo è sulla sicurezza degli inibitori della fosfodiesterasi, anche sull'onda delle notizie di possibili eventi fatali che si erano diffuse anni addietro sui giornali. Qui occorre fare chiarezza: non c'è nessuna evidenza di decessi di persone in buone condizioni di salute ascrivibili a questi farmaci: sono assolutamente sicuri e sono controindicati solo in persone con particolari condizioni patologiche o che assumono determinate terapie. Bisogna sempre comunque tenere a mente che, anche se servono per trattare una patologia che non mette a rischio la vita, sono farmaci a tutti gli effetti, ed è importante che vengano assunti dopo una valutazione personalizzata e una prescrizione medica. Assumereste mai un farmaco antipertensivo che vi avesse passato un amico dicendo "provalo anche tu"?

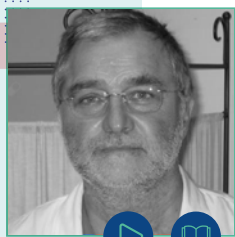
Diverso il discorso sugli effetti indesiderati, non gravi ma non rarissimi: mal di testa, difficoltà di digestione, dolori muscolari, congestione nasale sono i più comuni. Spesso si tratta di effetti che possono essere efficacemente trattati o prevenuti ottimizzando dosaggio e modalità di somministrazione, ma a volte vi sono situazioni che richiedono la sostituzione del farmaco. Ancora una volta è importante che il medico prescrittore abbia l'esperienza per suggerire al paziente tutte le soluzioni possibili.

In conclusione, l'esperienza di più di un quarto di secolo ci ha insegnato che gli inibitori della fosfodiesterasi sono, da un punto di vista medico, degli ottimi farmaci: efficaci nella maggioranza dei pazienti, sicuri, disponibili in una gamma di molecole e di formulazioni con proprietà diverse in modo da permettere una personalizzazione della terapia.

Ma, soprattutto, hanno determinato un cambiamento epocale, contribuendo a far emergere una disfunzione prima ampiamente sommersa: è anche per merito di questi farmaci che oggi si parla apertamente di disfunzione erettile come di qualsiasi altro problema medico affrontabile e trattabile.



Attilio Guerani



Specialista in Andrologia e Urologia

Responsabile Servizi di Qualità, Società Italiana di Andrologia



La disfunzione erettile colpisce circa il 20% degli uomini sessualmente attivi e nonostante il 25% di questi sia under 40 è chiaro come la sua incidenza aumenti con l'età e si associ a malattie quali ipertensione diabete, malattie cardiovascolari e sindrome metabolica. Queste evidenze rendono chiaro come la compromissione vascolare del distretto pelvico-pudendo sia una delle evidenze fisiopatologiche più frequenti. La terapia con PDE5I è spesso efficace in questi pazienti, non è però scevra da criticità quali la scarsa spontaneità nel rapporto, gli effetti collaterali a volte poco tollerati, la necessità di aumentare la dose nel tempo per mantenere stabile la efficacia fino a volte alla perdita di efficacia al massimo dosaggio. Non è da sottovalutare inoltre il fatto che tali farmaci risolvono il sintomo ma non modificano il momento fisiopatologico.

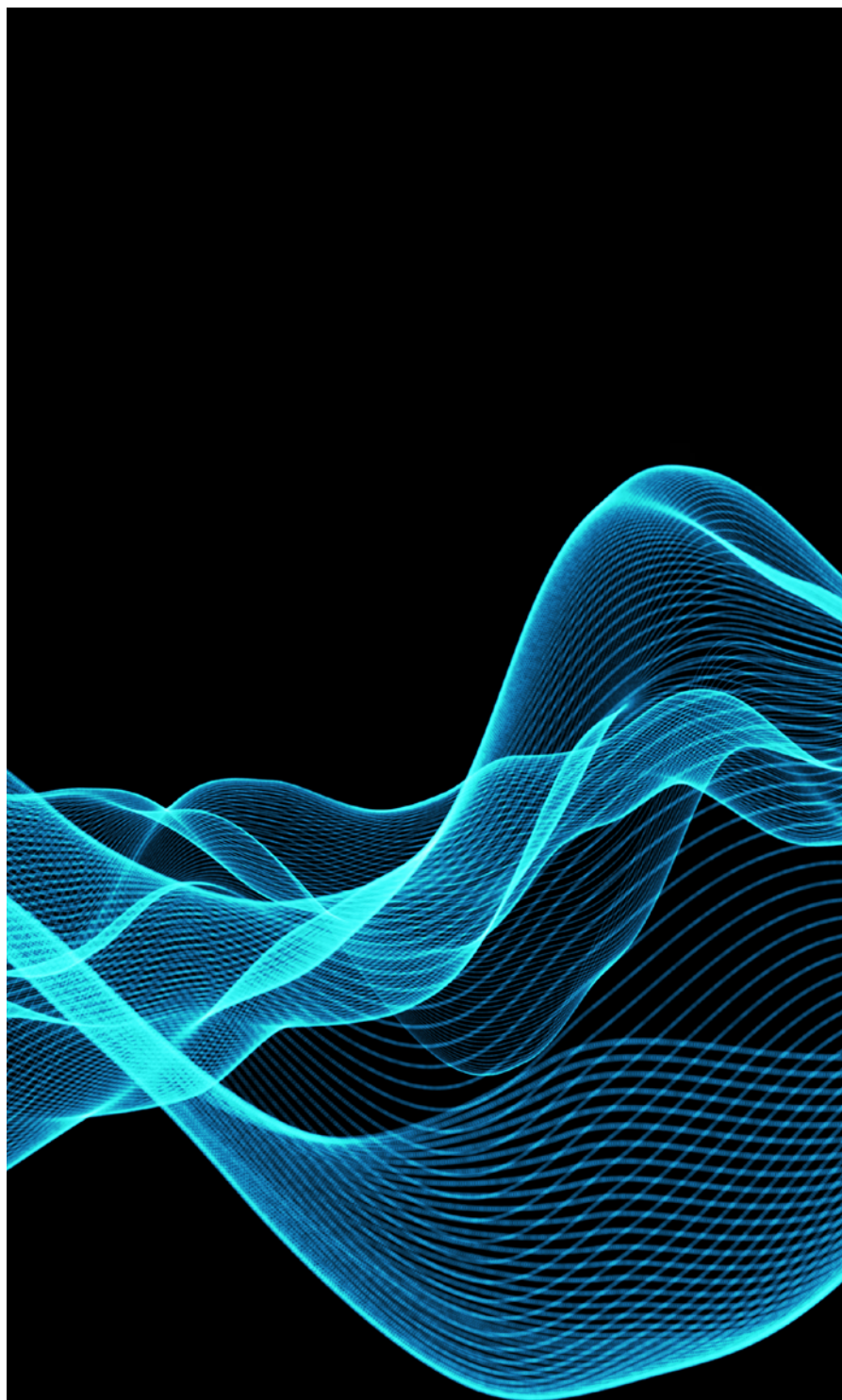
Il trattamento con onde d'urto a bassa intensità (LISWT) introdotto da Vardi e Appel in uno studio pilota del 2010 si è rivelato subito efficace nel migliorare la funzionalità erettile in pazienti non responders ai PDE5I; successivi studi hanno confermato questa efficacia soprattutto nel ripristinare una adeguata risposta ai farmaci proerettili. Il meccanismo attraverso il quale la LISWT migliora la funzione erettile è abbastanza chiarito ed è verosimile che i microtraumi prodotti dalle onde d'urto sull'endotelio stimolino la produzione di fattori di crescita endogeni vascolari, attivando le cellule staminali di scorta producendo una rigenerazione vasale.

A rafforzare la teoria della neoangiogenesi concorre - oltre gli studi sperimentali sui ratti - anche uno studio randomizzato in doppio ceco e controllato del 2016 condotto da Omar et al. sulle ulcere vascolari croniche del piede diabetico, che ha evidenziato un miglioramento significativo delle ulcere e della vascolarizzazione distale degli arti inferiori.

Oltre a ciò recenti studi hanno evidenziato come la LISWT stimoli la ossido nitrico sintetasi neuronale (nNOS) con effetti positivi sulla generazione del tessuto nervoso, supportando la proliferazione delle cellule Schwann e di conseguenza stimolare la rigenerazione delle fibre nervose periferiche.

Tale evidenza ha stimolato la ricerca anche nell'ambito dei deficit erettili secondari ad intervento di prostatectomia radicale per cui sono stati condotti due studi su pazienti sottoposti a prostatectomia radicale e affetti da disfunzione erettile. Questi due studi hanno prodotto risultati non dirimenti in quanto uno senza gruppo di controllo, poco attendibile; mentre il secondo con una casistica esigua sembra dimostrare una certa efficacia (>40%). Una review sistematica con metanalisi di numerosi studi nel 2016 ha evidenziato come indiscutibilmente la LISWT sia in grado di migliorare la funzione erettile in maniera statisticamente significativa in una considerevole percentuale di pazienti trattati con persistenza del risultato fino a 12 /24 mesi dal

LE ONDE D'URTO A BASSA INTENSITÀ: LA TERAPIA RIGENERATIVA NON INVASIVA DELLA DISFUNZIONE ERETTILE



“

La disfunzione erettile colpisce circa il 20% degli uomini, con incidenza crescente con l'età. I farmaci PDE5-inibitori sono spesso efficaci, ma presentano limiti di efficacia e non curano le cause sottostanti. Un valido contributo è offerto dalla terapia con onde d'urto a bassa intensità (LISWT), che stimolando la rigenerazione vascolare e nervosa può migliorare la funzione erettile per 12-24 mesi. Oggi le linee guida EAU raccomandano la LISWT nei casi di disfunzione erettile moderata.

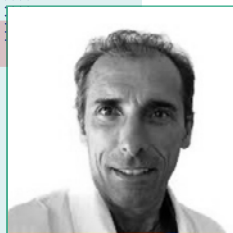
”

trattamento. Oltre a ciò, le linee guida 2018 della EAU raccomandano la LISWT come trattamento per la disfunzione erettile moderata che non risponde ai farmaci inibitori delle fosfodiesterasi 5. Diversi sono i dispositivi oggi a disposizione per il trattamento LISWT: questi si dividono in due categorie, in base alla estensione della superficie trattabile. Esistono ovvero apparecchiature focalizzate che trattano una piccola superficie e lineari che trattano una superficie più estesa. Anche tra i dispositivi cosiddetti focali ci sono grandi differenze in relazione alla superficie trattata e alla profondità di penetrazione dell'onda d'urto. Queste differenze giustificano il fatto che tutti gli studi fino ad ora condotti prevedono protocolli di trattamento che variano tra loro in merito al numero di shock per seduta, la intensità e la frequenza degli shock, il numero delle sedute totali e la loro periodicità in funzione della apparecchiatura utilizzata, ma, a volte, anche studi condotti utilizzando le medesime apparecchiature prevedono protocolli diversi di trattamento.

Negli ultimi cinque anni sono stati condotti molti studi, anche in doppio cieco con gruppo di controllo, che hanno consolidato la efficacia del trattamento con onde d'urto nell'ambito della disfunzione erettile a etiologia prevalentemente vasculogenica e, soprattutto, ne hanno confermato la assenza di effetti collaterali. Tuttavia, la maggior parte di questi protocolli sono stati condotti in particolare con due tipologie di apparecchiature, consolidando la efficacia soprattutto dei dispositivi testati mentre allo stato attuale esistano molteplici apparecchiature generatrici di onde d'urto la cui efficacia andrebbe testata singolarmente.

Alla luce di quanto detto sarebbe importante che dovendo decidere in merito ad eseguire o meno il trattamento, il paziente sia informato della marca e modello della apparecchiatura utilizzata e circa gli studi effettuati con tale apparecchiatura, che ne confermino la reale efficacia.

Carlo Bettocchi



*Professore Ordinario di
Urologia, Università degli
Studi di Foggia*

*Chairman Sezione
Andrologica EAU*

Ogni anno, in Italia, 15.000 uomini si sottopongono a un intervento per tumore alla prostata. Una malattia sempre più curabile, ma non per questo “risolta”. Perché se si sopravvive al tumore, spesso non si sopravvive al silenzio che lo segue.

Disfunzione erettile, incontinenza urinaria, calo del desiderio: sono effetti collaterali frequenti dopo intervento o radioterapia, eppure sistematicamente trascurati. Il risultato? Un esercito invisibile di uomini che, dopo la guarigione oncologica, si ritrovano mutilati nella propria identità sessuale e affettiva. “Guariti ma dimezzati”, come raccontano molti.

Il dato è chiaro: il 70% dei pazienti presenta disfunzione erettile post-intervento, il 20% incontinenza. E nonostante questo, meno del 50% riceve un trattamento adeguato. Solo una minoranza ha accesso a protesi peniene o sfinteri artificiali, che in altri Paesi europei sono rimborsati e diffusi, mentre da noi restano esclusi dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), spesso a totale carico del paziente o dell'ospedale. Meno di 400 protesi impiantate l'anno in Italia, a fronte di un fabbisogno di oltre 4.000: una sproporzione che grida vendetta.

Non è solo una questione clinica, ma culturale. Parlare di sessualità maschile post-cancro resta un tabù. Il paziente tace per imbarazzo, il medico evita per mancanza di tempo o formazione. E così, si crea un “doppio silenzio”: prima sulla diagnosi, poi sulle sue conseguenze. Ma il prezzo lo pagano le persone, le coppie, la società tutta.

La salute sessuale non è un lusso per chi ha “già avuto abbastanza”: è parte integrante della qualità della vita. Non affrontarla significa curare il tumore ma abbandonare il paziente. E significa anche generare disuguaglianze: perché chi ha risorse economiche si cura, chi non le ha resta escluso. È una forma di discriminazione silenziosa ma concreta.

Oggi ci sono strumenti, terapie e tecnologie per restituire dignità alla vita sessuale degli uomini colpiti da carcinoma prostatico. Quello che manca è un sistema che li renda accessibili. Serve inserire la riabilitazione andrologica nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), adeguare i Diagnosis-Related Group (DRG - il sistema di classificazione dei ricoveri ospedalieri, usato per stabilire quanto il Servizio Sanitario Nazionale rimborsa agli ospedali per ciascun episodio) ai reali costi delle protesi, istituire centri multidisciplinari uro-andrologici. Serve – soprattutto – una narrazione diversa: che dia voce ai pazienti e riconosca il valore della loro intimità. Perché vivere più a lungo non basta. Bisogna vivere meglio. E sentirsi ancora, profondamente, uomini.

LA VITA SESSUALE DOPO TRATTAMENTO DI TUMORE PROSTATICO: I PAZIENTI DIMENTICATI



“

In Italia, 15.000 uomini all'anno si operano per tumore alla prostata, con frequenti effetti collaterali come disfunzione erettile e incontinenza spesso non trattati adeguatamente. L'accesso a cure come protesi peniene è limitato e la sessualità post-cancro resta un tabù. È urgente includere la riabilitazione sessuale nei Livelli Essenziali di Assistenza e creare centri specializzati, perché vivere più a lungo significa anche vivere meglio, mantenendo dignità e intimità.

”



Davide Arcaniolo



UOC Urologia, Università
della Campania "Luigi
Vanvitelli"

Succede così, senza preavviso. Una mattina ti svegli, ti guardi allo specchio e qualcosa sembra essere cambiato. Una strana curvatura, una sensazione diversa durante l'erezione, magari un fastidio, una tensione, un dolore. Non è solo una questione di forma: è qualcosa che può colpire nel profondo la fiducia e la serenità di un uomo. Parliamo della malattia di La Peyronie, anche nota come Induratio Penis Plastica.

La Malattia di La Peyronie è una condizione poco conosciuta, ma più frequente di quanto si pensi, arrivando a colpire fino al 9% della popolazione. Ma probabilmente i numeri sono più elevati se si considera che tanti uomini sono reticenti nel rivolgersi al proprio medico o ad uno specialista andrologo, anche di fronte a sintomi evidenti, per imbarazzo o per la convinzione che si tratti di un disturbo banale o passeggero. In realtà, riconoscerla e affrontarla precocemente può fare la differenza. L'età di insorgenza più frequente si colloca tra i 50 e i 60 anni, ma può comparire anche prima, soprattutto nei soggetti che presentano fattori di rischio quali ripetuti traumi durante i rapporti, familiarità, fumo di sigaretta, diabete mellito ed ipertensione, malattia di Dupuytren e pregressi interventi pelvici. Colpisce il pene, causando la formazione di placche fibrose nel tessuto che lo riveste. Il risultato? Una curvatura anomala durante l'erezione, che può variare da lieve a molto pronunciata. In alcuni casi, il pene può anche accorciarsi, o l'erezione diventare dolorosa o meno efficace.

Come si manifesta?

Il primo segno percepito dal paziente è spesso la curvatura del pene in erezione. Magari leggera all'inizio, ma che con il tempo può accentuarsi. Ma attenzione: la curvatura solitamente viene preceduta da piccoli segnali che spesso vengono sottovalutati. Un dolore al pene durante l'erezione, una zona indurita o una placca che si può sentire al tatto, o anche una difficoltà a ottenere o mantenere un'erezione soddisfacente, possono essere campanelli d'allarme importanti. Segni che spesso vengono sottovalutati o ignorati, ma che invece rappresentano una preziosa occasione per intervenire in tempo, prima che la deformazione diventi evidente e possa determinare difficoltà nei rapporti sessuali. Riconoscere questi segnali precoci e parlarne con un medico può fare davvero la differenza. La malattia, infatti, ha un andamento rapidamente progressivo ed un intervento tempestivo può limitarne l'evoluzione, ridurre la curvatura e prevenire conseguenze più invalidanti.

Cosa si può fare?

La buona notizia è che oggi esistono diverse opzioni terapeutiche. In molti casi, la malattia si stabilizza da sola dopo alcuni mesi ed il dolore tende a risolversi spontaneamente. Ma quando i sintomi sono importanti o limitano la funzione sessuale, è il momento di intervenire.

ATTENZIONE: CURVA PERICOLOSA! RICONOSCERE E TRATTARE LA MALATTIA DI LA PEYRONIE



“

Troppi uomini convivono con i sintomi senza chiedere aiuto, pensando che sia "normale" con l'età, o che non ci sia nulla da fare: la vergogna e il silenzio sono i primi nemici. Ma non è così. Parlare con il proprio medico di base o con un andrologo è il primo passo per uscire dall'ombra.

”

Si parte spesso da terapie conservative: farmaci assunti per via orale (inibitori delle fosfodiesterasi come il tadalafil, antinfiammatori non-steroidi), oppure iniezioni locali con medicinali che aiutano a ridurre la placca come l'acido ialuronico o l'interferone. Esistono anche dispositivi medici, come estensori penieni o vacuum, che possono aiutare a ridurre la curvatura nel tempo o la terapia fisica con le onde d'urto (ESWT) che ha una azione rapida e significativa sul dolore.

Quando la situazione lo richiede, si può ricorrere alla chirurgia. Ci sono diverse tecniche, che variano in base alla gravità della curvatura e alla funzionalità erettile, che hanno l'obiettivo di correggere la deviazione e restituire una funzionalità adeguata. La chirurgia va proposta quando la malattia è ormai stabilizzata, spiegando al paziente i pro ed i contro di ogni tecnica. In caso di dimensioni peniene adeguate, assenza di curvature particolarmente pronunciate o complesse e in presenza di una funzione erettile valida si possono utilizzare delle tecniche più semplici, che presentano poche complicanze e che prevedono la correzione della curvatura determinando un lieve accorciamento dell'asta, lasciando la placca in sede. Al contrario, nei casi più gravi, si procederà ad interventi più complessi e a maggior rischio di complicanze, specie di natura sessuale, intervenendo sulla placca, asportandola e sostituendola con dei materiali sintetici o prelevati da altre sedi (mucosa buccale, safena), preservando e ripristinando la lunghezza peniena. In caso di pazienti con disfunzione erettile grave, non responsiva ai farmaci, a tale intervento si può associare l'impianto di una protesi peniena per assicurare la ripresa della funzione sessuale.

Parlarne, il primo passo

Come spesso accade quando si parla di salute sessuale maschile, la vergogna e il silenzio sono i primi nemici. Troppi uomini convivono con i sintomi senza chiedere aiuto, pensando che sia "normale" con l'età, o che non ci sia nulla da fare. Ma non è così. Parlare con il proprio medico di base o con un andrologo è il primo passo per uscire

dall'ombra. La malattia di La Peyronie non è una condanna: con una diagnosi precoce e le giuste terapie, è possibile recuperare serenità, funzionalità e fiducia in sé. In fondo, anche una curva può tornare dritta. Basta sapere che non si è soli, e che oggi ci sono tante possibilità di affrontare efficacemente tale patologia.

E ricordarlo sempre: quando il corpo parla, anche sottovoce, vale la pena ascoltarlo...e di raccontarlo a qualcuno quello che ci ha narrato.



Marco Capece



*Clinica Mediterranea,
Napoli e Malzoni Research
Hospital Avellino.*

AIUTO DOTTORE! MI SI È STORTO IL PENE: L'INCUBO DELLA MALATTIA DI LA PEYRONIE

La malattia di La Peyronie è una condizione di cui molti uomini non parlano, spesso per imbarazzo, ignoranza o paura. Ma la malattia di La Peyronie, che colpisce circa il 5-10% della popolazione maschile, è un disturbo reale, invalidante e soprattutto curabile. Tra i rimedi più efficaci, la chirurgia rappresenta spesso l'ultima spiaggia, anche se spesso questa chirurgia rappresenta la terapia più efficace per chi convive con un pene deformato.

Scoperta nel 1743 dal medico francese François Gigot de La Peyronie, la malattia è caratterizzata dalla formazione di una placca fibrosa all'interno dei corpi cavernosi del pene, causando una curvatura anomala durante l'erezione. In taluni casi, la curvatura è tale da rendere impossibile il rapporto sessuale. Se si presenta nelle forme più aggressive si presenta anche dolore all'erezione, accorciamento importante del pene ed anche deformità importanti come restringimenti a clessidra.

La causa non è sempre chiara e spesso non si riesce a definire il vero trigger della malattia. Sembra che piccoli traumi ripetuti al pene durante l'attività sessuale associati ad una predisposizione genetica, diabete e patologie del tessuto connettivo possano essere fattori scatenanti. Spesso la malattia si manifesta tra i 35 e i 65 anni, ma non risparmia nemmeno gli uomini più giovani.

Nei primi mesi dall'esordio, si tenta spesso un approccio conservativo: farmaci orali, iniezioni intrapacca, fisioterapia peniena, e persino dispositivi di trazione. Purtroppo tutte le terapie non chirurgiche hanno un elevato tasso di insuccesso, e quando la curvatura si stabilizza la chirurgia diventa l'unica opzione di trattamento disponibile.

L'approccio chirurgico viene scelto in base a diversi fattori: grado della curvatura, lunghezza del pene, presenza o meno di disfunzione erettile. Esistono al giorno d'oggi più di 30 tecniche chirurgiche per la risoluzione della curvatura, ma le possiamo racchiudere in 3 grosse categorie:

Tecnica di plicatura o "accorciamento" della tunica albuginea (Nesbit o varianti):

È la più semplice e rapida. Consiste nel "accorciare" il lato opposto alla curvatura, ristabilendo la simmetria. Ha il vantaggio di essere poco invasiva, ma può comportare una perdita di lunghezza del pene, talvolta percepita come significativa.

Incisione e innesto (grafting):

Quando la curvatura è grave (oltre gli 80-90 gradi), si incide la placca fibrosa e si inserisce un innesto (di tessuto sintetico o biologico) per colmare il difetto. Questa tecnica è più complessa ma evita l'accorciamento iniziale che si ha con le tecniche di plicatura. Purtroppo l'accorciamento non è spesso evitabile nel post-operatorio, nonostante si attuino tutta una serie di esercizi volti ad evitare le detrazioni del graft o la fibrosi. In queste tecniche normalmente vi è anche un rischio di disfunzione



“

La malattia di La Peyronie non è una condanna. Oggi esistono trattamenti efficaci, e la chirurgia — quando indicata — può davvero restituire normalità, fiducia e serenità. Il pene storto non è un destino, è una diagnosi da affrontare e risolvibile nella quasi totalità dei casi.

”



erettile post-operatoria pertanto possono essere effettuate soltanto in pazienti che hanno una eccellente funzione erettile.

Protesi peniena:

Indicata nei casi in cui la curvatura si accompagna ad una disfunzione erettile moderato-severa. Può essere presa in considerazione anche in caso di lievi disfunzioni erettili se la curvatura dovesse essere molto importante. L'impianto di una protesi (gonfiabile o semirigida) raddrizza il pene e ripristina la funzionalità sessuale. Rappresenta l'intervento più radicale, ma con la giusta indicazione il tasso di soddisfazione del paziente supera il 90%.

Come ogni intervento chirurgico, anche quelli per La Peyronie comportano dei rischi: infezioni, perdita di sensibilità, insoddisfazione estetica o funzionale. Sono rischi che vanno tenuti in considerazione anche se nelle mani di chirurghi esperti il tasso di successo supera il 90%, con un significativo miglioramento della qualità della vita sessuale.

La malattia di La Peyronie non è una condanna. Oggi esistono trattamenti efficaci, e la chirurgia — quando indicata — può davvero restituire normalità, fiducia e serenità. Il pene storto non è un destino, è una diagnosi da affrontare e risolvibile nella quasi totalità dei casi.

Mattia Sibona



*Clinica Urologica, AOU
Città della Salute e della
Scienza*

Ospedale Molinette, Torino

L'iperplasia Prostatica Benigna (IPB) è una condizione molto comune tra gli uomini adulti, caratterizzata da aumento di volume della ghiandola prostatica e sintomi minzionali, come flusso debole o aumento della frequenza e dell'urgenza minzionale. L'insorgenza dei sintomi e la conseguente diminuzione della qualità di vita inducono molti pazienti ad intraprendere terapie specifiche. Spesso, è possibile gestire efficacemente la sintomatologia mediante l'assunzione di farmaci, ma quando questi ultimi si dimostrano inefficaci o poco tollerabili, la terapia di scelta è rappresentata dalla chirurgia.

La chirurgia dell'IPB, dal canto suo, ha subito una trasformazione piuttosto significativa negli ultimi anni, grazie all'introduzione di nuove tecnologie e al miglioramento delle conoscenze anatomiche e delle tecniche chirurgiche. Al fianco degli interventi tradizionali sono comparse infatti tecniche innovative, caratterizzate dalla mininvasività. In questo ambito, il miglioramento della chirurgia endoscopica e l'introduzione dei laser sono stati i due pilastri fondamentali dello sviluppo.

Tuttavia, anche le metodiche più avanzate presentano un punto debole, rappresentato dal rischio di disfunzione dell'eiaculazione. A fronte di un significativo e persistente miglioramento dei sintomi minzionali, molti pazienti possono esperire un'alterazione, o anche una totale scomparsa dell'eiaculazione, con conseguente alterazione della qualità della vita sessuale.

Questo succede perché la prostata potrebbe essere a pieno titolo definita come "l'organo dell'eiaculazione". Da un punto di vista anatomico, infatti, essa contiene una porzione significativa dell'apparato secretore del liquido seminale, ovvero è responsabile della sua produzione. Inoltre, all'interno della prostata decorre l'apparato "idraulico", meglio definito come l'insieme dei dotti prostatici e dei dotti eiaculatori, responsabile del trasferimento del liquido seminale dalla prostata e dalle vescicole seminali verso l'uretra, durante il processo eiaculatorio. Infine, si ritiene che proprio all'interno della prostata sia contenuto il "muscolo eiaculatorio", un'entità ancora non conosciuta a fondo, costituita di fibre muscolari che presiedono al meccanismo dell'espulsione del liquido seminale verso l'esterno. Ciò che è ben noto, è l'impatto negativo della chirurgia sul delicato e complesso meccanismo dell'eiaculazione, perché l'asportazione del tessuto prostatico in eccesso, che risulta fondamentale per risolvere i sintomi dell'IPB, può frequentemente causare un danno all'intero apparato dell'eiaculazione. Da molti anni, specialisti di tutto il mondo si interrogano su come poter mitigare questo aspetto indubbiamente negativo, e mai del tutto risolto, della chirurgia dell'IPB. Se da una parte l'introduzione di nuove tecnologie, come i laser, ha permesso di ridurre i tassi di disfunzione eiaculatoria rispetto alle metodiche di tipo tradizionale, dall'altra appare chiaro che il punto cruciale per il risparmio dell'eiaculazione

LE TECNICHE DI TRATTAMENTO DELLA IPB E EJACULATION SPARING



“

L'iperplasia Prostatica Benigna (IPB) è comune negli uomini anziani e può causare disturbi urinari. Quando i farmaci non bastano, si ricorre alla chirurgia, che però può compromettere l'eiaculazione, poiché la prostata è coinvolta nel processo eiaculatorio. Le tecniche mininvasive (MIST) riducono questo rischio ma non sono adatte a tutti. Altre opzioni, come il laser verde o l'ablazione a getto d'acqua, offrono buoni risultati in termini di sintomi e conservazione della funzione sessuale.

”



è insito nella tecnica chirurgica.

Esiste un assunto generico, secondo il quale il rischio di disfunzione eiaculatoria dopo chirurgia dell'IPB è direttamente proporzionale alla quantità di tessuto prostatico rimosso durante l'intervento. Pertanto, i tassi di disfunzione eiaculatoria sono massimi dopo le metodiche di enucleazione prostatica, intermedi dopo resezione o vaporizzazione dell'adenoma e risultano invece minimi, pur non essendo mai nulli, dopo metodiche di ultima generazione, quali i laser interstiziali o i trattamenti a vapore acqueo ad alta temperatura, che vengono complessivamente definite come Minimally Invasive Surgical Techniques (MISTs).

Proprio queste MIST, del resto, si sono recentemente inserite nel panorama della chirurgia dell'IPB e hanno imposto a noi clinici un'importante riflessione. Le MIST sono caratterizzate da una micro-invasività spiccata, hanno spesso le caratteristiche di una chirurgia ambulatoriale, sono efficaci nel migliorare i sintomi minzionali e sono gravate da un rischio molto basso di complicanze e di disfunzione dell'eiaculazione. Sono in grado di offrire al paziente tutti questi risultati perché la quantità di tessuto prostatico che viene asportata con queste metodiche è minima, sufficiente per il miglioramento della sintomatologia, ma non così significativa da provocare la distruzione dell'apparato eiaculatorio.

Le MIST rappresentano dunque una nuova soluzione per tutti i pazienti affetti da IPB? Purtroppo anche in questo caso la soluzione non è così semplice: il “minimalismo” nell'asportazione del tessuto prostatico non si adatta perfettamente a tutti i pazienti, esponendo coloro che sono affetti da volumi prostatici maggiori o da apparati urinari più compromessi ad un aumentato rischio di recidiva della sintomatologia con necessità di nuovi interventi.

In questi casi, per il paziente che esprime il proprio interesse in una chirurgia con intento di preservazione dell'eiaculazione, esistono soluzioni alternative. Grazie all'utilizzo dei laser,

ed in particolare mediante metodiche di vaporizzazione prostatica “ejaculation-preserving” con laser LBO (laser verde), è possibile ottenere un ottimo compromesso fra efficacia disostruttiva e preservazione dell'eiaculazione. Anche le metodiche “robotizzate” più recenti, come l'ablazione prostatica a getto d'acqua, hanno dimostrato ottimi risultati in questo ambito. Come sempre, risulta però fondamentale il consulto medico, concentrato sulle peculiarità di ciascun paziente ed eseguito da specialisti dedicati a questo particolare tipo di chirurgia.

Chiara Polito



Specialista in Urologia

*Dirigente medico UOC
Urologia*

*Ospedale Cardinal Massaia
Asti*

Si sono da poco concluse le ultime prove dell'esame di stato, che dall'anno prossimo tornerà a chiamarsi esame di maturità: è inevitabile riflettere sul carico emotivo e di responsabilità che questa nuova vecchia denominazione aggiungerà alla sacralità e all'ansia di una prova che chiude un percorso, di studi e di vita.

È davvero una certificazione di conquistata maturità? Lungi da me addentrarmi in considerazioni filosofiche e avanzare giudizi nel dibattito morale ma, da andrologi e da medici, possiamo guardare alla maturità individuale in termini di responsabilità nei confronti della propria salute.

Al di là dei luoghi comuni i giovani e gli adolescenti di oggi sono indubbiamente distratti da numerosi stili di vita nocivi e dannosi, si rendono spesso protagonisti di gesti irresponsabili e infimi di cronaca nera e, per quanto ci riguarda direttamente, conoscono poco delle patologie andrologiche, non si informano e non approfondiscono le loro numerose curiosità attraverso fonti adeguate, per quanto siano costantemente circondati dalla possibilità, attraverso diversi mezzi, di farlo.

Non investono sulla propria salute riproduttiva, non sembrano preoccupati dall'allarmante calo globale della conta spermatica e dai numerosi e ubiquitari fattori ambientali che minano quotidianamente la salute di un liquido seminale che, dati di letteratura ci dicono, è sempre più debole e di ridotta qualità. Non esiste nemmeno più la famosa visita di leva, che aveva il grande vantaggio di scoprire in tempo utile condizioni e patologie che, trattate precocemente, potevano essere controllate e che invece, adesso, sfuggono spesso all'attenzione medica oppure arrivano allo specialista troppo tardi. E a spese, frequentemente, del potenziale di fertilità maschile. I giovani e gli adolescenti, abbandonati nei confronti della propria salute sessuale e riproduttiva ad una responsabilità personale...dimostrano di non averne.

Tanto per fare un esempio, i dati delle coperture vaccinali anti-HPV raccolti dall'Istituto Superiore di Sanità mostrano che la copertura vaccinale anti-HPV nei ragazzi (il Papillomavirus è uno tra i virus a trasmissione sessuale più diffusi e alcuni sierotipi sono considerati ad alto rischio perché associati allo sviluppo di lesioni con possibile evoluzione maligna; per il papillomavirus è da anni disponibile un vaccino, raccomandato a partire dagli 11-12 anni e offerto gratuitamente) è molto lontana dagli obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale e, come spesso accade per quanto riguarda la cura della salute, molto inferiore rispetto a quanto si registra per le ragazze, nella medesima fascia di età.

Ancora, un'indagine dell'Osservatorio Sanità di UniSalute Nomisma del 2022 ha dimostrato che tra le donne, negli ultimi 12 mesi, solo il 50% di loro ha eseguito una visita ginecologica. Se consideriamo la

L'UOMO MATURO È DAVVERO PIÙ MATURO?



“

L'uomo maturo appare poco autonomo nella gestione della propria salute, soprattutto sessuale, spesso delegata alle donne (mogli, compagne), che si occupano di terapie e consulti medici. Questo mette in discussione la reale "maturità" maschile. In una società percepita come sempre più critica verso l'identità maschile tradizionale, l'uomo vive una crisi di ruolo e di virilità. La disfunzione erettile diventa simbolo di un tradimento da parte del proprio corpo, ma la sessualità non si riduce alla sola funzione meccanica e l'uomo spesso non è preparato ad affrontare questo cambiamento.

”

controparte maschile vediamo che solo il 15% degli uomini si è recato da un andrologo.

Vogliamo parlare, poi, di autopalpazione? Per il seno la pratica è risaputa, nota, praticata e diffusa, una consuetudine di prevenzione ben consolidata. L'autopalpazione del testicolo, manovra tanto semplice quanto fondamentale per diagnosticare tempestivamente noduli o masse sospette per essere tumori del testicolo, è una pratica pressoché sconosciuta tra i ragazzi.

Insomma, sui giovani, in tema di prevenzione andrologica, c'è ancora moltissimo da lavorare.

...E l'uomo "maturo"?

Per quanto comune a tutte le età, nella fase più avanzata della vita di solito si parla di cura, di trattamento delle patologie. Oppure di prevenzione delle patologie.

Cerchiamo, piuttosto, di focalizzare l'attenzione sul tema della preservazione della salute, tema che vede noi Andrologi in primo piano in quanto specialisti della salute maschile, da promuovere e tutelare, in un'ottica nuova e rivoluzionaria, quella dell'uomo sano.

L'uomo maturo è davvero più maturo nel mantenere e conservare il proprio stato di salute, anche quella sessuale?

Gli esperti di comunicazione digitale ci dicono che le ricerche online in tema di salute maschile sono svolte principalmente da donne. Le stesse mogli o fidanzate che accompagnano il marito in ambulatorio, non solo per problematiche che coinvolgono la coppia.

Sono le donne che gestiscono la terapia del proprio coniuge (sono le donne che si ricordano il nome dei farmaci!)...e sono sempre loro che giudicano anche gli esiti delle terapie e dei trattamenti, soprattutto chirurgici, proposti dagli Andrologi.

Insomma, già la prima impressione non rende giustizia alla maturità e all'autonomia sovrana del maschio.

D'altra parte viviamo un contesto sociale che non infonde coraggio al maschio, anzi: anche solo parlare a favore dell'uomo, del maschio, oggi,

significa addentrarsi in un ambiente pericoloso.

E' dilagante un pensiero ed un'opinione comune quasi anti-maschile: femminismo esasperato, imposizione di quote rosa, movimenti social quali me too, nonunadimeno, cultura woke e lotta alla cieca al patriarcato, uso pandemico dello schwa o dell'asterisco a cancellare tutto quanto ha una identità di genere, soprattutto maschile.

Non si può parlare bene del maschio, appare come offendere decenni di lotte di femminismo e di diritti conquistati. Che però, oggi, l'uomo sia in crisi è sotto gli occhi di tutti.

Guardiamo alle statue classiche, della civiltà romana: l'uomo raffigurato come emblema di virilità, stoicismo, competitività, conquista. Guardiamo poi a Rosa Chemical (protagonista del famoso scambio di effusioni con Fedez a Sanremo, ve lo ricordate?) o al nuovo eroe Lucio Corsi, per restare in tema festival: una fisicità molto lontana dalla virilità comunemente intesa.

Insomma, oggi l'uomo ha bisogno di un elastico delle mutande a ricordargli chi è (UOMO, ndr), o chi dovrebbe essere.

La società non aiuta... ma d'altra parte il maschio non fa nulla per riprendersi il posto che era suo. E, tornando su tematiche andrologiche, quando subentra la disfunzione erettile (la difficoltà a raggiungere o a mantenere un'erezione valida per un rapporto sessuale soddisfacente) l'uomo maturo viene addirittura tradito dal proprio pene.

Innanzitutto tradito nella sua identità più profonda: l'uomo, lo sappiamo, si identifica nei propri genitali, i quali rappresentano l'identità simbolica maschile, è così fino dall'antichità. L'uomo è tradito perché, nel momento in cui cerca una soluzione al suo problema, ripone nel suo pene aspettative irrealistiche. Quante volte ci sono capitati uomini, in ambulatorio, che ci hanno consegnato in cura il proprio pene come un oggetto da aggiustare, da far tornare come un tempo, senza prendere responsabilità o impegno nel modificare, magari, quegli stili di vita scorretti che accompagnano tipicamente i disturbi di erezione e che

richiedono una forza di volontà, una costanza e una determinazione che non sono semplici da applicare. E cosa dire dell'uomo che viene sottoposto all'impianto di protesi del pene? Per i non addetti ai lavori si parla di una soluzione chirurgica definitiva al problema della disfunzione erettile: la protesi del pene consente di ritrovare una vita sessuale spesso assente da diversi anni a causa di malattie cardiovascolari o metaboliche intercorrenti oppure come conseguenza di un intervento chirurgico che, se da una parte ha salvato la vita o ha assicurato la cura di una patologia tumorale, dall'altra parte ha lasciato dietro di sé una cicatrice importante ed irreversibile sulla qualità della vita dell'uomo che l'ha subita.

La protesi del pene è una soluzione di enorme efficacia e di altissima soddisfazione ma, spesso, si accompagna ad una tipica malinconia del paziente per un pene che appare esteticamente diverso da quello di un tempo, che non può tornare. Si aprono le porte ad una sessualità nuova, a nuove modalità di affrontare il rapporto di coppia, a cui può capitare di non essere pienamente preparati perché le aspettative che si ripongono nel proprio nuovo pene sono irrealistiche. La protesi del pene sostituisce una funzione, ma il rapporto di coppia non è solo una mera funzione. E l'uomo maturo si scopre non così maturo nel saperla da subito affrontare.

Ecco che l'andrologo può, quindi, oggi, farsi carico della crisi dell'Uomo maturo, puntando sulla preservazione della salute. Non cura, non trattamento, nemmeno più prevenzione ma preservazione della salute maschile, è l'urlo che ci spetta e che deve essere diffuso.

...con buona pace delle femministe: il maschio ha il diritto e il dovere di essere parte della Medicina di Genere e maturo e responsabile a tutte le età.

Massimo Polito



*Urologo, Andrologo, SOS
UroAndrologia, AOUM
Torrette Ancona*

Analizzare e rivedere i progressi attuati negli ultimi 40 anni nella diagnosi, terapia e prognosi del carcinoma prostatico è un progetto ambizioso ma difficile, soprattutto nel rendere facile, comprensibile e chiaro per il lettore non esperto e comunque non formato. La malattia, così studiata e temuta ha, infatti, canalizzato risorse, menti, riunioni di esperti, al fine di convogliare progetti di cure sempre più moderne ed efficaci, la produzione scientifica del resto veniva sospinta anche dal purtroppo aumento esponenziale di dati riguardanti la morbidità e mortalità che ogni decennio venivano registrate. Siamo, però, giunti ad una attuale ottimale serie di protocolli che riguardano sia la fase diagnostica che la fase terapeutica con tutte le opzioni aperte ad affrontare qualunque stadio di malattia, compresi i percorsi riabilitativi sul versante sia urinario che erettivo. Negli anni 80, merito di intuizioni scientifiche che vedevano protagonisti autorevoli gruppi di studio (Poncap, SIURO) ed in un'epoca che vedeva ancora eseguita la fustata acida prostatica non era ancora in uso diffuso la diagnostica ecografica, non planetario ancora il contributo dei valori di PSA, si è arrivati ad un corretto e modernissimo approccio per eseguire diagnosi: esperienza degli urologi, cultura dell'argomento, ecografi dell'ultima generazione con sonde via via perfezionate, uso della Risonanza Magnetica Multiparametrica, test genetico e rigorosi target di biopsia integrati a criteri interpretativi sempre aggiornati dai protocolli degli Anatomico-Pathologi Americani.

Ciononostante, la malattia viene sempre vissuta con angoscia, ansia e pericolo da parte del paziente, cui evoca pensieri negativi come la morte, la permanente possibile perdita di urine o la impossibilità di una restante vita sessuale normale e spontanea. Il compito nostro è molto delicato, il nostro tutoring è fondamentale per accompagnare il soggetto in questi percorsi, le Società Scientifiche di settore (SIA, SIU) oltre che molto impegnate sul versante preventivo sono da sempre anche e soprattutto protese a garantire il miglior sforzo medico e tecnologico in tali condizioni. Sotto la Presidenza Gentile fu creata una task force "Riabilitazione dei Corpi Cavernosi dopo chirurgia pelvica" da me presieduta per sviluppare protocolli e lavori Scientifici e questo fu un percorso molto apprezzato (Polito, Canclini, Malvestiti, Ruggieri, Silvani, Paradiso-Galatioto).

Il cancro prostatico è passibile di diverse opzioni terapeutiche: la chirurgia (open, laparoscopica o la laparoscopica Robot Assistita) la radioterapia, la terapia medica oncologica, la brachiterapia e le terapie mininvasive. Ogni caso ha il suo percorso che dipenderà da numerosi fattori come l'età, il performance status, lo stadio, il grado, i fattori prognostici (PF), il valore del PSA o condizioni tra malattia confinata, localmente avanzata, metastatica. Non ultimo, il paziente deve aver un

L'EVOLUZIONE NEL TEMPO DELLA RIABILITAZIONE FUNZIONALE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE



“

Negli ultimi 40 anni la gestione del carcinoma prostatico è molto migliorata. Dalla diagnosi con test limitati si è passati a tecnologie avanzate come PSA, risonanza multiparametrica e biopsie mirate. Le terapie oggi includono chirurgia (anche robotica), radioterapia e cure personalizzate. Centrale è anche la riabilitazione sessuale e urinaria, con farmaci, dispositivi e, nei casi resistenti, protesi peniene. Rimane importante garantire accesso uniforme alle cure su tutto il territorio.

”



consenso ben spiegato e neutro al fine di poter indicare anch'egli il percorso che preferirebbe.

La produzione scientifica nazionale ed estera ha via via portato enormi contributi circa i lusinghieri risultati ottenibili oggi: sia circa il controllo della malattia che la sua possibile guarigione. Il candidato o meglio la coppia che affronta questo ciclo di cure potrà giovare dei migliori input tecnologici ottenibili se indicato, con la chirurgia robotica che con altre opzioni e che vedono convergere tutti in ridotta ospedalizzazione, controllo del dolore, ridotto tempo di cateterizzazione, veloce recupero; la possibilità di intervento nerve sparing mono o bilaterale con la magnificazione d'immagine ottenuta oggi e l'esperienza operatoria di accuratezza nell'anastomosi vescico-uretrale, garantiranno minori inconvenienti minzionali. Ritengo sia esplicito che non è solo e soltanto chirurgia ma il percorso più impegnativo e talora lungo riguarda di tutte le opzioni proprio il paziente chirurgico. Le variabili intrinseche sono legate anche all'interesse del paziente e della partner di essere assistiti, nel loro interesse e motivazioni nell'essere accolti da un pool dedicato e serio, nella perseveranza. Questo determinerà una migliore qualità di risposta nel recuperare sia sul versante minzionale (oggi, comunque, l'incidenza dell'incontinenza è ridotta a pochi giorni, settimane) che soprattutto sul versante erettile, in maniera esplicita, sessuale.

Cardini imprescindibili della Riabilitazione dei Corpi Cavernosi sono: inizio precoce di cure, meglio se a paziente asciutto. Utilizzo, e ci sono anni di proposte di schemi curativi con contributi scientifici di spessore, di farmaci orali (compresse, Spray, Film) ben noti, gli inibitori di PDE-5. Sono da assumere almeno bisettimanalmente ma ogni centro ha un suo eventuale schema o preferenza, l'obiettivo è permettere la riduzione o la correzione se non la guarigione del trauma chirurgico che danneggia sia la componente vascolare che la

innervazione. La fibrosi secondaria successiva determina il resto.

Le compresse vanno assunte per lunghi periodi, la nostra azione "politica" ha consentito a tali pazienti di avere la gratuità prescrittiva con il piano terapeutico, la Regione Marche fu la 3ª regione italiana a consentire questo dopo Toscana e Veneto, azione meritoria estesa a tutti individui affetti da neoplasie pelviche (Sigma-Retto, Vescica). L'obiettivo primario è riabilitare, l'erezione non comparirà in tempi brevi, va informato il paziente, necessario quindi rivederlo a cadenza preordinata, si possono modificare 2 elementi ovvero la dose o il principio attivo scegliendo tra Tadalafil, Sildenafil, Vardenafil e Avanafil. La terapia può essere anche integrata con altri presidii, ovvero il gel intrauretrale (PGE-1), le iniezioni intracavernose od il Vacuum Device che è un macchinario, non farmaco. Quindi lo scenario è composto da una terapia orale in cronico, integrata magari on demand da altro farmaco. Il counseling è altresì necessario perché le varie azioni vanno spiegate e mostrate, si deve insegnare. Ogni Centro ad alti volumi si deve far carico di questa condizione che non riveste valore di complicità ma che è invece una implicazione, non prevenibile nella sua espressione ma presente in ogni paziente.

Una considerazione a parte riguarda i pazienti che pur avendo eseguito tutto il percorso di cure e consigli si dimostra non responders alle terapie convenzionali, comprese le associazioni e le terapie intracavernose. Questi ultimi si gioveranno della Chirurgia Protesica, caratterizzata quest'ultima sia dai risultati funzionali che dalla soddisfazione nel tempo. Problema attuale in Italia adesso è la non ubiquitarietà di trattamento, i costi, le lunghe liste d'attesa dei Singoli Centri disponibili solo in 11 Regioni italiane anche se il poter posizionare una protesi peniena è presente nei Lea (Livelli Essenziali di Assistenza) e il diritto alla salute, in questo caso sessuale, è sancito da un Articolo della Costituzione Italiana.

Maurizio Carrino



*Direttore Uosd Andrologia
Aorn A. Cardarelli Napoli*

Il cancro della prostata è uno dei tumori più diffusi a livello mondiale. In Italia nel 2020 sono stati diagnosticati 36.000 nuovi casi pari ad un quinto di tutti i tumori maschili. Nelle forme localizzate la prostatectomia radicale rappresenta la procedura terapeutica più eseguita al mondo con una sopravvivenza a 10 anni maggiore del 90%. Tuttavia, nonostante l'utilizzo quasi ubiquitario di approcci chirurgici mininvasivi, l'incidenza di disfunzione sessuale post-operatoria a due anni interessa il 75% dei pazienti con un recupero totale dell'erezione in circa il 28%. Inoltre, gli studi sulla qualità di vita evidenziano che ad un anno dall'intervento la maggioranza dei pazienti è più preoccupata dalla disfunzione sessuale che dalla recidiva oncologica. In letteratura, sin dai primi approcci chirurgici nerve sparing, l'approccio alla disfunzione sessuale dopo prostatectomia radicale è stato essenzialmente "penocentrico" come se l'unico obiettivo della tecnica chirurgica e delle strategie riabilitative ad essa correlate fosse quello di garantire al paziente "una rigidità peniena sufficiente alla penetrazione". In realtà nei pazienti nel post-operatorio si rileva una situazione psicologica estremamente più complessa di quella connessa alla sola disfunzione erettile che è caratterizzata da una netta riduzione del desiderio di intimità della confidenza sessuale con la partner, elevati livelli di ansia prestazionale e grave riduzione del senso di mascolinità. L'approccio terapeutico "penocentrico" si riduce ad una proposta terapeutica per la disfunzione erettile ad aggressività crescente, dai farmaci orali alle iniezioni endocavernose di sostanze vaso attive sino all'impianto di protesi peniene. Ma numerosi studi dimostrano che, nonostante il recupero dell'erezione, solo il 50% dei pazienti resta sessualmente attivo e soddisfatto della propria sessualità. L'insuccesso dell'approccio "penocentrico" è certamente correlato all'inadeguata valutazione di alcune problematiche post-operatorie differenti per eziopatogenesi e gestione clinica differenti dalla disfunzione erettile. In particolare, ed in primis le varie forme di incontinenza urinaria. Il timore di anche minime perdite urinarie può indurre il paziente al rifiuto di qualsiasi forma di sessualità soprattutto se correlate alla fase di stimolazione/eccitazione o insorgenti durante l'orgasmo (climacturia). Eppure, per queste forme di lieve incontinenza esistono eleganti e mini invasive soluzioni terapeutiche. Mi riferisco agli impianti di vari tipi di sling per incontinenza lieve e media: una sorta di "amaca" posta a sostegno dell'uretra che ne implementa la tenuta nei soggetti in cui l'incontinenza urinaria si accompagna ad una grave disfunzione dell'erezione che necessita l'impianto di una protesi peniena, sono state ideate delle "mini reti" che migliorano la continenza non appena viene attivata la protesi (mini jupette). Altro capitolo molto trascurato ma con grave impatto sulla soddisfazione

DISFUNZIONE SESSUALE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE: E SOLO UN PROBLEMA DI RIGIDITÀ?



“

Negli ultimi 40 anni la gestione del carcinoma prostatico è molto migliorata. Dalla diagnosi con test limitati si è passati a tecnologie avanzate come PSA, risonanza multiparametrica e biopsie mirate. Le terapie oggi includono chirurgia (anche robotica), radioterapia e cure personalizzate. Centrale è anche la riabilitazione sessuale e urinaria, con farmaci, dispositivi e, nei casi resistenti, protesi peniene. Rimane importante garantire accesso uniforme alle cure su tutto il territorio.

”

sessuale è la disfunzione orgasmica. Comprende la totale assenza di orgasmo o anorgasmia, la ridotta o distorta percezione orgasmica o disorgasmia e l'orgasmo doloroso. Molti clinici ad approccio esclusivamente biomedico liquidano la richiesta di aiuto del paziente con disfunzione orgasmica con laconiche dichiarazioni di ineluttabilità e di nichilismo terapeutico (e' un fatto psicologico!). altri affermano con sincerità la propria incompetenza assistenziale. Eppure, sono state proposte varie soluzioni terapeutiche: utilizzo della duloxetina a 30 60 mg/die per l'orgasmo doloroso e, per l'anorgasmia, il supporto psicosessuale e la cabergolina 0,5 mg due volte a settimana (utilizzo off label). Da non trascurare in fine il ruolo della partner o del partner spesso esclusi dal programma di ripristino della sessualità di coppia o al massimo individuati come "tester" di efficacia della rigidità peniena. l'approccio olistico e "coppiocentrico" alla disfunzione sessuale dopo prostatectomia radicale non è una chimera ed è stato realizzato sin dal 2009 in Canada nei P.C.R.C.(prostate cancer rehabilitation clinic) con un team multidisciplinare dedicato al recupero della sessualità di coppia dopo interventi di prostatectomia radicale. Una parte del team ad approccio biomedico è dedicato alle soluzioni terapeutiche per la D.E ., per l'incontinenza ed alle terapie per la disfunzione orgasmica. Contemporaneamente la coppia riceve un supporto psico relazionale che ha come fine il mantenimento dell'intimità ed il recupero di una nuova sessualità adattata alle terapie pro-erettile o erettogene o anche l'incentivo ad una sessualità non penetrativa sino all'accettazione di una sessualità "bionica" indotta da un impianto protesico. Il team psico relazionale insegna alla coppia a vivere una differente esperienza sessuale che prevede una variazione morfologica dei genitali un'erezione indotta da farmaci o device e non dalla seduzione il cui fine non è la penetrazione ma il benessere sessuale.

Eugenio Ventimiglia



MD PhD FEBU

Dept. of Surgical Sciences

Uppsala University,
Sweden

CONTRACCEZIONE MASCHILE: MITO O REALTÀ?

Fatta eccezione per la contraccezione di barriera (preservativo e vasectomia), per decenni la contraccezione è stata quasi esclusivamente una responsabilità declinata al femminile. Dalle pillole ai dispositivi intrauterini, le donne hanno avuto a disposizione numerose opzioni, efficaci e sempre meglio tollerate. Ma cosa succede sul fronte maschile? È possibile immaginare un futuro in cui anche gli uomini possano contribuire attivamente alla pianificazione familiare con metodi farmacologici sicuri, efficaci e reversibili?

Perché pensare a una contraccezione maschile?

Condividere la responsabilità della contraccezione tra uomini e donne è un obiettivo importante, ma ancora lontano dall'essere raggiunto. Le industrie farmaceutiche, frenate da preoccupazioni legate alla sicurezza delle terapie ormonali (soprattutto dopo i risultati dell'iniziativa Women's Health Initiative), hanno rallentato lo sviluppo di metodi contraccettivi maschili.

Come funziona la fertilità maschile?

La produzione di spermatozoi è un processo continuo che dura circa 72 giorni. Avviene nei tubuli seminiferi dei testicoli, dove le cellule di Sertoli, stimulate da FSH e testosterone, supportano la maturazione degli spermatozoi. Questo processo offre diversi punti di intervento per la contraccezione.

Le strategie contraccettive maschili

Le opzioni si dividono in tre categorie principali:

1. Barriere fisiche: preservativi, vasectomia e metodi sperimentali di occlusione reversibile dei dotti deferenti.
2. Soppressione della produzione di spermatozoi: metodi ormonali e non ormonali.
3. Inibizione della funzione spermatica: per esempio agenti anti-motilità, sia topici che sistemici

Barriere fisiche: pro e contro

- Preservativi: proteggono dalle malattie sessualmente trasmissibili, ma hanno un'efficacia contraccettiva limitata (fino al 15% di gravidanze nelle coppie con uso esclusivo del preservativo come anticoncezionale).
- Vasectomia: efficace e sicura, ma poco reversibile e culturalmente poco accessibile o poco accettata in alcune aree geografiche
- Occlusione reversibile dei vasi deferenti (RISUG): promettente in teoria, ma mancano dati certi sulla reversibilità nell'uomo.

Contraccezione ormonale: dove siamo?

L'idea è simile alla pillola femminile: somministrare testosterone esogeno per sopprimere LH e FSH, interrompendo così la produzione di spermatozoi. I risultati sono incoraggianti:

- Testosterone enantato (TE): fino al 60% di azoospermia, ma iniezioni settimanali poco



“

Fatta eccezione per la contraccezione di barriera (preservativo e vasectomia), per decenni la contraccezione è stata quasi esclusivamente una responsabilità declinata al femminile. La contraccezione maschile è una realtà in evoluzione. Sebbene non esista ancora una “pillola per lui” approvata e diffusa, la ricerca sta facendo passi avanti.

”



gradite.

- Testosterone undecanoato (TU): risultati promettenti in studi cinesi, ma non replicati al momento.
- Combinazioni con progestinici: aumentano l'efficacia, ma con più effetti collaterali (aumento di peso, alterazioni del colesterolo).

E la reversibilità?

Il recupero della fertilità è possibile, ma richiede tempo: il 90% degli uomini torna a livelli normali entro 12 mesi dalla sospensione del trattamento.

Effetti collaterali

Acne, sudorazioni notturne, alterazioni dell'umore e della libido, affaticamento, ipertensione e riduzione del volume testicolare sono tra gli effetti più comuni. Anche la modalità di somministrazione (iniezioni, gel) può causare disagi.

Nuove frontiere: contraccezione non ormonale

Sempre più uomini mostrano interesse per metodi che non alterino i livelli di testosterone. I vantaggi? Nessun impatto sulla funzione sessuale, somministrazione orale e reversibilità rapida. Alcuni composti promettenti sono in fase di studio, con obiettivo principale quello di “immobilizzare” gli spermatozoi, ma non ancora approvati per l'uso clinico.

Conclusioni

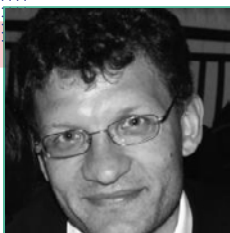
La contraccezione maschile è una realtà in evoluzione. Sebbene non esista ancora una “pillola per lui” approvata e diffusa, la ricerca sta facendo passi avanti. Superare il paradigma femminile e adattare le strategie alla fisiologia maschile è la chiave per un futuro in cui la contraccezione sia davvero una responsabilità condivisa.

Cristina Vocca



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

Luca Gallelli



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

Negli ultimi decenni, l'idea di sessualità è radicalmente cambiata. Nonostante i molti tabù superati, però, persiste ancora in taluni qualche reticenza a pensare che il sesso sia un'attività praticabile (e praticata) dopo i 50 anni.

In realtà, non solo il desiderio di intimità non ha età ma mantenere una corretta salute sessuale è uno dei modi più efficaci (ed appaganti) per prendersi cura del proprio benessere fisico, psichico e mentale. Ed evolve così come matura il nostro organismo.

Sesso e...prostata

Nell'uomo il benessere sessuale è strettamente correlato alla salute della prostata, una ghiandola che concorre, insieme alle vescicole seminali e ai testicoli, alla produzione di liquido seminale.

Ma non solo. Posta sotto la vescica, "avvolge" per un tratto l'uretra ossia il condotto che veicola l'urina verso l'esterno.

E' per questo che, in patologie che interessano la prostata, viene intaccato in genere tutto il sistema genito-urinario nel suo complesso.

Un esempio, è l'ipertrofia prostatica benigna (IPB), una patologia molto frequente negli uomini oltre i 40-50 anni e caratterizzata dall'ingrossamento spontaneo della ghiandola e dalla formazione di noduli che ne rimodellano la struttura. Se i noduli diventano troppo voluminosi, possono comprimere l'uretra causando problemi urinari (maggiore urgenza e frequenza dello stimolo alla minzione, bruciore durante la minzione, debolezza del getto urinario e senso di svuotamento vescicale incompleto) e sessuali (disfunzione erettile e diminuzione della libido).

Le cause di questo normale processo di invecchiamento della prostata sono da ricercare in numerosi fattori tra cui lo squilibrio ormonale, dato dalla riduzione dei livelli di testosterone e dall'aumento degli estrogeni, e l'incremento dello stress ossidativo.

Ma è possibile prevenire e contrastare quest'evoluzione?

Un aiuto dalla natura

C'è da premettere che, come vale ogni volta che si parla di benessere, la prima misura di prevenzione è un corretto stile di vita. Quindi attività fisica regolare, dieta equilibrata e ricca di antiossidanti e riduzione di agenti pro-infiammatori come fumo e alcol.

Quando ciò non dovesse bastare, oltre alla terapia farmacologica o in aggiunta ad essa, esistono sostanze nutraceutiche già ben conosciute per la loro efficacia nell'IPB che vengono, il più delle volte, somministrate in combinazione.

Molto comune, ad esempio, è la *Serenoa repens*, una piccola palma le cui bacche sono ricche di

IL RUOLO DELLA NUTRACEUTICA TRA IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA E FUNZIONE SESSUALE



“

I Nutraceutici sono molto utilizzati nell'ambito della funzione riproduttiva e sessuale maschile: la loro efficacia e sicurezza dipendono molto dal dosaggio. Il consiglio è, quindi, tra i più comuni: per qualsiasi sostanza assunta è bene consultare prima il proprio medico.

”



fitosteroli, trigliceridi e flavonoidi che le conferiscono la capacità di equilibrare i livelli di diidrotestosterone, un ormone androgeno 4-5 volte più potente del testosterone e che, se in eccesso, può indurre IPB.

La Serenoa è in genere somministrata insieme a Licopene, un carotenoide presente soprattutto nei pomodori maturi con una forte capacità di ridurre lo stress ossidativo nella prostata ipertrofica e, insieme al selenio, di ridurre l'infiammazione.

Ma se i benefici di frutta e ortaggi sono abbastanza noti, forse più sorprendenti sono le capacità protettive di due alimenti un po' sottovalutati: i semi di zucca e l'ortica.

I Semi di zucca contengono betasteroli, sostanze molto simili per struttura agli androgeni e agli estrogeni e capaci non solo di ostacolare l'attività del diidrotestosterone, occupandone i recettori, ma anche di equilibrarne la sintesi, al pari della serenoa. Possono aiutare, così, a prevenire e, in taluni casi, a migliorare i sintomi dell'IPB.

Ricchissimi di lignani e di fitosteroli sono anche le radici dell' Ortica. I primi, in molti studi, hanno dimostrato di limitare la crescita dei noduli tipici dell'IPB mentre i secondi, come visto nei semi di zucca, sono capaci di regolare la sintesi e la funzionalità del diidrotestosterone. Non è tutto. Altri principi attivi di questa pianta erbacea sembrerebbero capaci di inibire un enzima detto aromatasi che fisiologicamente converte il testosterone in estrogeni, restituendo il giusto equilibrio tra gli ormoni.

E sotto le lenzuola?

Come detto, le modificazioni nella struttura e nella funzionalità che negli anni possono coinvolgere la prostata possono anche influenzare la vita sessuale con disfunzione erettile e riduzione della libido. Ebbene, esistono principi naturali, come la L-arginina, capaci di migliorare anche questo aspetto.

L'arginina è un aminoacido ricchissimo in carne, frutta secca, cereali e legumi e rappresenta il substrato da cui viene sintetizzato l'ossido nitrico (NO). L'ossido nitrico, a sua volta, è considerato uno

dei principali mediatori dell'erezione peniena data la sua capacità di rilassare la muscolatura liscia dei vasi facendoli dilatare e aumentando, così, il flusso di sangue nei corpi cavernosi.

Con meccanismo simile, agiscono anche il Ginseng e lo Zenzero che in diversi studi hanno dimostrato non solo di possedere la capacità di aumentare la formazione di ossido nitrico (incrementando il flusso sanguigno nei testicoli e nei corpi cavernosi) ma anche di esercitare un importante effetto antiossidante.

Tutto sta nella dose

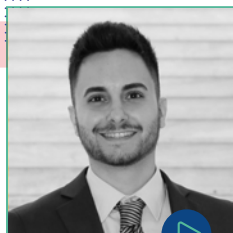
L'efficacia e la sicurezza dei nutraceutici dipendono molto dal dosaggio. E' necessario, ad esempio, assumere 10 g al giorno di semi di zucca interi (e privi di condimento o sale) perché si possa raggiungere un effetto benefico così come le radici di ortica possono interferire con farmaci usati proprio per l'IPB, come la dutasteride. Il consiglio è, quindi, tra i più comuni: per qualsiasi sostanza assunta è bene consultare prima il proprio medico.

Antonio Aversa



Università degli Studi
Magna Graecia di
Catanzaro

Marco Leuzzi



Dipartimento di Medicina
Sperimentale e Clinica

TESTOSTERONE E UMORE: IL LEGAME INVISIBILE DELLA MEZZA ETÀ

Introduzione: Il Declino Androgenico nella Mezza Età

Con l'avanzare dell'età, nell'uomo si assiste a un progressivo e fisiologico declino dei livelli di testosterone. A partire dalla quarta decade di vita, studi longitudinali, come il Massachusetts Male Aging Study, hanno documentato una riduzione del testosterone totale di circa l'1-1.6% annuo, e un calo ancora più marcato, del 2-3% annuo, per la frazione libera e biodisponibile, quella biologicamente attiva, a partire dai 40 anni di età. Questo fenomeno non è un processo meramente cronologico. Altre comorbidità come l'obesità, lo stress psicologico e ossidativo, la qualità del sonno e carenze nutrizionali agiscono come potenti acceleratori, influenzando negativamente l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi. Di conseguenza, un calo androgenico più rapido del previsto non deve essere banalizzato come un inevitabile segno dell'invecchiamento, ma interpretato come un potenziale biomarcatore di uno stato di salute sistemica alterato.

L'Ipogonadismo a Esordio Tardivo: Quadro Clinico

Quando il declino del testosterone si associa a una sintomatologia specifica, si delinea il quadro dell'Ipogonadismo a Esordio Tardivo (LOH), una sindrome clinica e biochimica la cui prevalenza aumenta con l'età, interessando fino al 6% circa degli uomini tra i 40 e i 79 anni. La diagnosi di LOH è complessa e richiede la coesistenza di sintomi suggestivi e di un deficit androgenico biochimicamente confermato. La sintomatologia è multiforme e spesso aspecifica, spaziando dalla sfera sessuale (calo della libido, disfunzione erettile, riduzione delle erezioni spontanee), a quella fisica (astenia, perdita di massa e forza muscolare, aumento del grasso viscerale, osteopenia) e, infine, a quella psico-cognitiva (alterazioni dell'umore, depressione, irritabilità, affaticamento, difficoltà di concentrazione e disturbi del sonno). L'iter diagnostico prevede un forte sospetto clinico, seguito dalla conferma biochimica tramite dosaggio del testosterone totale e dell'LH e supportato da parametri biometrici e funzionali come suggeriti nel nomogramma TRACE, che consente di supportare una terapia sostitutiva con testosterone anche con livelli borderline. Quando i valori di testosterone risultano inferiori a 8 nmol/L (231 ng/dL), si raccomanda il dosaggio di LH e quindi la terapia sostitutiva.

La Terapia Sostitutiva: Indicazioni e Criteri di Prudenza

La terapia sostitutiva con testosterone (TRT) è indicata esclusivamente per i pazienti che presentano sintomi clinicamente significativi di ipogonadismo



“

Con l'avanzare dell'età, nell'uomo si assiste a un progressivo e fisiologico declino dei livelli di testosterone. Il rapporto tra testosterone e tono dell'umore nell'uomo di mezza età rappresenta un crocevia clinico di crescente importanza. La gestione di questi pazienti richiede grande esperienza ed interazione tra andrologo e psicosessuologo.

”

associati a un deficit androgenico documentato e confermato. L'obiettivo è ripristinare i livelli ormonali nel range fisiologico. I benefici attesi sono multisistemici e gradualmente nel tempo, a partire da un immediato miglioramento del desiderio sessuale, della sensibilità insulinica, della massa muscolare, e del tono dell'umore dell'energia e del senso di benessere generale; dopo sei mesi circa, si registra un miglioramento della funzione erettiva, un aumento della massa muscolare e della densità ossea come anche della emopoiesi, una riduzione della massa grassa. Tuttavia, la TRT non è esente da rischi e richiede un monitoraggio costante. Tra i potenziali effetti avversi troviamo eritrocitosi, peggioramento delle apnee notturne e ginecomastia. Il rischio di trombosi rappresenta un mito da sfatare: una eritrocitosi su un referto di laboratorio in corso di TRT non è un grosso problema; una banale disidratazione può esserne la causa e studi importanti controllati come il TRAVERSE hanno dimostrato chiaramente che il testosterone non aumenta il rischio di attacchi cardiovascolari acuti, ictus o trombosi. Anche il dibattito sul rischio di carcinoma prostatico si è evoluto sin dal 1941 quando il binomio testosterone - K prostatica sembrava indissolubile: le evidenze attuali dello studio TRAVERSE condotto su 5000 uomini ipogonadici non supportano l'idea che la TRT induca o peggiori il cancro alla prostata, sebbene rimanga la necessità di un rigoroso screening prima e durante la terapia e sebbene il K prostatico in atto, ne rappresenti la principale controindicazione all'uso

Il Legame Neuropsichiatrico: Testosterone e Tono dell'Umore

Il legame tra testosterone e umore è profondo e clinicamente rilevante. Una carenza di questo ormone è strettamente associata a un'ampia gamma di disturbi della sfera psichica, tra cui depressione, ansia, irritabilità, affaticamento cronico, apatia e mancanza di motivazione. Il testosterone agisce come un potente neuromodulatore, influenzando sistemi di neurotrasmettitori cruciali

per il benessere psicologico, come quello della serotonina. Oltre all'umore, anche le funzioni cognitive, quali la concentrazione e la memoria, possono essere compromesse in stati di deficit androgenico. La relazione tra basso testosterone e depressione appare bidirezionale: se da un lato il deficit ormonale può indurre sintomi depressivi, dall'altro uno stato depressivo cronico, con le sue alterazioni comportamentali e neuroendocrine, può a sua volta sopprimere la funzionalità dell'asse gonadico. Questa interdipendenza sottolinea un'importante implicazione clinica: di fronte a un uomo di mezza età con depressione a esordio tardivo o affaticamento cronico, l'ipogonadismo deve essere considerato nella diagnosi differenziale. La TRT, nei pazienti idonei, ha dimostrato di poter alleviare efficacemente questi sintomi, migliorando il tono dell'umore e la qualità della vita.

Il Rischio di incorrere nell'uso scorretto: Doping, Psiche e Astinenza

È imperativo distinguere nettamente la TRT dall'abuso di steroidi anabolizzanti a dosi sovralfisiologiche (doping). Mentre la prima mira a correggere un deficit, il secondo persegue un potenziamento innaturale in individui spesso già eugonadici. Oltre alle possibili conseguenze ormonali (ad es. il blocco della fisiologica funzione dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi), l'impatto psichiatrico del doping, in questi casi, è devastante e si manifesta su due fronti. Durante l'assunzione, si scatenano gravi alterazioni del comportamento: aumento dell'aggressività (la cosiddetta "roid rage"), impulsività, sbalzi d'umore imprevedibili, comportamento irrazionale, euforia e, nei casi più gravi, sintomi psicotici. La fase di sospensione è, se possibile, ancora più pericolosa. L'interruzione brusca dell'apporto esogeno, a fronte di un asse endogeno completamente soppresso, precipita l'individuo in una grave sindrome d'astinenza. Questa è dominata da una profonda depressione, spesso accompagnata da ideazione suicidaria, ansia, insonnia, astenia e un intenso desiderio compulsivo (craving)

di riassumere la sostanza per sfuggire alla disforia. Questo ciclo bifasico di euforia e disperazione alimenta una potente dipendenza psicologica, con conseguenze distruttive sia sulla vita personale, che sociale e relazionale dell'individuo.

Conclusioni: Verso un Approccio Clinico Integrato

Il rapporto tra testosterone e tono dell'umore nell'uomo di mezza età rappresenta un crocevia clinico di crescente importanza. La gestione di questi pazienti richiede grande esperienza ed interazione tra andrologo e psicosessuologo. È fondamentale sapere riconoscere e distinguere l'abuso di testosterone (e la dipendenza) come una problematica di natura psichiatrica, caratterizzata da rischi severi e da una dinamica che necessita di un intervento specialistico. Il clinico deve quindi saper navigare in queste problematiche, distinguendo il calo fisiologico dalla patologia trattabile e da quest'ultima l'abuso pericoloso, tenendo sempre presente che dietro un'alterazione dell'umore può celarsi una disfunzione endocrina correggibile.

Antonio Aversa



Università degli Studi
Magna Graecia di
Catanzaro

Marco Leuzzi



Dipartimento di Medicina
Sperimentale e Clinica

LA PANCIA DELL'UOMO DI MEZZA ETÀ: SOLO ESTETICA O SEGNALE ORMONALE?

Introduzione: Oltre la Bilancia

La percezione comune e, per lungo tempo, anche l'approccio clinico hanno considerato l'obesità primariamente come una questione di eccesso ponderale, quantificabile attraverso l'Indice di Massa Corporea (IMC o BMI, kg/m²). Sebbene l'IMC rimanga uno strumento utile per il monitoraggio epidemiologico, la sua utilità clinica è limitata da una fondamentale lacuna: l'incapacità di discernere la distribuzione del tessuto adiposo, un fattore che si è rivelato di importanza prognostica superiore rispetto alla massa grassa totale. L'evidenza clinica ha infatti smantellato il dogma che lega linearmente il peso al rischio metabolico, introducendo i concetti di "obeso metabolicamente sano" (MHO, Metabolically Healthy Obese) e "normopeso metabolicamente obeso" (MONW, Metabolically Obese Normal-Weight). Questi fenotipi dimostrano in modo inequivocabile che il rischio sulla salute è strettamente correlato alla localizzazione dell'adipe. Il fulcro di questa nuova visione fisiopatologica è l'obesità viscerale, definita come un accumulo eccessivo di tessuto adiposo intra-addominale (VAT). La "pancia" dell'uomo di mezza età, quindi, cessa di essere un mero inestetismo per diventare il marcatore clinico di un organo endocrino, il VAT, profondamente disfunzionale e patogeno. L'accumulo di VAT è il risultato di un bilancio energetico cronicamente positivo, la cui origine risiede in una complessa rete di regolazione neuroendocrina che governa l'assunzione di cibo. Il sistema nervoso centrale, in particolare l'ipotalamo, integra segnali ormonali periferici provenienti dal tratto gastrointestinale (es. GLP-1), dal pancreas (es. insulina) e dallo stesso tessuto adiposo (es. leptina) per modulare l'appetito e la sazietà. Nell'ambiente moderno, caratterizzato da aumentata fruibilità di cibi palatabili e ad alta densità energetica, questi circuiti ancestrali, evolutisi per gestire la scarsità, diventano maladattivi, promuovendo un'assunzione calorica che eccede la spesa energetica e che, in individui suscettibili, favorisce la deposizione selettiva di adipe a livello viscerale.

Le Comorbidità dell'Adiposità Viscerale: Un Panorama Clinico

L'accumulo di tessuto adiposo viscerale non è un fenomeno isolato, ma l'epicentro di una cascata di disfunzioni multisistemiche. Il VAT agisce come un organo endocrino e pro-infiammatorio, secernendo un'ampia gamma di adipochine, citochine e acidi grassi liberi (FFA) che orchestrano uno stato di malattia sistemica. Diversi studi hanno rafforzato il nesso causale tra l'eccesso di adiposità e oltre 50 condizioni patologiche. Le principali comorbidità



“

L'accumulo di adipi addominale nell'uomo di mezza età, la cosiddetta "pancia", è inequivocabilmente un segnale ormonale di primaria importanza clinica, non un semplice difetto estetico. Esso rappresenta la manifestazione esterna di un tessuto adiposo viscerale metabolicamente disfunzionale, che agisce come un organo endocrino patogeno, innescando una tempesta ormonale sistemica. Questa condizione è alla base di una cascata di patologie cardiometaboliche, compromette l'integrità dello scheletro e deteriora profondamente la qualità della vita sociale e sessuale.

”



includono:

Dislipidemia Aterogena: Il profilo lipidico caratteristico dell'obesità viscerale è definito da ipertrigliceridemia, bassi livelli di colesterolo HDL e una predominanza di particelle LDL piccole e dense, particolarmente aterogene. Questa triade è una conseguenza diretta dell'aumentato flusso di FFA dal VAT iperlipolitico al fegato attraverso la vena porta. Il fegato, sovraccaricato di substrati, risponde con un'aumentata sintesi e secrezione di lipoproteine a bassissima densità (VLDL).

Insulino-Resistenza e Diabete Mellito di Tipo 2 (DMT2): L'eccesso di VAT è un fattore primario nello sviluppo di insulino-resistenza, sia a livello epatico che periferico. L'accumulo di grasso nel fegato (steatosi epatica associata a disfunzione metabolica, MASLD) e il rilascio di citochine pro-infiammatorie (es. TNF- α , IL-6) dal VAT compromettono la via di segnalazione dell'insulina. Studi prospettici confermano che l'accumulo di VAT precede e predice in modo indipendente lo sviluppo di DMT2.

Ipertensione Arteriosa: Il legame è multifattoriale e complesso. Il VAT stesso possiede un sistema renina-angiotensina-aldosterone locale attivo che contribuisce all'aumento della pressione. A ciò si aggiungono la deposizione di grasso a livello del seno renale, che compromette la funzione escretrice, e la disfunzione endoteliale indotta dallo stato infiammatorio sistemico.

Malattie Cardiovascolari: La circonferenza vita e il rapporto vita-fianchi si sono dimostrati predittori di infarto miocardico e mortalità cardiovascolare più potenti dell'IMC. Il rischio è mediato non solo dai fattori tradizionali (dislipidemia, ipertensione, DMT2), ma anche da uno stato pro-trombotico e pro-infiammatorio direttamente promosso dal VAT.

Cancro: L'obesità è un fattore di rischio causale per almeno 13 tipi di neoplasie, tra cui quelle del colon-retto, fegato, pancreas e rene. I meccanismi patogenetici includono l'iperinsulinemia cronica (con

conseguente stimolazione dei recettori per l'IGF-1), l'infiammazione cronica di basso grado e le alterazioni ormonali, come l'eccesso di estrogeni derivante dall'aumentata attività dell'aromatasi nel tessuto adiposo.

L'Asse Ipogonadismo-Obesità: Un Circolo Vizioso a Due Vie

Nell'uomo di mezza età, la relazione tra bassi livelli di testosterone e obesità viscerale non è una semplice coesistenza, ma un circolo vizioso bidirezionale e auto-perpetuante che rappresenta il motore principale del declino metabolico e della qualità della vita.

Dall'Ipogonadismo all'Obesità

Il testosterone è un ormone anabolico fondamentale per il mantenimento di una composizione corporea sana. Agisce a livello delle cellule staminali mesenchimali, promuovendo la differenziazione in linea miogenica (muscolo) e inibendo quella adipogenica (grasso). Un deficit di testosterone, pertanto, inverte questo equilibrio: la massa magra diminuisce e la massa grassa aumenta, con una spiccata predilezione per l'accumulo a livello viscerale. Il modello clinico più eloquente è rappresentato dalla terapia di deprivazione androgenica (ADT) utilizzata nel trattamento del carcinoma prostatico. I pazienti in ADT sviluppano rapidamente un aumento della massa grassa, una riduzione della massa magra, insulino-resistenza e un'elevata incidenza di sindrome metabolica e DMT2, dimostrando in modo inequivocabile il ruolo causale del deficit androgenico nella genesi di questo fenotipo metabolico avverso.

Dall'Obesità all'Ipogonadismo

L'eccesso di adiposità viscerale, a sua volta, sopprime attivamente la produzione di testosterone attraverso meccanismi multipli e sinergici, chiudendo il cerchio. Questi meccanismi comprendono:

Aumento dell'Attività Aromatizzante: Il tessuto adiposo, in particolare quello viscerale, è la sede principale dell'enzima aromatasi, che converte irreversibilmente il testosterone in estradiolo. L'aumento della massa grassa porta a un'iper-aromatizzazione,

con conseguenti livelli elevati di estradiolo circolante. L'estradiolo esercita un potente feedback negativo sull'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi (HPG), sopprimendo la secrezione di ormone luteinizzante (LH) e, di conseguenza, la produzione testicolare di testosterone.

Iperinsulinemia e Riduzione della SHBG: L'insulino-resistenza indotta dal VAT causa un'iperinsulinemia compensatoria. Livelli cronicamente elevati di insulina sopprimono la sintesi epatica della globulina legante gli ormoni sessuali (SHBG). Poiché una quota significativa del testosterone circolante è legata alla SHBG, una sua riduzione porta a una diminuzione dei livelli di testosterone totale e a un'alterazione della sua biodisponibilità.

Adipochine e Infiammazione: Il VAT disfunzionale secerne adipochine e citochine in eccesso che interferiscono negativamente con la funzione testicolare. L'iperleptinemia cronica, tipica dell'obesità, esercita un effetto soppressivo sulla steroidogenesi testicolare e altera la pulsatilità della secrezione di LH. Inoltre, lo stato infiammatorio di basso grado, con livelli elevati di citochine come TNF- α e IL-6, è direttamente tossico per le cellule di Leydig e inibisce la produzione di testosterone.

Questo circolo vizioso non solo accelera la progressione verso il DMT2 e le malattie cardiovascolari, ma ha anche un impatto devastante sulla qualità della vita (QoL) del paziente, dimostrato dalla fatica, dalla perdita di energia e dalle limitazioni funzionali imposte dall'aumento della massa grassa e dalla perdita di massa muscolare che l'ipogonadismo ha causato.

Dissonanze Endocrine Correlate: Gli Altri Assi in Gioco

La tempesta endocrina innescata dall'obesità viscerale non si limita all'asse gonadico, ma si estende ad altri sistemi ormonali cruciali, inducendo uno stato di disfunzione multi-assiale. Il sistema endocrino tenta di compensare lo stress metabolico, ma questi tentativi di adattamento diventano essi stessi parte della patologia.

Asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene (HPA)

L'obesità viscerale è associata a una sottile ma significativa disregolazione dell'asse HPA, spesso legata a stress cronico, sia esso psicologico (es. stress lavorativo) o fisiologico (es. privazione di sonno, tipico degli uomini di mezza età). Il meccanismo chiave non risiede tanto in un'ipercortisolemia sistemica, quanto in un'aumentata rigenerazione locale di cortisolo attivo all'interno del tessuto adiposo stesso. Questo processo è mediato dall'enzima 11-beta-idrossisteroide-deidrogenasi di tipo 1 (11-beta-HSD1), enzima che media la trasformazione del cortisone inattivo in cortisolo attivo, la cui espressione e attività sono significativamente più elevate nel VAT. Questo ipercortisolismo locale crea una sorta di "sindrome di Cushing localizzata" che promuove l'adipogenesi e l'accumulo lipidico specificamente nel compartimento viscerale, contribuendo direttamente al fenotipo androide e alle sue conseguenze metaboliche.

Asse dell'Ormone della Crescita (GH)

L'obesità, e in particolare l'adiposità viscerale, è caratterizzata da una marcata riduzione della secrezione di ormone della crescita (GH). Questo non è un difetto primario, ma una conseguenza diretta dello stato metabolico alterato. Il principale fattore soppressivo è rappresentato dai livelli cronicamente elevati di FFA circolanti, che esercitano un potente effetto inibitorio sulla secrezione ipofisaria di GH. Si assiste a un paradosso: nonostante i bassi livelli di GH, le concentrazioni sieriche di IGF-1 (il principale mediatore degli effetti anabolici del GH) rimangono normali o persino leggermente aumentate. Questo è spiegato da un meccanismo compensatorio: l'iperinsulinemia tipica dell'obesità stimola direttamente la produzione epatica di IGF-1 e contemporaneamente sopprime la sintesi della sua proteina legante (IGFBP-1), aumentando la frazione libera e bioattiva. L'IGF-1 bioattivo, a sua volta, contribuisce al feedback negativo sulla secrezione di GH, chiudendo il cerchio.

Asse Tiroideo

È comune riscontrare nei soggetti obesi livelli di TSH nel

range superiore della norma o lievemente elevati, associati a livelli di FT3 normali o ai limiti alti della norma [7]. Questo quadro, tuttavia, raramente indica un ipotiroidismo primario. Si tratta piuttosto di un'alterazione centrale adattativa e reversibile. Si ipotizza che l'iperleptinemia dell'obesità stimoli la produzione ipotalamica di TRH e, di conseguenza, di TSH, come meccanismo compensatorio volto ad aumentare la spesa energetica e la termogenesi per contrastare il bilancio energetico positivo. Questa ipotesi è supportata dal fatto che la perdita di peso induce una normalizzazione dei livelli di TSH e FT3, dimostrando che l'alterazione è una conseguenza, e non una causa, dello stato di obesità.

Obesità e Osso: Il Paradosso della Fragilità Nascosta

La relazione tra obesità e salute scheletrica è complessa e paradossale. Se da un lato l'aumento del peso corporeo esercita un effetto apparentemente protettivo sull'osso, dall'altro lo stato metabolico e infiammatorio associato all'adiposità viscerale ne compromette la qualità, aumentando il rischio di fratture.

L'aumento della Densità Minerale Ossea (BMD), frequentemente riscontrato nei soggetti obesi e misurato tramite DEXA, è attribuibile principalmente a due fattori: l'aumentato carico meccanico, che stimola l'attività degli osteoblasti, e l'aumento dei livelli di estrogeni circolanti, derivanti dalla maggiore attività dell'aromatasi nel tessuto adiposo espanso. Tuttavia, questo aumento della BMD è ingannevole. L'obesità è associata a un aumentato, non diminuito, rischio di frattura. Questo fenomeno, noto come "paradosso dell'obesità", indica che la BMD è un indicatore insufficiente della robustezza ossea in questa popolazione e che la qualità dell'osso è deteriorata.

Lo scheletro diventa un bersaglio di "danno collaterale" della tempesta infiammatoria che origina dal VAT. Lo stato di infiammazione cronica di basso grado, sostenuto da citochine come TNF- α e IL-6, promuove l'osteoclastogenesi e il riassorbimento osseo. Parallelamente, si verificano alterazioni nel profilo delle adipochine: l'adiponectina, che ha un ruolo protettivo sull'osso, è ridotta, mentre la leptina, in condizioni di iperleptinemia, sembra avere effetti deleteri mediati a livello centrale. Un ulteriore meccanismo è il sequestro della vitamina D, una vitamina liposolubile, nell'abbondante massa grassa. Ciò porta a una riduzione dei suoi livelli circolanti, con possibile sviluppo di un iperparatiroidismo secondario che accelera ulteriormente la perdita di massa ossea.

Anche la localizzazione delle fratture è paradossale. I soggetti obesi presentano un rischio ridotto per le tipiche fratture da osteoporosi (anca, vertebre, polso), ma un rischio aumentato per fratture di caviglia, gamba e omero. Questa distribuzione atipica è probabilmente legata a una diversa biomeccanica delle cadute e all'effetto "ammortizzante" (padding) del tessuto adiposo a livello pelvico.

Strategie Terapeutiche: Rimodellare la Composizione Corporea e Ricalibrare l'v

Il trattamento dell'uomo di mezza età con obesità viscerale ed endocrinopatie associate richiede un approccio integrato e multifattoriale, mirato a interrompere i circoli viziosi patogenetici. Le strategie terapeutiche non sono mutuamente esclusive, ma agiscono in sinergia per ripristinare l'omeostasi metabolica.

Stile di Vita: La Pietra Angolare

La modifica dello stile di vita, attraverso una dieta equilibrata e un'attività fisica regolare, rimane il cardine insostituibile del trattamento. Gli interventi che inducono un calo ponderale hanno il vantaggio di mobilitare preferenzialmente il grasso viscerale, il compartimento più patogeno [1]. L'esercizio fisico, in particolare, offre un beneficio unico: è in grado di ridurre la circonferenza vita e il VAT anche in assenza di una significativa perdita di peso totale, poiché promuove un aumento della massa magra a discapito di quella grassa. Questo rimodellamento della composizione corporea migliora la sensibilità insulinica e la salute metabolica indipendentemente dal valore indicato sulla bilancia.

Farmaci di Nuova Generazione: Riprogrammare il Centro



La farmacoterapia moderna per l'obesità ha compiuto un salto qualitativo, passando da semplici soppressori dell'appetito a modulatori sofisticati dell'omeostasi energetica. Le terapie basate sulle incretine, come gli agonisti del recettore del GLP-1 (es. semaglutide) e i doppi agonisti dei recettori GIP/GLP-1 (es. tirzepatide), hanno dimostrato un'efficacia senza precedenti. Questi farmaci agiscono a livello del sistema nervoso centrale, potenziando i segnali di sazietà, riducendo l'appetito e rallentando lo svuotamento gastrico. I doppi agonisti, sfruttando la sinergia tra GIP e GLP-1, hanno raggiunto riduzioni ponderali medie superiori al 20%, un risultato che si avvicina a quello della chirurgia bariatrica e che permette di affrontare direttamente la disregolazione centrale dell'appetito.

Terapia con Testosterone: Spezzare il Circolo Vizioso

Nei pazienti maschi con obesità e ipogonadismo concomitante, la terapia sostitutiva con testosterone (TRT) non deve essere considerata una terapia per la perdita di peso, ma una terapia mirata a spezzare il circolo vizioso ipogonadismo-obesità. Numerosi studi clinici hanno dimostrato che la TRT in uomini ipogonadici migliora significativamente la composizione corporea: induce una riduzione della massa grassa totale, con un calo particolarmente pronunciato del grasso viscerale, e un aumento simultaneo della massa magra [3]. Sebbene il peso totale possa rimanere stabile a causa dell'aumento della massa muscolare, questo spostamento da un fenotipo patogeno a uno metabolicamente più sano è di fondamentale importanza clinica. Inoltre, il miglioramento di umore, energia e vitalità indotto dalla TRT può aumentare la motivazione del paziente e la sua aderenza agli interventi sullo stile di vita, potenziandone l'efficacia.

Conclusioni: Un Approccio Integrato alla Salute dell'Uomo

L'accumulo di adiposi addominale nell'uomo di mezza età, la cosiddetta "pancia", è inequivocabilmente un segnale ormonale di primaria importanza clinica, non un semplice difetto estetico. Esso rappresenta la manifestazione esterna di un tessuto adiposo viscerale metabolicamente disfunzionale, che agisce come un organo endocrino patogeno, innescando una tempesta ormonale sistemica. Questa condizione è alla base di una cascata di patologie cardiometaboliche, compromette l'integrità dello scheletro e deteriora profondamente la qualità della vita sociale e sessuale.

Nell'uomo, il circolo vizioso tra ipogonadismo e obesità viscerale costituisce il nucleo patogenetico centrale, un motore che si autoalimenta e accelera il declino della salute. Di conseguenza, la valutazione clinica del paziente obeso deve necessariamente trascendere il semplice calcolo dell'IMC, per includere la misurazione della circonferenza vita e un'attenta valutazione del profilo ormonale, con particolare riguardo ai livelli di testosterone ed LH, al fine di stratificare accuratamente il rischio.

Una gestione efficace richiede una strategia terapeutica integrata e personalizzata, che attacchi il problema su più fronti: modificando la composizione corporea e riducendo il VAT attraverso lo stile di vita, ricalibrando i segnali centrali di fame e sazietà con le moderne farmacoterapie incretiniche e, nei pazienti eleggibili, spezzando il ciclo ormonale avverso con la terapia sostitutiva con testosterone. Riconoscere e trattare l'obesità viscerale come un segno medico, e non come un destino ineluttabile dell'invecchiamento e della sedentarietà, è un passo fondamentale per la prevenzione andrologica ed endocrinologica e risulta cruciale per migliorare la salute e il benessere a lungo termine del paziente.

Anna Passarelli



*Biologa, Nutrizionista e
Seminologa*

La pancetta non è solo una questione di look. È un segnale da non sottovalutare che parla di ormoni, di metabolismo, di desiderio, di virilità.

L'età di mezzo — quella che va dai 45 ai 65 anni — rappresenta una fase critica per l'uomo, tanto dal punto di vista metabolico quanto sessuale. Il grasso addominale che si accumula silenziosamente, anno dopo anno, non è solo un "inestetismo" da mimetizzare sotto la camicia. È un vero attore protagonista della salute maschile. E spesso è un nemico subdolo.

Un tessuto adiposo molto attivo

Quello che si accumula nel girovita non è solo tessuto di riserva. Il grasso viscerale è un vero e proprio organo endocrino, in grado di produrre citochine infiammatorie, interferire con l'equilibrio ormonale e influenzare negativamente la salute sessuale e riproduttiva dell'uomo.

- Riduce i livelli di testosterone libero
- Favorisce l'aumento dell'estradiolo
- Può indurre insulino-resistenza
- È associato alla disfunzione erettile
- È correlato a una maggiore incidenza di ipogonadismo maschile

Uno studio pubblicato sul *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* ha evidenziato che un'eccessiva adiposità viscerale può compromettere la produzione testicolare di testosterone, aprendo la strada a una condizione nota come sindrome parziale dell'andropausa. Un uomo su tre, tra i 50 e i 60 anni, ne mostra i segni. Ma pochi ne parlano.

Pancia piena sì, ma il desiderio?

Il declino del testosterone associato all'eccesso di grasso addominale può ridurre la libido, compromettere la qualità dell'erezione e influire negativamente sull'umore. L'infiammazione cronica di basso grado che accompagna l'obesità viscerale agisce come freno sulla funzione endoteliale, proprio come accade nei fumatori.

Risultato?

- Difficoltà di erezione
- Calo del desiderio
- Affaticamento cronico
- Scarsa reattività agli stimoli erotici

La dieta perfetta

C'è una dieta indicata specificatamente in questi casi? Sicuramente no ma la buona notizia è che la situazione è reversibile. Una perdita di peso anche modesta (dal 5 al 10% del peso corporeo) è in grado di:

- ✓ Aumentare i livelli di testosterone
- ✓ Ridurre l'estradiolo
- ✓ Migliorare la sensibilità all'insulina
- ✓ Riattivare la vascolarizzazione peniena

Ecco alcune regole base per "sgonfiare" la pancia e ripristinare gli equilibri ormonali:

- Riduci gli zuccheri semplici. Dolci, bevande zuccherate, snack industriali: l'eccesso di zuccheri

LA NUOVA ETÀ DI MEZZO. LA PANCIA DELL'UOMO DI MEZZA ETÀ NON È SOLO UN SEGNALE ESTETICO MA HA IMPLICAZIONI ANDROLOGICHE. I CONSIGLI DELLA NUTRIZIONISTA



“

Tra i 45 e i 65 anni, la "pancetta" maschile non è solo un problema estetico: il grasso viscerale agisce come un organo endocrino, alterando gli ormoni e riducendo desiderio e virilità. Una dieta bilanciata, attività fisica e la riduzione degli zuccheri possono contrastarne gli effetti, migliorando testosterone, libido e salute generale. Ogni scelta alimentare in questa fase della vita è un'opportunità per prevenire disfunzioni e vivere meglio.

”



semplici predispone all'accumulo di grasso viscerale e provocano a lungo andare una disregolazione della glicemia;

- Prediligi proteine magre. Uova, pesce, carni bianche, legumi: le proteine di buona qualità nutrono i muscoli e aumentano la leptina, ormone della sazietà;
- Non temere i grassi buoni. Olio extravergine, avocado, frutta secca e semi: sono fonti di grassi mono e poli-insaturi, tutti fondamentali per la produzione ormonale e degli spermatozoi;
- Fai attività fisica regolarmente. Anche solo 30 minuti al giorno di camminata veloce migliorano il profilo ormonale e riducono il grasso viscerale;
- Attento all'alcol. L'eccesso di alcolici inibisce la produzione di testosterone e favorisce l'aromatizzazione in estrogeni e no, non esiste una dose sicura o consigliata da assumere.

A qualsiasi età c'è sempre una scelta

La circonferenza addominale, per un uomo, è molto più di una questione estetica; è un marcatore clinico, un indicatore silenzioso ma potente del rischio andrologico, metabolico e cardiovascolare.

Ogni scelta alimentare, ogni piccolo cambiamento nello stile di vita rappresenta un'opportunità concreta per invertire la rotta. Ridurre il grasso viscerale significa migliorare l'equilibrio ormonale, aumentare la libido, migliorare la salute dell'apparato genitale e proteggere la fertilità.

Un intervento nutrizionale mirato, costruito su misura da un professionista, non è solo una dieta. È una vera e propria strategia di prevenzione e cura, al pari di una terapia medica.

L'età di mezzo può diventare il punto di svolta per stare meglio e vivere più a lungo e con maggiore consapevolezza.

Emanuele Baldassarre



MD, PhD

Responsabile SS Urologia
Pediatria e Andrologia, SC
Urologia, ASL Valle d'Aosta

Affrontare un tumore della prostata o altri interventi urologici significativi non significa solo superare la malattia, ma spesso anche convivere con due tra le più pesanti sequele funzionali: disfunzione erettile e incontinenza urinaria. Due condizioni che compromettono profondamente la qualità della vita, minando la sfera relazionale, affettiva e la sicurezza personale. Fino a pochi anni fa, i pazienti colpiti da entrambe queste problematiche dovevano affrontare due percorsi chirurgici distinti: prima l'impianto di uno sfintere urinario per trattare l'incontinenza, poi – a distanza di mesi o anni – l'inserimento di una protesi peniena. Due interventi, due anestesi, due fasi di recupero e riabilitazione. Un percorso lungo e psicologicamente faticoso, spesso aggravato dall'incertezza sui risultati.

Oggi, grazie ai progressi della chirurgia funzionale e alla maturazione di decenni di esperienza clinica, è possibile affrontare entrambe le disfunzioni con un solo intervento: il doppio impianto protesico, che prevede l'inserimento simultaneo di una protesi peniena e di uno sfintere urinario artificiale. Una singola procedura chirurgica, eseguita in un solo tempo operatorio, che consente di ridurre l'impatto complessivo sul paziente, abbreviare la degenza e anticipare il ritorno alla normalità.

Le origini della tecnica combinata

La storia della chirurgia protesica in ambito urologico ha radici profonde. Le prime protesi peniene idrauliche furono introdotte negli anni Settanta, rivoluzionando il trattamento della disfunzione erettile, specialmente nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale. Parallelamente, nello stesso periodo, vennero messi a punto i primi modelli di sfintere artificiale urinario, una soluzione efficace per l'incontinenza da sforzo maschile.

Per molti anni, però, le due soluzioni furono considerate mondi separati, da affrontare in momenti diversi, principalmente per timori legati a complicanze infettive, alla complessità dell'impianto e alla gestione di due dispositivi protesici nella stessa area anatomica. La logica sequenziale dominava la prassi: prima lo sfintere, poi – se necessario – la protesi.

Fu solo a partire dagli anni Duemila che alcuni centri pionieristici iniziarono a esplorare la possibilità di unire i due interventi, adottando un approccio integrato. I primi studi clinici hanno mostrato che, in mani esperte, il doppio impianto non aumentava il rischio di infezioni né di malfunzionamenti, a patto che venissero rispettate rigorose norme di sterilità, profilassi antibiotica e gestione perioperatoria.

Con il tempo, sono stati perfezionati anche i materiali: i rivestimenti antibatterici, la modularità dei dispositivi e l'affinamento delle tecniche chirurgiche hanno reso il doppio impianto non solo fattibile, ma anche sicuro e vantaggioso, sia per il paziente che per il sistema sanitario.

DOPPIO IMPIANTO, DOPPIA RINASCITA: L'INNOVAZIONE CHE CAMBIA LA VITA



“

Disfunzione erettile e incontinenza urinaria, spesso conseguenze di tumori alla prostata, possono oggi essere trattate in un unico intervento grazie al doppio impianto protesico. La tecnica combinata, come la AUSTA 1500 sviluppata ad Aosta, consente l'inserimento simultaneo di sfintere urinario e protesi peniena, riducendo i tempi di recupero e migliorando significativamente la qualità della vita. Un approccio innovativo e personalizzato per restituire autonomia e dignità ai pazienti.

”

Una nuova filosofia di cura

Il concetto di doppio impianto va ben oltre l'efficienza chirurgica: rappresenta un cambio di paradigma. Intervenire una sola volta significa ridurre il carico psicologico per il paziente, offrire un recupero funzionale simultaneo e dare una risposta concreta e immediata ai bisogni di chi, spesso dopo una lunga battaglia oncologica, desidera solo tornare a vivere una vita piena e libera da compromessi.

La combinazione in un solo intervento di una protesi peniena tricomponente, che consente un'erezione su richiesta perfettamente naturale, e di uno sfintere artificiale, che restituisce il controllo della minzione, permette di recuperare la propria autonomia, dignità e sessualità. Non si tratta solo di dispositivi medici, ma di strumenti per la rinascita personale.

La tecnica AUSTA 1500

In questo contesto si inserisce la tecnica AUSTA 1500, una procedura chirurgica combinata messa a punto per ottimizzare l'impianto simultaneo dei due dispositivi. L'approccio integra i vantaggi dell'incisione infrapubica, ideale per il posizionamento della protesi peniena, con quelli della classica via perineale, utilizzata per l'inserimento dello sfintere. Questa sinergia consente un'esposizione chirurgica ottimale, una riduzione dei tempi operatori e una minimizzazione delle complicanze post-operatorie.

Questo tipo di chirurgia combinata viene oggi offerto solo in centri altamente specializzati, dotati di équipe multidisciplinari, competenze consolidate in chirurgia protesica e una solida gestione anestesilogica e post-operatoria.

Tra questi centri vi è anche il nostro, situato ad Aosta, dove nasce la tecnica da cui prende il nome, che ha investito negli anni in formazione e materiali per offrire ai pazienti una soluzione completa e moderna.

Conclusione

In medicina, l'innovazione autentica è quella che restituisce alla persona ciò che la malattia ha tolto. Il doppio impianto rappresenta esattamente questo: una risposta integrata e

definitiva a due gravi disfunzioni che spesso convivono nello stesso paziente. Una sola chirurgia, una sola anestesia, un unico percorso di ritorno alla normalità.

La doppia rinascita oggi è possibile. E la nostra promessa quotidiana è continuare a perfezionare ogni dettaglio per renderla sempre più sicura, accessibile ed efficace.



Jonathan Fusi



Giorgia Scarfò



Ferdinando Franzoni



*Dipartimento di medicina
clinica e sperimentale,
Università di Pisa.*

La disfunzione erettile rappresenta la condizione clinica più comune indotta dalle malattie vascolari che colpiscono il pene. Da un punto di vista clinico, con il termine disfunzione erettile, viene identificata l'incapacità di raggiungere o mantenere un'erezione sufficiente per una prestazione sessuale soddisfacente. Tale condizione può determinare oltre alle normali alterazioni fisiopatologiche, anche delle problematiche di natura psicologica. Al fine di comprendere la gravità della disfunzione erettile, è stato proposto l'utilizzo del questionario International Index of Erectile Function (IIEF-5) a cinque voci. Grazie a questo questionario è possibile catalogare la severità della condizione da Disfunzione Erettile (DE) grave a nulla. Tale condizione colpisce soprattutto gli individui più anziani, anche se si stima come negli Stati Uniti 12 milioni di uomini di età compresa tra 40 e 79 anni ne siano affetti. In Europa invece, un uomo su tre ha riferito di soffrire di DE, mentre il 6% ha riportato una grave compromissione dell'orgasmo. Le cause organiche sono comprese dal 60 al 90% di quelle totali. Nei giovani la causa più frequente è di natura psicogena, ad esempio fattori o situazioni quali l'ansia da prestazione. Analizzando la letteratura scientifica si riscontra come le cause più comuni che possono indurre la disfunzione erettile sono di natura psicotica e patofisiologia. Questa patologia può derivare da un rilassamento alterato o da una contrazione aumentata della muscolatura liscia cavernosa causata dall'ischemia cronica. La disfunzione endoteliale rimane comunque il meccanismo più comune di disfunzione erettile.

Concentrandoci esclusivamente sulla relazione tra disfunzione erettile e le patologie coronariche (CAD), si riscontra come sia connessa anche ad altri fattori di rischio quali il fumo, l'obesità e la mancanza di attività fisica.

Le condizioni sopracitate determinano un incremento delle specie radicaliche, le quali si legano immediatamente all'ossido nitrico di derivazione endoteliale, diminuendone la concentrazione, con fine ultimo la difficoltà nella regolazione del tono della muscolatura liscia e quindi a valle con una conseguente alterazione dell'erezione peniena. L'incremento dello stress ossidativo lo si evidenzia

QUANDO LA SALUTE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE INCIDE SULLA CAPACITÀ ERETTILE



“

La disfunzione erettile (DE), spesso causata da problemi vascolari e metabolici, è un segnale precoce di rischio cardiovascolare. I fattori come ipertensione, diabete, obesità e stress ossidativo compromettono la funzione endoteliale e l'erezione. La DE può precedere malattie coronariche silenti, rendendo fondamentale lo screening cardiologico nei pazienti a rischio. Uno stile di vita sano e attivo rappresenta la prima vera terapia preventiva.

”



anche a seguito dell'iperglicemia, con incremento dei prodotti di glicazione avanzata (AGE), i quali sembrano essere cruciali per lo sviluppo della DE nei pazienti con Diabete Mellito.

In aggiunta, anche l'ipertensione risulta essere una condizione clinica altamente impattante nei confronti della disfunzione erettile. Infatti, si osserva come i pazienti ipertesi presentino una prevalenza a sviluppare disfunzione erettile di circa il doppio rispetto alla popolazione normale.

Tale relazione è talmente stretta che ha condotto Società Europea di Ipertensione/Società Europea di Cardiologia per la gestione dell'ipertensione arteriosa ad inserire la disfunzione erettile nelle linee guida del 2013, in quando l'ipertensione può smascherare la possibilità di una disfunzione erettile.

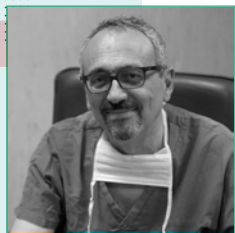
Le evidenze scientifiche sottolineano quindi, come la Disfunzione Erettile sia un predittore di salute cardiovascolare. Gli uomini con Disfunzione Erettile vasculogenica accertata o con molteplici fattori di rischio vascolare e sospetta Disfunzione Erettile vasculogenica dovrebbero essere sottoposti a screening per l'ischemia miocardica silente mediante elettrocardiogramma da stress su treadmill o angiografia coronarica con tomografia computerizzata. La relazione è talmente forte, che negli uomini affetti da patologie cardiovascolari, dovrebbero sottoporsi a un test da sforzo nell'ottimo di valutare la risposta cardiovascolare sotto sforzo e scongiurare problematiche nel corso dell'atto sessuale. Infatti, la capacità di esercitare fino a 3-6 MET senza evidenza di ischemia miocardica potrebbe suggerire un basso rischio di sintomi cardiaci nel corso dell'attività sessuale.

Purtroppo, si osserva un ritardo nella diagnosi in tempo di questa alterazione a causa anche dall'imbarazzo nei pazienti affetti da patologie cardiovascolari a parlare di disfunzione erettile.

Viene quindi spontaneo sottolineare come la modifica degli stili di vita ovvero una dieta mediterranea e un'attività fisica costante e continua

possano avere un ruolo determinante nel controllo del peso e nella riduzione dello stato infiammatorio.

Giuseppe La Pera



*Specialista in Andrologia e
Urologia, Roma*

Spesso quando si pensa alla prevenzione della salute maschile, soprattutto dopo i 40 anni, ci si concentra solo sul cuore o sul peso. Eppure anche la salute andrologica dovrebbe entrare a far parte della nostra routine. È una questione di benessere fisico e mentale, di qualità della vita e di serenità nei rapporti di coppia. Eppure le statistiche dicono che ancora troppi uomini rimandano i controlli, spesso per pudore, tabù o semplicemente perché non ci pensano.

Secondo i dati dell'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), il tumore della prostata è la neoplasia maschile più frequente nel nostro Paese, con circa 36.000 nuovi casi e oltre 7.000 decessi ogni anno. Eppure, diagnosticato precocemente ha ottime probabilità di guarigione. Lo stesso vale per la disfunzione erettile, un problema che dopo i 40 anni interessa circa un uomo su tre in forma lieve o moderata, ma di cui ancora si fa fatica a parlare con uno specialista.

E proprio la funzione erettile può dirci molto di più di quanto pensiamo. L'erezione è il barometro della salute maschile, perché richiede il corretto funzionamento di cuore, vasi sanguigni, sistema nervoso e ormonale e metabolico. Una disfunzione erettile persistente non è solo una questione di prestazioni: spesso è un campanello d'allarme per potenziali malattie cardiovascolari come ipertensione, aterosclerosi o diabete, che meritano di essere valutate tempestivamente.

Il paragone con la prevenzione femminile è immediato. Le donne hanno interiorizzato da tempo l'abitudine di sottoporsi a controlli ginecologici periodici anche in assenza di sintomi, consapevoli che la salute si mantiene giorno per giorno. Per gli uomini, spesso, l'andrologo rimane una figura a cui ci si rivolge solo quando qualcosa non va. È ora di cambiare prospettiva.

Anche le donne possono giocare un ruolo prezioso in questo cambiamento culturale: incoraggiare i propri mariti, compagni o amici a prendersi cura di sé e a fissare una visita di prevenzione andrologica è un atto d'amore e di attenzione. La prevenzione maschile non dovrebbe più essere un tabù, ma un gesto naturale come le visite femminili.

Che cosa significa fare prevenzione andrologica?

Significa iniziare a pensare alla salute della prostata, del sistema riproduttivo e sessuale prima che compaiano disturbi. Una visita di controllo dall'andrologo, un esame del PSA nel sangue quando indicato dal medico, un colloquio onesto su eventuali difficoltà di erezione o calo del desiderio: sono gesti di attenzione verso se stessi. Intercettare eventuali problemi quando sono ancora in fase iniziale significa risolverli prima e meglio, senza stress e con meno rischi.

Ma come superare le resistenze culturali? Un buon punto di partenza è informarsi e parlarne apertamente. Sapere, ad esempio, che le visite

A 40 ANNI LA VISITA DALL'ANDROLOGO PRIMA DEI SINTOMI: PERCHÉ LA PREVENZIONE FA LA DIFFERENZA



“

La salute maschile dopo i 40 anni non riguarda solo cuore e peso, ma anche prostata e funzione sessuale. Disfunzione erettile e tumore alla prostata possono essere segnali o condizioni prevenibili, se intercettati per tempo. Parlare con l'andrologo, fare controlli periodici e superare i tabù culturali è fondamentale per vivere meglio, più a lungo e con maggiore serenità. La prevenzione è un atto di cura verso sé stessi e chi ci sta accanto.

”

androgiche sono indolori e rispettose della privacy, può aiutare a superare l'imbarazzo iniziale. Confrontarsi con un amico o un familiare che ha già fatto questo passo può incoraggiare. E soprattutto ricordarsi che prendersi cura della propria salute non ha nulla di "imbarazzante" o "poco virile": al contrario, è una dimostrazione di consapevolezza e di amore verso di sé e le persone care.

Un altro consiglio pratico è inserire i controlli nel calendario annuale insieme agli altri esami di routine, proprio come si fa per la visita oculistica o l'esame del sangue. E se ancora c'è qualche remora, pensare ai vantaggi: una diagnosi precoce del tumore della prostata aumenta le probabilità di guarigione anche del 90% nei casi iniziali. Intervenire per tempo su un problema di disfunzione erettile migliora la vita sessuale e la relazione di coppia, e al contempo consente di scoprire precocemente disturbi metabolici o cardiovascolari.

Insomma, a 40, 50 o 60 anni, c'è ancora tutto il tempo per vivere la sessualità e la salute maschile in piena serenità. L'importante è non rimandare a domani ciò di cui puoi prenderti cura oggi. La prevenzione andrologica non è un lusso, ma una parte essenziale di una vita sana, attiva e soddisfacente. E iniziare è più semplice di quanto pensi.



Kirsten Thiele



Pastora della Comunità
Luterana di Napoli

“I giorni dei nostri anni arrivano a settant’anni, o, per i più forti, a ottant’anni; e quel che ne fa l’orgoglio, non è che travaglio e vanità; perché passa presto, e noi ce ne voliamo via.” (Salmo 90,10)

È un’osservazione piuttosto pessimistica, quella che il salmista fa qui. Personalmente, mi sto avvicinando ai 60 anni, mi trovo quindi esattamente nella metà del periodo della “nuova età di mezzo” di cui si parla qui.

Sì, allora la vita finiva a 70 anni e la maggior parte delle persone moriva pure molto prima.

Ora sono nel pieno della mia vita: molte cose sono cambiate!

Il fatto che i giorni volino, sì, è sicuramente la mia esperienza, e più invecchio, più lo avverto.

Ma non trovo ancora che la mia vita sia travaglio e vanità - questo probabilmente avverrà nella prossima fase della mia vita, quando supererò i 70 anni.

Ma ne ho un’idea quando vado a trovare i miei genitori, che sono anziani, sono diventati fragili e in parte hanno bisogno di cure. Mi guardo intorno e mi rendo conto che questo fa parte della nostra età: abbiamo persone anziane, i nostri genitori o suoceri, di cui dobbiamo preoccuparci e di cui dobbiamo occuparci. Ma io stessa sono ancora nel pieno della vita, lavoro, i miei figli sono solo giovani adulti. Loro mi sfidano con la rivoluzione tecnologica in rapida crescita e con i problemi che devono affrontare in questo mondo, in questo tempo. Per loro la vita è ardua e difficile perché non hanno prospettive per il futuro.

E io, io vivo da qualche parte “nel mezzo”, tra i miei figli e i miei genitori.

Un tempo strana, un’età impegnativa! Sono nata in un periodo di crescita economica, quando c’erano ancora dei valori e, soprattutto, un futuro che progettavo e aspettavo con ansia. Poi tutto è cambiato nella mia vita, ma era entusiasmante, c’erano dei compiti, ho sempre trovato il mio posto nella società.

Purtroppo, non posso invecchiare: questo mi dicono da anni i manifesti appesi alla farmacia davanti alla quale passo quasi ogni giorno ed entro almeno una volta al mese.

Quasi ogni mese c’è una nuova crema che fa sparire le mie rughe, anche se non ne ho ancora così tante. E in qualche modo mi piacciono, le mie rughe. Sono i segni visibili di una vita vissuta fino a questo punto. O un nuovo siero che rassoda la pelle e la fa sembrare più giovane. Ah no, non dice che fa sembrare la pelle più giovane: la mia pelle diventa più giovane! Oh, miracolo della scienza! Tuttavia, so che non è vero, certo che sto invecchiando, dovrei solo coprirne i segni esterni o addirittura invertirli con costosi interventi di chirurgia estetica. Prima è meglio, non aspettare di essere molto vecchi e che sia troppo tardi. Ma io, cosa sono ora, vecchia o giovane?

TI RINGRAZIO CHE SONO STATO CREATO IN MODO MERAVIGLIOSO E SORPRENDENTE



“

Per i Luterani vivere la soglia dei 60 anni significa trovarsi in equilibrio tra figli che guardano avanti e genitori che guardano indietro. È un'età di transizione, fatta di bilanci, trasformazioni e nuove responsabilità, ma anche di energia, gratitudine e consapevolezza. In un mondo che fatica ad accettare l'invecchiamento, la vera forza è riconoscere la bellezza delle proprie rughe e del cammino già percorso.

”



Vivo in quegli strani anni di mezzo. Non sono più giovane, no, per niente. Ma mi sento ancora vivo, grazie ai miei figli cerco di seguire al meglio i nuovi sviluppi. Alcune cose, molte cose, mi sono comunque estranee. Ho ricordi di altri tempi. Come tutte le generazioni prima e dopo di me.

Ma non sono neanche ancora vecchia, no, non mi sento così: ho ancora molti anni di sfide davanti a me nel lavoro e nella famiglia.

A volte mi fermo e lascio vagare i miei pensieri: sono quasi 60 anni che sei in viaggio in questa vita. Hai lasciato molto dietro di te: ti sei innamorata, hai avuto dei figli, hai finalmente trovato il lavoro che desideravi da tempo. Hai ancora molto davanti a te: presto un cambiamento di sede per motivi professionali, i figli fuori di casa, i genitori lontani in Germania che stanno diventando molto vecchi, con tutte le difficoltà e le infermità che questo comporta.

La questione della fine sta diventando sempre più urgente: i miei genitori anziani mi mettono la morte davanti agli occhi in modo reale, e non posso più evitarlo come potevo fare 10 anni fa.

Probabilmente andrò in pensione verso la fine di questa fase della mia vita - ma non si può sapere con certezza - e poi inizierà qualcosa di nuovo. Cosa, non lo sa nessuno con precisione.

Senza lavoro, in una società in cui invecchiare è difficile, non è affatto piacevole, ma sperando di apparire giovane all'esterno. E per cosa? Ora ho il mio posto nella società, in questo momento, anche se sembro “vecchia” - ma tra 10 anni, chi lo sa? I segnali non sono buoni.

Mi ritrovo sempre più spesso a guardare al passato. Mi restano ricordi bellissimi, di luoghi, persone, incontri. E mi ritrovo a non guardare più tanto volentieri al futuro. Ma c'è anche serenità: ho imparato che tutto sarà comunque diverso, e sono sempre stata protetta e guidata.

Sì, ed è qui che i miei pensieri si fermano e trovo la pace: nelle antiche parole che una salmista (perché le donne non avrebbero dovuto scrivere

salmi?) ha scritto quasi 3000 anni fa:

“Vivente, tu mi hai esplorato e mi conosci. Tu sai se sono seduta o in piedi, capisci i miei pensieri da lontano.

Il mio camminare e il mio sdraiarmi – tu lo misuri. Tu conosci tutte le mie vie.

Ti ringrazio che sono stato creato in modo meraviglioso e sorprendente.” (Salmo 139,1+2+14)

Markus Krienke



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

L'INVECCHIAMENTO E LA NUOVA ETÀ DI MEZZO IN PROSPETTIVA CRISTIANA

«I giorni dei nostri anni arrivano a settant'anni e per i più forti a ottanta», si legge nel Salmo 90 ottimisticamente (Sal 90,10), perché più verosimile sarebbe immaginarsi un'età di vita media di 40-50 anni. Da tale dato, immediatamente ci rendiamo conto come grazie alla medicina moderna, all'alimentazione, alla coltivazione di relazioni sociali e attività sportiva, ma anche alla gentilezza, all'avere chiari fini e molti altri fattori, si sia aperta una «nuova età di mezzo» che da molto tempo viene valorizzata dalla teologia cristiana come un periodo spiritualmente profondo, in quanto consegna all'uomo e alla donna la possibilità di confrontarsi con le questioni del senso della vita, che si intensificano con la sua durata, senza sentire ancora la minaccia dell'imminenza della sua fine. Anche il fatto che in tale fascia d'età si sperimenti per la prima volta la dipendenza dall'aiuto di altri e dunque il bisogno di vicinanza e cura, contribuisce a tale ordine di riflessioni: siccome nella cura si realizza esemplarmente la speranza che emerge dalla relazione ad un'altra persona, la vita stessa si inserisce più consapevolmente in un altro ordine di questioni. Non di raro, infatti, le persone di quell'età intraprendono percorsi di formazione teologica o di altre materie umanistiche. Ora, per comprendere più da vicino quali sono le dimensioni di questa «nuova età di mezzo» e che relazione hanno con la dimensione spirituale, se ne focalizzano le tre dimensioni più caratteristiche.

Innanzitutto si tratta del periodo in cui si diventa «vecchio e sazio di giorni» (Gen 25,8). Nessun altro periodo della vita insegna come questo che la vita è un processo unico di autorealizzazione e che il futuro rimane aperto in qualsiasi momento. Mentre realizzare tali dimensioni nell'età giovanile è scontato e rimane pertanto alla superficie, proprio in quell'età che è la «nuova giovane vecchiaia» esse vengono colte esistenzialmente in modo diverso in quanto incontrano una disposizione particolare da parte del soggetto. Imparare la gratitudine nei confronti delle gioie e delle relazioni, e alimentarla tramite il «saziarsi» qualitativo della vita, rappresenta la missione specifica di quel periodo: ciò può anche includere l'imparare che i figli prendono le proprie strade, l'accettare la vita per come sta andando (e per le pieghe che ha preso in passato) e il vedere tutto ciò in una luce di accoglienza personale. Questo saziarsi è, dunque, qualitativamente differente dalle gioie esuberanti dell'età giovanile, perché si realizza più nella prospettiva della fine e riprende la profondità spirituale che emerge dalla tradizione antica e medievale del memento mori: già per i filosofi greci e romani – pensiamo esemplarmente a Seneca – la meditazione su se stessi porta ad una vita più consapevole e alla possibilità di sperimentare le gioie con profondità e serietà esistenziale. Questa tradizione fu poi ripresa dal Medioevo in cui non a caso sulla parete posteriore delle Chiese



“

Nella fascia tra i 50 e i 70 anni, l'uomo attraversa una stagione esistenziale in cui le prime fragilità fisiche – come i cambiamenti ormonali, la disfunzione erettile o i disturbi prostatici – si intrecciano a interrogativi più profondi sul senso della vita, del tempo e della relazione. Questa fase, lontana dalla vecchiaia ma già segnata dal limite, diventa un'occasione preziosa per una medicina che sappia affiancare alla cura del corpo anche l'ascolto della dimensione spirituale e affettiva dell'uomo.

”

fu disegnato l'ultimo giudizio (che fu “meditato” ritornando dopo la messa alla vita quotidiana), e non di raro all'interno delle stesse fu collocato un orologio. «Saziarsi della vita» si basa dunque sull'atteggiamento meditativo circa la brevità della vita come metodo di viverla in profondità.

In secondo luogo, c'è l'apprezzamento antico – anche qui sia greco-romano che cristiano – dell'età anziana. Nel libro di Giobbe si legge: «Nei vecchi si trova la saggezza, e lunghezza di giorni dà intelligenza» (Gb 12,12). La «nuova età di mezzo» oggi è diventato il primo momento in cui si realizza quella saggezza che rende la vita qualitativamente superiore a quella dei giovani. Certamente bisogna precisare che si tratta di un'immagine soprattutto veterotestamentaria, in quanto salta agli occhi che per il Nuovo Testamento l'età dell'essere umano non è per niente un tema: l'annuncio escatologico di Gesù Cristo, cioè l'annuncio che il Regno dei cieli è vicino, non rese una vita lunga un valore in sé. Così l'«uomo vecchio» nelle lettere di San Paolo si riferisce unicamente all'esistenza umana prima della conversione a Cristo, ed evidentemente ciò è senza riferimento a una certa età. Ciononostante, anche nella tradizione cristiana vale l'affermazione dell'Antico Testamento, ossia che una vita lunga è il premio per la saggezza, nonché la fiducia che la persona ha dimostrato di avere in Dio. Per lo stesso motivo, si chiede rispetto nei confronti delle persone anziane.

La ricchezza spirituale di quell'età, però, oggi contrasta non poco con l'ideale di giovinezza che la società propaga, quando considera gli over-50 già “fuori dal mercato”. In una prospettiva cristiana, invece, non si impone a chi vive tale età di doversi dimostrare il più possibile giovane, in quanto ogni momento è espressione del dono di vita che rende tutte le età ugualmente vicine a Dio. E anche nell'Antico Testamento, quando si parla di età avanzatissime come Matusalemme (969 anni), Noè (950 anni) o Adamo (930 anni), ma anche della durata di 120 anni che Dio ha assegnato all'umanità dopo il diluvio, non si dà valore alla

sola lunghezza materiale della vita, ma si esalta la grazia di poter vedere e vivere la discendenza fino a molte generazioni, e dunque condurre una vita relazionale piena, con la possibilità di passare le proprie esperienze di vita e la saggezza di generazioni a quelle future. Paradossalmente proprio oggi, quando questo ideale si realizza nella «nuova età di mezzo», tale dimensione di vivere relazioni ricche e tramandare le tradizioni sta scomparendo, e laddove permane, ha perso gran parte del suo valore.

Come terzo aspetto, nella «nuova età di mezzo» si gode ancora di una giovinezza e robustezza del corpo che – a ben vedere – era sempre un predicato di pregio nell'arte sacra cristiana: spesso le figure portano i tratti di anzianità (e dunque di saggezza) solo in testa, tra i tratti del viso e i capelli, mentre sono dotate di un corpo oltremodo giovanile e in vigore fisico. Il corpo giovanile simboleggia qui, infatti, la purezza, la forza (spirituale) e la vita che non invecchia. Inoltre, esso prefigura il “corpo celeste” (e quindi non-biologico) che i santi assumono nel paradiso, e che appunto non si lascia rappresentare con un corpo invecchiato e pertanto “debole”. Per questo, l'Antico Testamento raccomanda ai giovani di considerare in tempo che «vengano i giorni tristi e giungano gli anni di cui dovrai dire: “Non ci provo alcun gusto”» (Ec 12,1). E proprio questo destino sembra generalmente risparmiato ancora alla «nuova età di mezzo».

Quest'ultima si caratterizza, dunque, per essere una sintesi tra tutti e tre gli aspetti: la capacità di «saziarsi di vita» in modo qualitativo senza l'aspetto dell'imminenza biologica della morte, l'accumulo di saggezza e pertanto di equilibrio spirituale che rende una persona di valore anche come consulente o esempio per gli altri, e infine un permanere di giovinezza e forza fisica come presupposto di poter vivere positivamente e con capacità di relazionarsi ad altri tale fase della vita. La consapevolezza spirituale e una nuova apertura alla dimensione religiosa dell'essere umano costituiscono proprio in tale età

momenti distintivi – se non proprio un enorme aiuto ad accogliere questa fase di vita come una grande opportunità – per cui non di rado vengono cercati e coltivati.

IlhamAllah Chiara Ferrero



Comunità Religiosa
Islamica Italiana - COREIS

LA MEZZA ETÀ COME NUOVO PASSAGGIO DI VITA: UNA PROSPETTIVA ISLAMICA

“**D**io è Colui che vi ha creato deboli, e poi alla debolezza ha fatto seguire la forza, e poi alla forza ha fatto seguire la debolezza e la canizie, Egli crea ciò che vuole, il Sapiente, pieno di potenza” (Corano 30, 54). Il Libro sacro descrive così le tre età della vita: l'infanzia, l'età adulta e la vecchiaia, secondo tre differenti gradi di forza e di vitalità. Da notare come la canizie costituisca un elemento distintivo della fase finale della vita insieme alla debolezza, quest'ultima rappresentata, invece, da una parabola ascendente nell'infanzia, in cui gradualmente si acquisiscono forze e si consolida l'essere nel corpo e nello spirito. Nella nostra epoca la dilatazione dell'età adulta può essere suddivisa ulteriormente in due periodi che vanno approssimativamente dai 20 ai 50 e dai 50 ai 70 anni. Se volessimo mettere in relazione queste età con le fasi di vita del profeta Muhammad emergerebbero ulteriori chiavi di lettura.

In particolare, la missione profetica – iniziata con la discesa delle rivelazioni dei versetti coranici – avviene all'età di 40 anni (610 d.C.) e proseguirà fino all'anno della morte del Profeta nel 632 a 62 anni. Un fatto eccezionale segna l'ultimo ventennio della vita di Muhammad e della prima comunità, la migrazione a Medina nel 622. Nei 10 anni a Medina il profeta Muhammad, dai 52 ai 62 anni, intraprende una tale ampiezza di gesta che costituiranno, insieme alla sua vita a Mecca, le basi della religione e il modello della civiltà islamica nei successivi 14 secoli. Pur trovandosi più volte in situazioni di pericolo di vita, il Profeta lascia questo mondo nella pace del compimento della missione profetica e nella pace della sua comunità di cui sarà intercessore nel Giorno del Giudizio. Le possibilità straordinarie concesse da Dio a Muhammad sono state vissute dal Profeta con estrema gratitudine testimoniata in ogni aspetto della vita. Un esempio per tutti i musulmani, a prescindere dalla funzione e dall'epoca storica.

Per comprendere le grandi opportunità offerte dalla vita tra i 50 e i 70 anni è necessario dare un senso al prima e al dopo, alla giovinezza e alla vecchiaia. Secondo l'insegnamento del Profeta: “I migliori dei vostri giovani sono quelli che imitano i vostri vecchi, e i peggiori dei vostri vecchi sono quelli che imitano i vostri giovani” (tradizione riportata da Tabarani).

In altre parole, non è inseguendo la giovinezza che si matura come persone, bensì cogliendo il valore della vita in ogni istante e con saggezza, facendo beneficiare le altre generazioni dei risultati raggiunti o che si aspira ancora a realizzare con l'aiuto di Dio. Una vita ben impiegata può sempre fungere da esempio e da stimolo per tutti, al di là del grado di parentela o meno. Il tempo dai 50 ai 70 anni è indubbiamente un'occasione per fare bilanci di come la vita è trascorsa, di cosa non si è compiuto e di cosa si possa ancora conoscere. La naturale trasformazione del corpo, delle abitudini e delle attività rappresenta il passaggio più difficile nella vita di ciascuno, un cambiamento che spesso viene rifiutato o affrontato solo in forza di costrizioni esterne dovute a malattie, lutti o altri eventi della vita.



“

Il Corano descrive la vita come un ciclo tra debolezza e forza, culminante in una fase matura ricca di potenzialità spirituali e riflessive. Tra i 50 e i 70 anni, l'uomo è chiamato a confrontarsi con i limiti del corpo e la ricerca di senso, riscoprendo l'intelletto come risorsa interiore per orientarsi oltre l'individualismo e il culto della potenza. È un tempo prezioso per coltivare la saggezza, la relazione con Dio e una virilità non più esibita ma interiormente custodita e trasmessa.

”

“Chiedete conto alla vostra anima prima che vi venga richiesto”, esorta il secondo califfo Omar. Si tratta appunto di fare un bilancio più approfondito, anche con l'aiuto degli altri, che implica un guardarsi dentro sostanziale, al di là delle riflessioni sulle sovrastrutture accidentali della nostra vita economico-lavorative, politiche, sociali, psicologiche e affettive. Tuttavia, esistono degli inganni dell'anima da cui rifuggire, così come esistono nel mondo attuale prove e paradossi che possono mettere facilmente in crisi anche una persona dotata di grandi virtù.

È abbastanza evidente che viviamo in un contesto caratterizzato da un individualismo estremo, il quale tende ad appiattire ogni aspetto della vita entro i confini dell'io. L'individualismo è innanzitutto la dimenticanza dell'uomo della sua dipendenza da Dio e di conseguenza la riduzione di tutti gli aspetti della vita alla propria individualità. La negazione di ogni orizzonte superiore porta a ridurre le funzioni intellettuali alla sola ragione umana, la quale viene peraltro declassata al servizio di ciò che è utile rispetto a ciò che è vero. Ne consegue che la conoscenza della vita, del mondo e degli altri, così come la stessa conoscenza di Dio, vengono negate, da alcuni, o molto ridimensionate da altri, riducendole a una banale serie di considerazioni empiriste o sentimentaliste, o, ancora, facendole scadere in una qualche vaga esortazione morale. Proprio l'intelletto, che potrebbe rappresentare la risorsa più attiva e vigorosa nella nostra età di mezzo, rischia di spegnersi a causa di un pragmatismo su cui abbiamo fatto eccessivo affidamento nella parte precedente della vita. Essere utili e sentirsi utili passerà sempre meno dall'agire, e ciò non solo per le forze che cambiano; al contrario, potrà avvenire in funzione di quanto avremo coltivato il nostro essere in relazione all'Essere supremo – la nostra utilità, in altre parole, e il valore reale del tempo della nostra vita, possono misurarsi solo in rapporto a quanto avremo coltivato la nostra essenza interiore, la quale reca, nella parte più intima di sé, una scintilla di luce dell'Essenza divina.

Il ricorso all'intelletto, inteso come qualcosa di distinto e superiore alla ragione individuale, suscita un

allargamento degli orizzonti esistenziali: la vita e il mondo, che si erano rimpiccioliti e angustiati comprimendosi nei soggettivismi dell'io, si mostrano per quello che sono davvero, nella loro immensità e autenticità. Se l'io non è più la “misura di tutte le cose”, l'adozione di un punto di vista superiore diviene possibile, e tale punto di vista superiore è esattamente quello dell'intelletto; ora, con ciò, ci è davvero permesso di intravedere qualcosa che oltrepassa i nostri limiti, che prima consideravamo invalicabili.

Allo sguardo dell'intelletto tutto rinverdisce, riacquisce il proprio senso profondo, perché il restringimento degli orizzonti intellettuali lasciava apparire ogni cosa come caduca e mortale e pertanto anche insensata e vacua. Adattando ogni cosa a un punto di vista soggettivo, tutto appariva soggettivo; adattando tutto alla misura di una prospettiva transitoria, ogni cosa si esauriva nella transitorietà. L'unico modo per svincolarsene è il ricorso all'intelletto nel suo senso autentico senza che ciò venga inteso a scopo consolatorio, cioè per risposta a una qualche paura o angoscia nichilistica, ma perché si crede che tutto ciò che è destinato a perire abbia una ragione profonda, che tale ragione profonda sia conoscibile, e pure che essa sia stata conosciuta da alcuni santi uomini del passato. D'altronde il dominio del profano è esattamente questo, cioè il dominio di ciò che si risolve interamente nella caducità, ossia in ciò che, per definizione, non si conserva; quello del sacro, viceversa, è il dominio di ciò che permane e non tramonta. In virtù di ciò è sempre possibile cercare la Verità profonda di ogni cosa, e la Verità non è tale (vera) in un certo momento sì e in un certo momento no; non è, in altre parole, relativa, condizionata o transitoria, pena il suo non essere davvero ciò che è: la Verità.

L'intelletto come risorsa sovraindividuale, nel senso che va al di là delle possibilità umane e dell'io, rappresenta una dimensione molto importante nella dottrina islamica, persino tutelata dalla legge religiosa, la shariah. La saggezza degli anziani, dunque, non è semplicemente la somma di tutte le esperienze della vita tradotte

in storielle per i giovani. È esattamente la custodia del Bene dell'Intelletto che la vita ha messo alla prova e che la fede ha sostenuto nel discernimento dal Male e, di conseguenza, la custodia del vero senso della vita.

C'è, tuttavia, un elemento che ha insinuato questo sistema tradizionale virtuoso ed è la ricerca della potenza, al di fuori della potenza di Dio, richiamata dal versetto citato all'inizio. Questo dominio della ricerca dei poteri è quanto di più dannoso gli uomini e le donne di oggi possano praticare al fine di prolungare la vitalità e la forza che non appartiene loro. A seconda delle inclinazioni c'è chi coltiva il potere nella propria professione, nello sport, nell'arte, nelle relazioni con gli altri. Ogni ambito non è più immune: questo desiderio di auto-affermazione a scapito degli altri si è insinuato dappertutto, persino nella religione; si tratta di un'inversione degli strumenti, anche intellettuali, di cui gli esseri sono naturalmente dotati per tendere al Bene, in quanto fatti secondo l'immagine di Dio. Le tendenze patriarcali e matriarcali nascono precisamente dall'ostinazione irriducibile a non sottomettere la propria volontà individuale a qualcosa di superiore e trascendente, facendo ricorso a potenze inferiori e viscerali con la finalità di soggiogare gli altri. Per coloro che non si facciano suggestionare da queste tendenze presenti ad ogni età, è necessario stare attenti a non cadere nella tendenza opposta, quella dell'ignavia.

I cinquantenni e i settantenni di oggi, che hanno visto il mondo in altre epoche attraverso gli occhi di chi ha vissuto prima di loro, hanno una grande responsabilità nel non cadere nella tentazione del potere come forma di conservazione di sé al di fuori del sacro. L'antidoto a tutto ciò non può risiedere in prima istanza nell'etica, quanto piuttosto nell'abbandonare ogni volontà di potenza ricercando il timore di Dio e l'anelito a rendere sacra la propria vita. Così forse anche coloro che si preparano a diventare anziani potranno beneficiare di quell'intellettualità che per alcuni è sinonimo di spiritualità, traghettando il ciclo attuale dell'umanità verso un altro mondo con l'aiuto delle nuove generazioni, se Dio vuole.

Francesca Boragno



Galleria Boragno, Via
Milano, 4 - Busto Arsizio

L'età fragile è un romanzo che sa parlare anche all'uomo contemporaneo, pur essendo scritto da una voce femminile. Con la sua prosa asciutta e profondamente empatica, Donatella Di Pietrantonio mette in scena un'indagine silenziosa e dolorosa sulle ferite che il tempo infligge ai legami familiari, alle identità, ai ruoli che cambiano – e lo fa restituendo in modo potente la vulnerabilità maschile nella mezza età.

Al centro della narrazione, una madre e un figlio ormai adulti si confrontano con il passato: un passato segnato da un episodio di violenza mai chiarito, e da un padre fragile, scivolato via nel tempo senza fare rumore. Non ci sono eroi né colpevoli netti: c'è piuttosto la complessità emotiva di chi attraversa la metà del cammino della vita cercando una sintesi tra ciò che è stato e ciò che ancora può essere. Il padre – figura assente, sfocata eppure centrale – incarna quel maschile smarrito, non più patriarca, non ancora riconciliato con la propria fragilità. Il figlio, giovane uomo, si misura invece con l'eredità muta di quella figura, interrogandosi su cosa significhi oggi essere figlio, essere uomo, essere giusto.

La scrittura della Di Pietrantonio – precisa, empatica, capace di sospendere il giudizio – non offre ricette ma domande. Domande che toccano il cuore stesso del nostro tempo: cosa resta di noi quando i ruoli crollano? Quale forza può nascere dalla resa? Che cosa significa “riparare” i rapporti, una volta che sono stati spezzati?

Il libro si muove nel territorio della perdita, ma anche della possibilità. In questa “nuova età di mezzo” – in cui molti uomini si trovano sospesi tra modelli passati e identità future – L'età fragile offre uno specchio dolente ma necessario. Non per trovare risposte rassicuranti, ma per riconoscersi nel tremolio delle domande.

L'ETÀ FRAGILE – DONATELLA DI PIETRANTONIO EINAUDI, 2023

**DONATELLA
DI PIETRANTONIO**
L'ETÀ FRAGILE



Vincitore

PREMIO
STREGA
GIOVANI
2024

Vincitore

LXXXVIII
PREMIO
STREGA
2024

EINAUDI





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

CONSIGLIATO DAGLI ANDROLOGI ITALIANI DELLA SIA



CONGRESSO
NAZIONALE SIA

11-13 GIUGNO 2026



SIA

*Società Italiana
di Andrologia*

ARRIVEDERCI A



BUON COMPLEANNO SIA!
50° ANNO

CONGRESSO NAZIONALE
NAU7

VALPOLICELLA

Presidente del Congresso
Giorgio Piubello

21-22 NOVEMBRE 2025