



Come diventare medico della sessualità in 6 ore

Emmanuele A. Jannini

L'ANNO SCORSO:

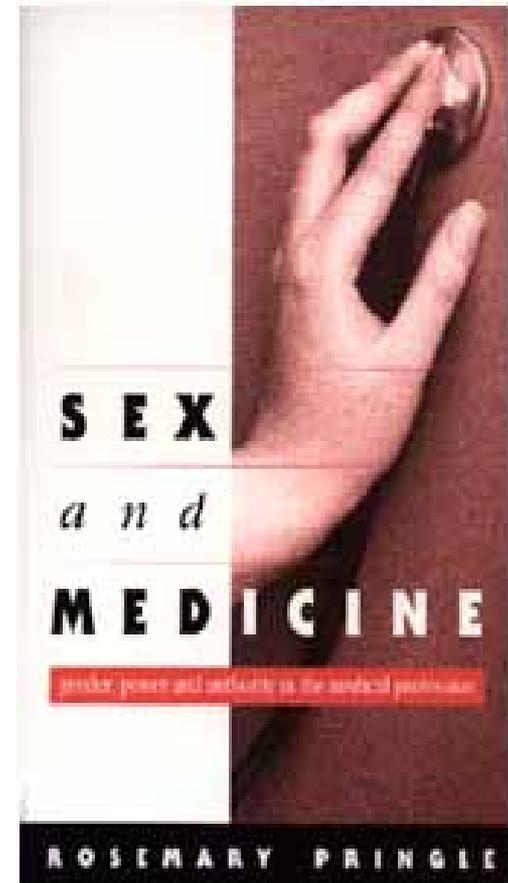
Il metodo assiomatico di Euclide



- Assioma (postulato)
- Ipotesi (premessa)
- Tesi (conclusione da dimostrare)
- Teorema (ragionamento)
- Lemma (teorema accessorio)
- Corollario (teorema conseguente)

Ipotesi

- Il MMG è un sessuologo anche se non sempre lo sa
- La medicina dispone di nuovi strumenti diagnostici
- La medicina dispone di nuove terapie
- La richiesta di intervento medico nelle disfunzioni sessuali è in continuo aumento



Tesi

- La sessuologia medica è una scienza
- La sessuologia medica italiana ha un ruolo leader a livello internazionale

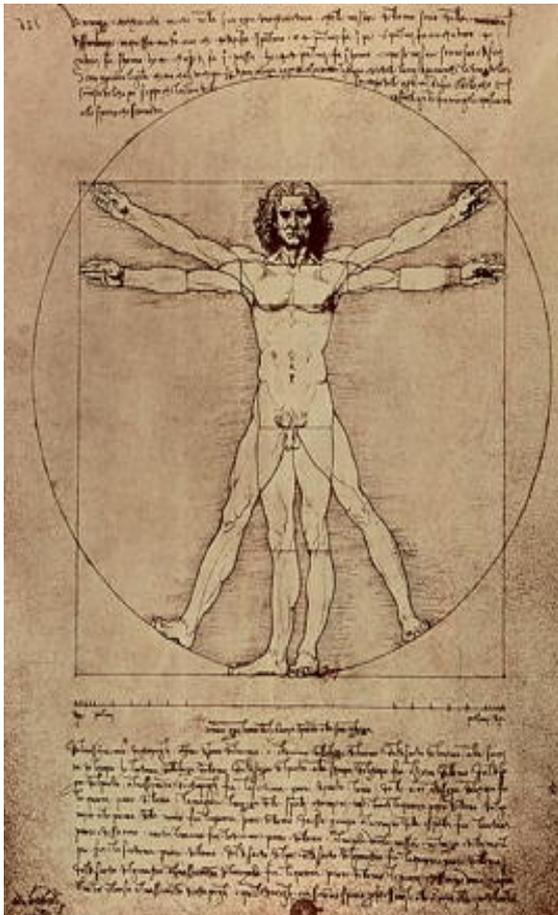


La medicina della sessualità per MMG

- ◆ Non c'è diagnosi e terapia delle disfunzioni sessuali che non abbia un impatto sulla coppia, che è il vero paziente!



Dimostrazione della tesi



- La ricerca ha prodotto una quantità di dati che costituiscono un *corpus* dottrinale in continua espansione.
- La sessuologia medica è quindi una scienza.
- Una scienza ITALIANA
- c.v.d.

Agenda

Riconosco e tratto un impotente

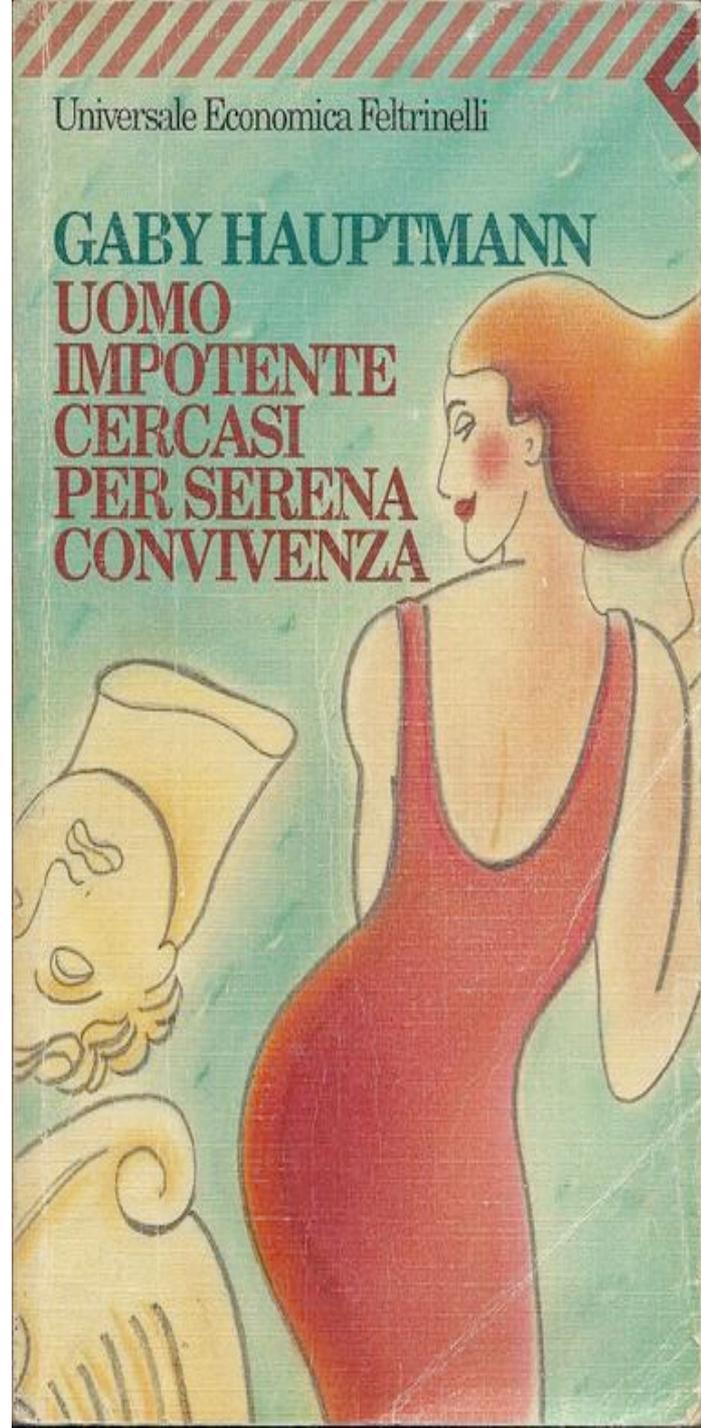
Riconosco e tratto un eiaculatore precoce

Riconosco e tratto una anorgasmica

Riconosco e tratto una vaginista



Riconosco e
tratto un
impotente





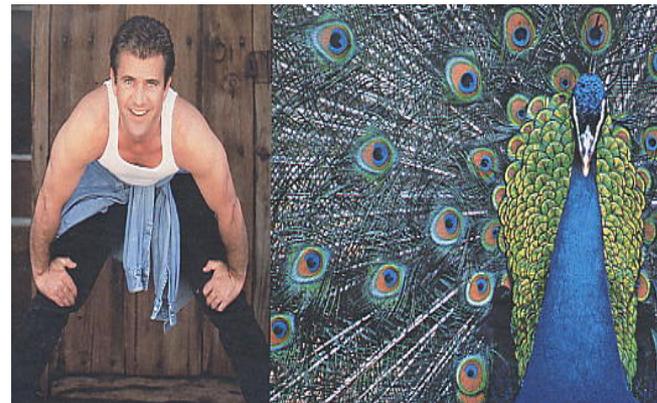
CHI HA INVENTATO L'IMPOTENZA?

Perché questo meccanismo
biologico fondamentale non è
garantito?

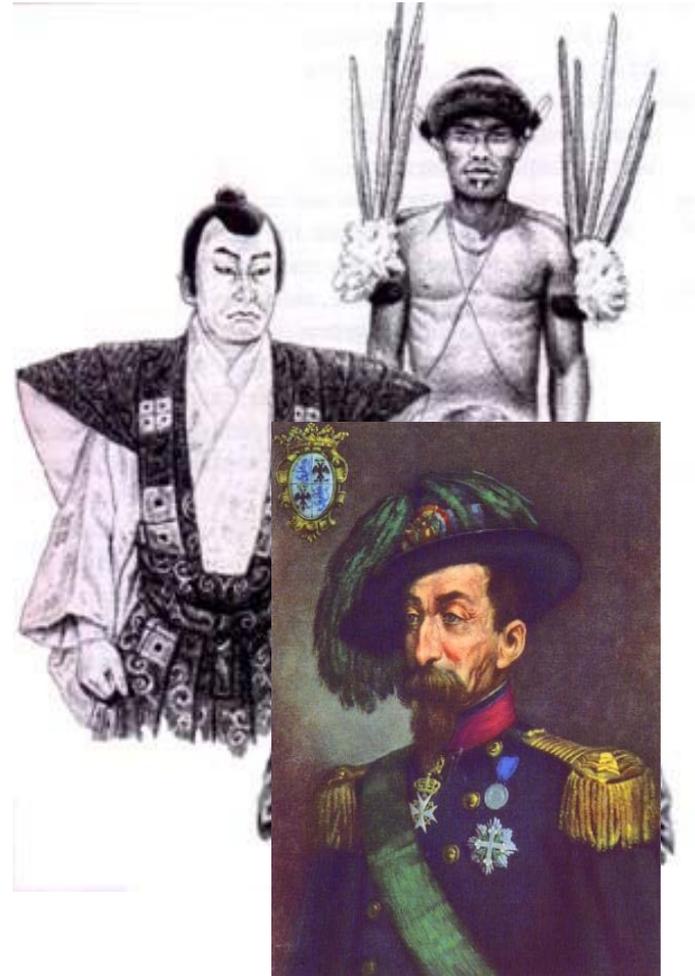


Gli ornamenti sessuali: i cartelloni pubblicitari dei geni

- Gli ornamenti sessuali servono per due tipi di competizione sessuale:
 - La competizione **intra**genere
 - La competizione **inter**genere
- Gli ornamenti sessuali sono spesso un handicap.
- Gli ornamenti sessuali sono un indicatore genetico.



Gli strumenti della bellezza: gli ornamenti sessuali



MISSING

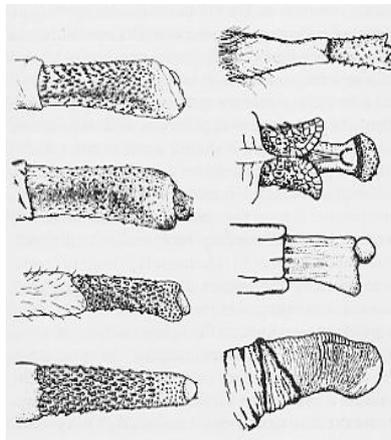


REWARD

Call 555-0199

L'erezione come ornamento sessuale

La perdita del *baculum* può avere un significato evolutivo: la presenza dell'erezione indica salute ormonale, vascolare, neurologica e psichica, nonché assenza di stressor esterni.



Male reproductive physiology as a sexually selected handicap? Erectile dysfunction is correlated with general health and health prognosis and may have evolved as a marker of poor phenotypic quality

Alessandro Cellerino^{a,*}, Emmanuele A. Jannini^b

Medical Hypotheses (2005) 65, 179–184

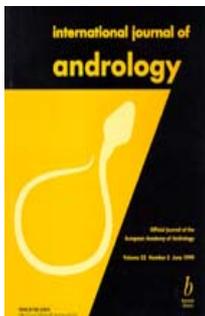


Why humans need type 5 phosphodiesterase inhibitors¹

ALESSANDRO CELLERINO* and EMMANUELE A. JANNINI†

international journal of andrology, 28 (Suppl. 2): 1–4 (2005)

L'erezione è un marker di una
condizione fenotipica



Evolutionismo ed erezione

- Dal punto di vista evolucionistico, l'erezione dovrebbe essere, nell'interesse della specie:
 - Protetta
 - Sicura
 - Efficace
 - Affidabile



cincillà: 12 mm



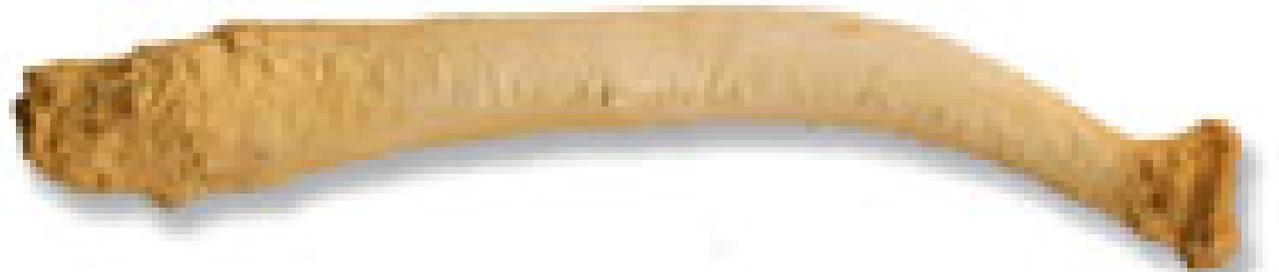
Coyote: 7 cm



Cane domestico: 9 cm



Elefante marino: 18 cm



Elefante: 29 cm



Tricheco: 60 cm



Baculum

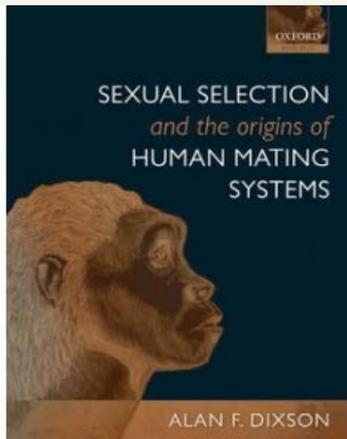
- Primates
- Rodentia but not Lagomorpha (rabbit)
- Insectivora
- Carnivora
 - Ursids
 - Felids
 - Canids
 - Pinnipeds
 - Procyonids
 - Mustelids
- Chiroptera



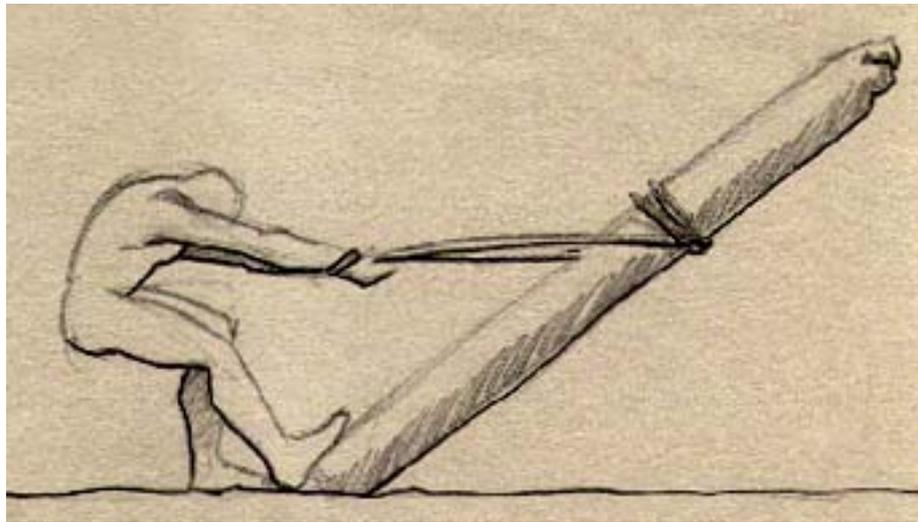
Size matters



	PAN TROGLODYTES	PAN PANISCUS	HOMO SAPIENS
Penis size	7 cm	8 cm	13 cm
<i>Baculum</i> ' size	0.7 cm	0.9 cm	-
Ossification	+	+/-	-
<i>Retractor penis m.</i>	+	+	-



	AETIOLOGY	ILLNESSES
1	SYSTEMIC	Cancer, leukemia, chronic renal failure, liver insufficiency, peptic ulcer, infective and parasitic diseases
2	VASCULAR	Atherosclerotic disease
3	ENDOCRINE	Hypogonadism, hyperprolactinemia, hypo- and hyperthyroidism, acromegaly
4	METABOLIC	Diabetes mellitus, hyperlipidemia, obesity, zinc deficiency
5	IMMUNOLOGIC	AIDS (advanced), scleroderma, allergy
6	NEUROLOGIC	Stroke, temporal lobe epilepsy, Parkinson's and Alzheimer's diseases, multiple sclerosis, Arnold-Chiari and Guillain-Barré syndromes, spinal cord injuries, arthritis, peripheral neuropathies
7	UROLOGIC	Peyronie's disease, priapism, pelvic and penile trauma
8	PSYCHIATRIC	Depression, schizophrenia
9	PSYCHOLOGICAL	Stress, anxiety, widower's syndrome
10	PHARMACOLOGICAL	Alcohol, illegal drug abuse, antihypertensives, antidepressants, antipsychotics, anxiolytics, H2 antagonists, antiandrogens, digoxin, chlofibrate...

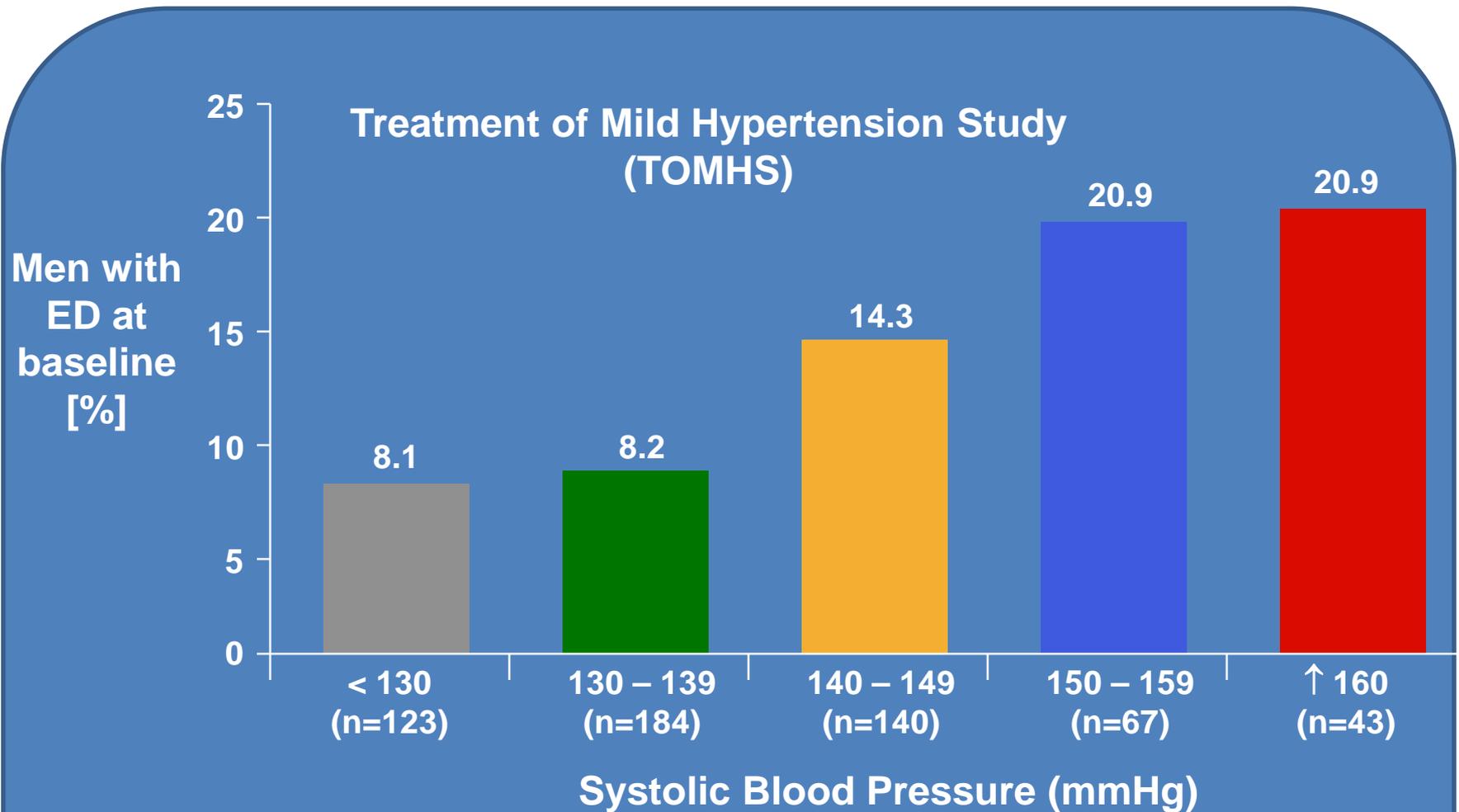


L'erezione è un efficiente marker di una condizione fenotipica

MARKER di salute vascolare, endocrina,
neurologica, immunologica, oncologica,
sistemica, tossicologica, psichiatrica,
ambientale, intrapsichica, relazionale

**GRAZIE ALLA ASSENZA DEL
BACULUM POSSIAMO PREDIRRE
LE CVDS**

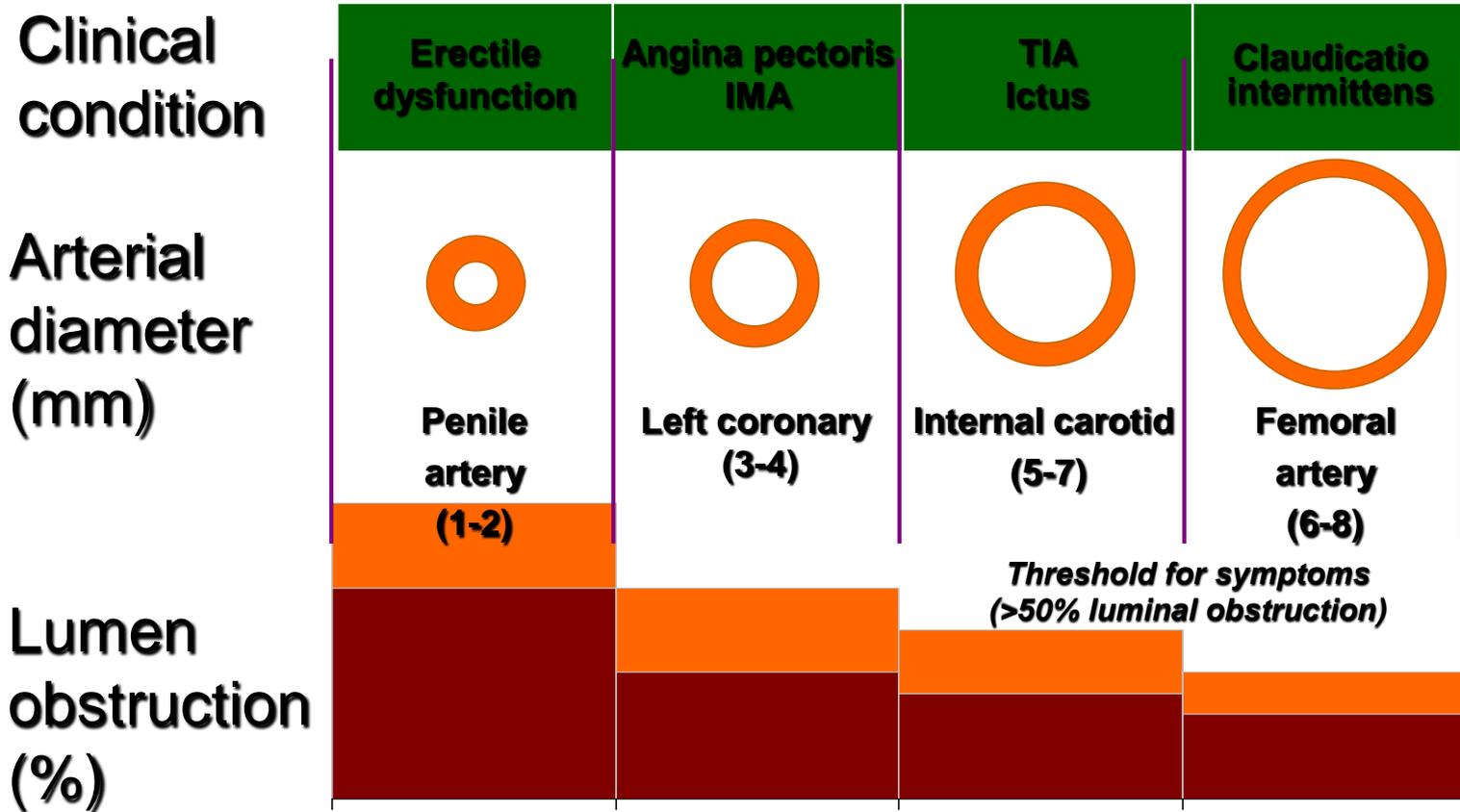
DE e ipertensione



Grimm RH, et al. *Hypertension* 1997; 29: 8-14.

n=557 (men aged 45 to 69)

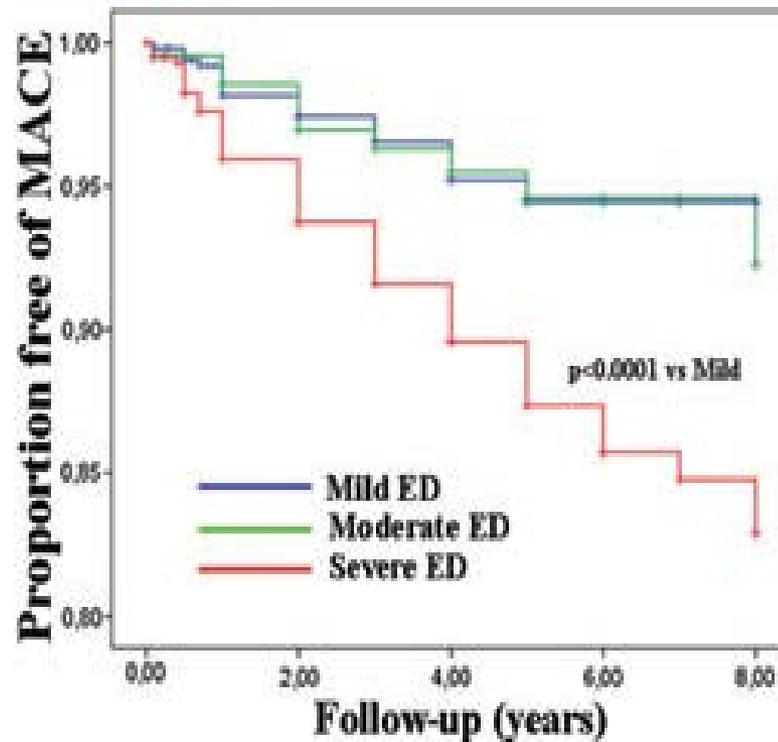
La DE è un marker di CV



Male Sexuality and Cardiovascular Risk. A Cohort Study in Patients with Erectile Dysfunction

Giovanni Corona, MD,^{*§¶} Matteo Monami, MD,^{†¶} Valentina Boddi,^{*} Michela Cameron-Smith, MD,^{*} Francesco Lotti, MD,^{*} Giulia de Vita, MD,^{*} Cecilia Melani, MD,[‡] Daniela Balzi, MD,^{*} Alessandra Sforza, MD,[§] Gianni Forti, MD,^{*} Edoardo Mannucci, MD,[†] and Mario Maggi, MD^{*}

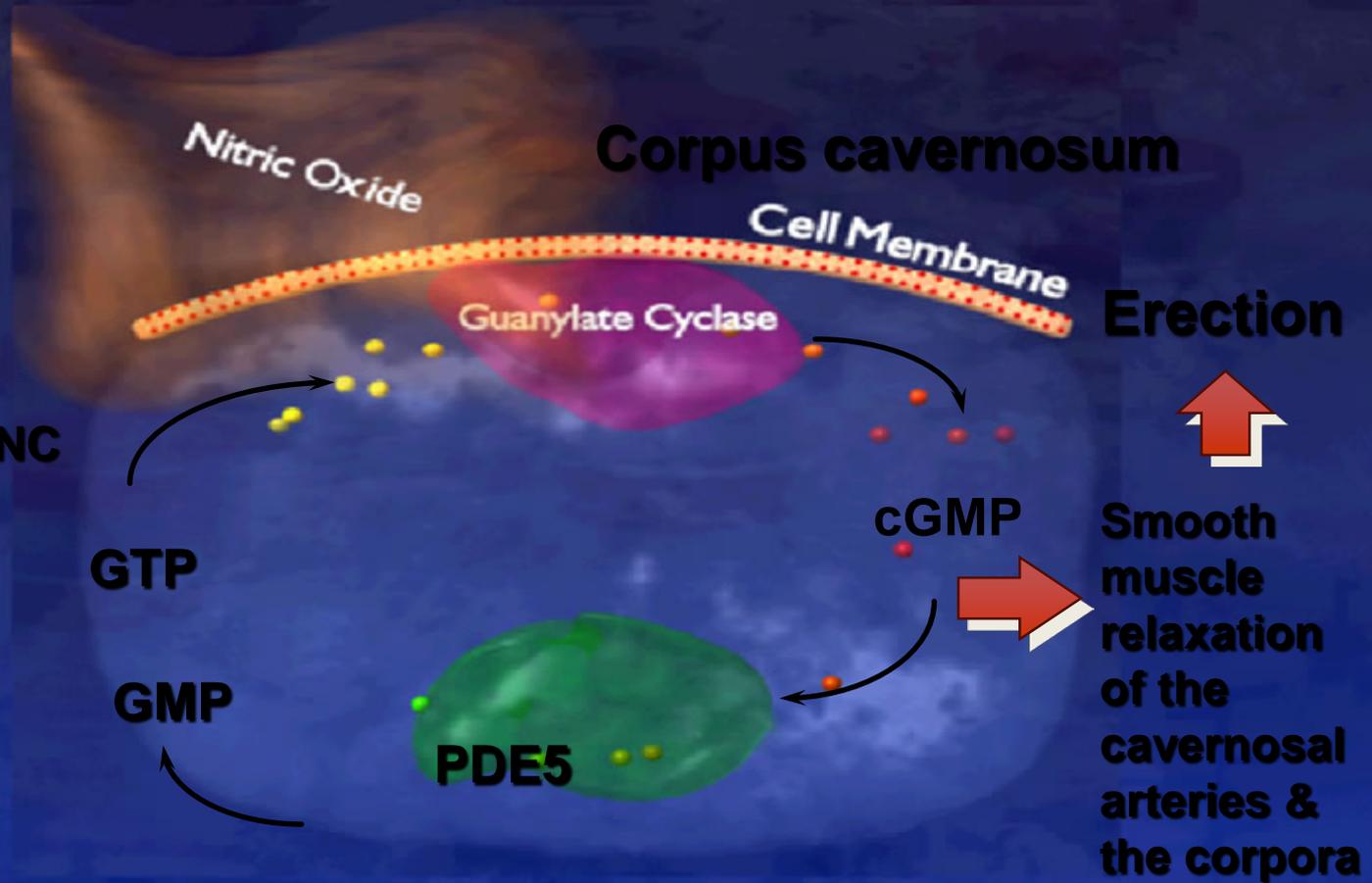
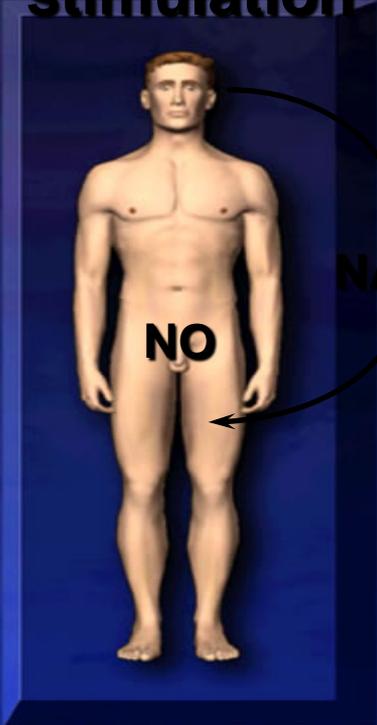
J Sex Med 2010;7:1918–1927.



FISIOLOGIA DELL'EREZIONE



Sexual stimulation



NO=nitric oxide; NANC=nonadrenergic-noncholinergic neurons; PDE5=phosphodiesterase type 5

Internal Structure of the Penis

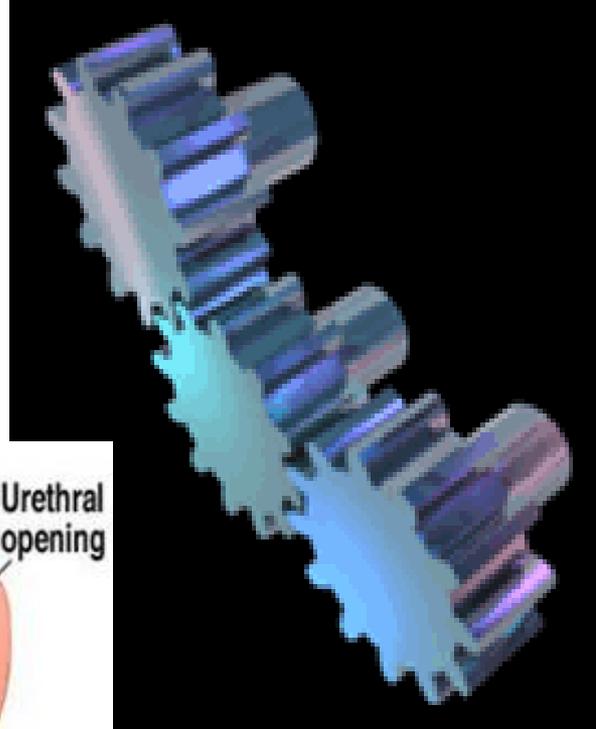
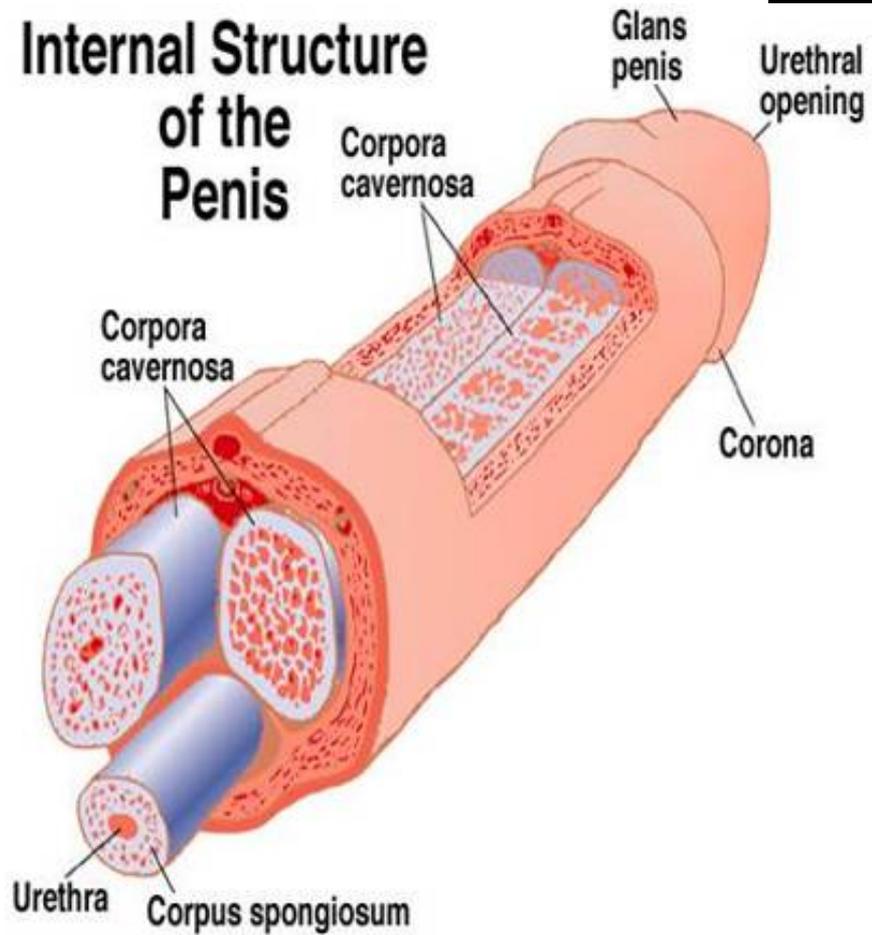
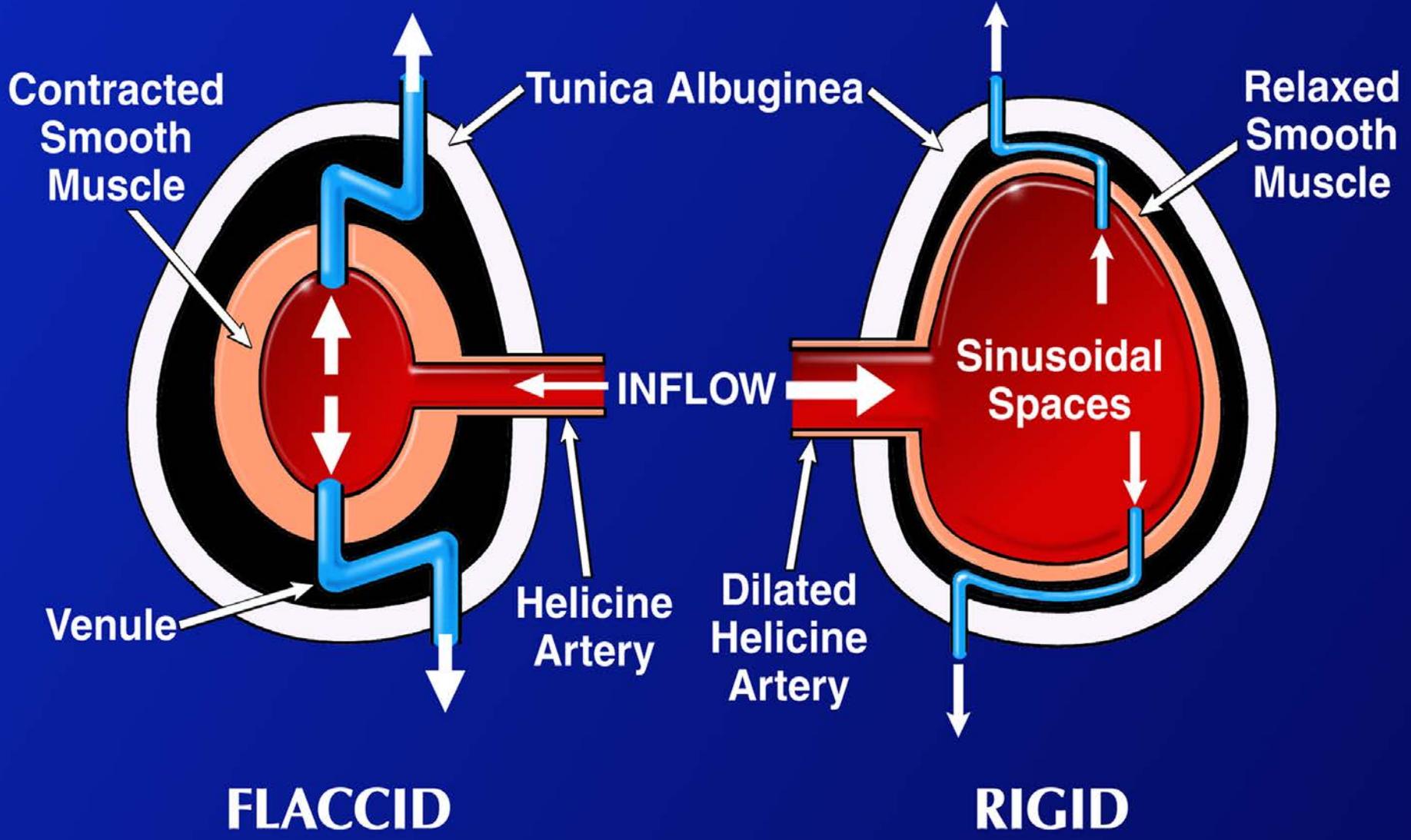


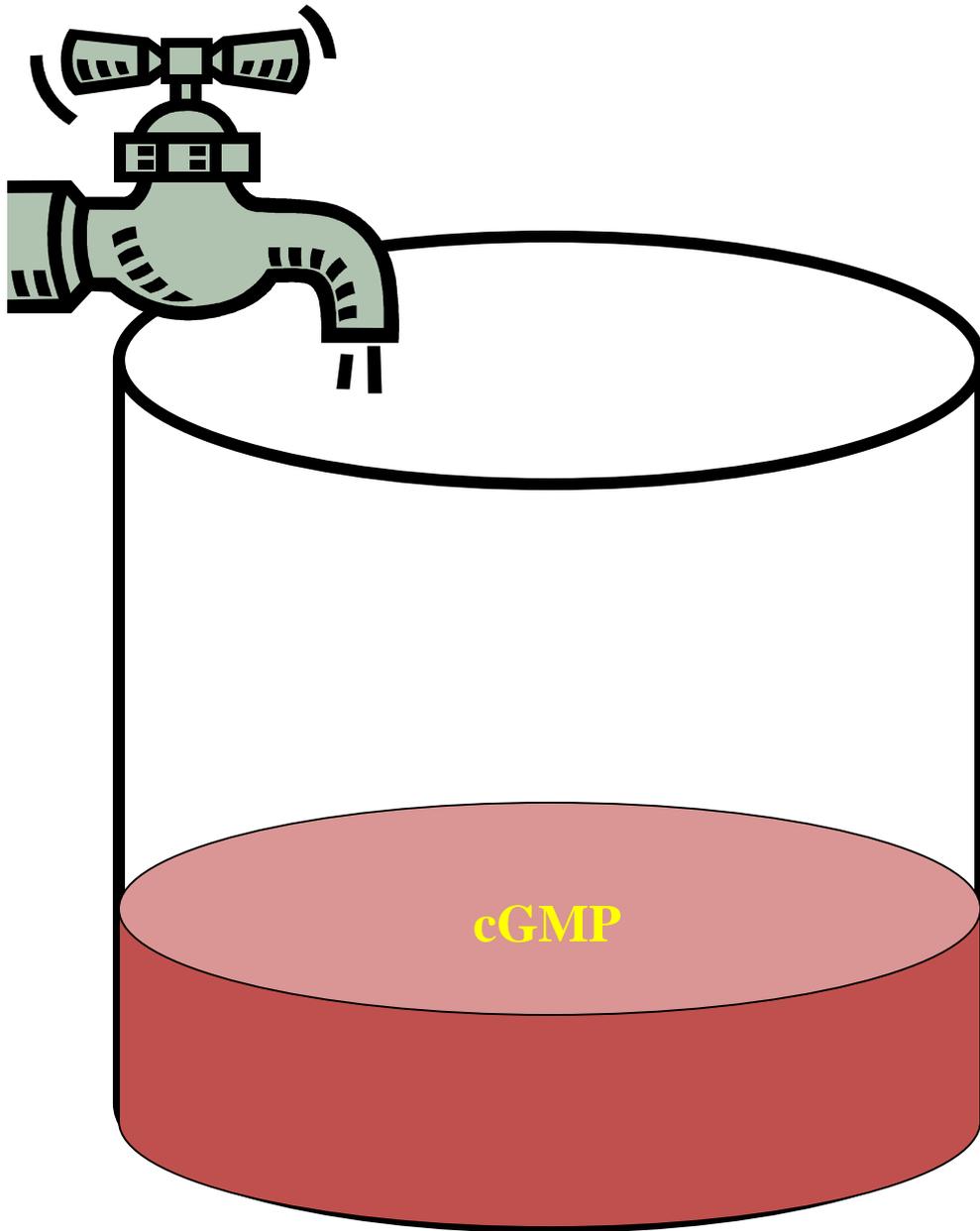
Diagramma dell' Erezione Peniena



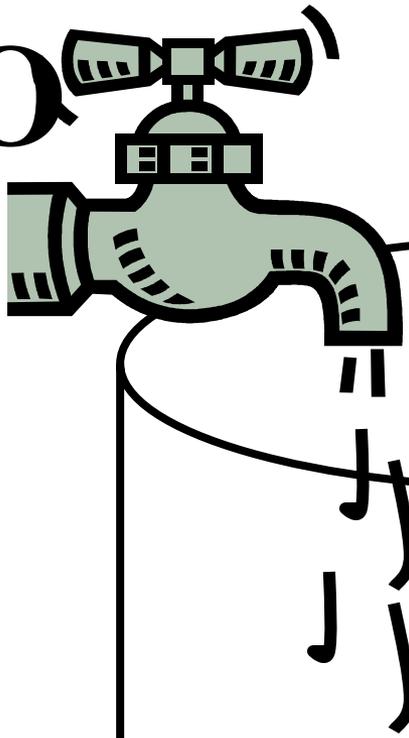
erectione = riempire un lavandino



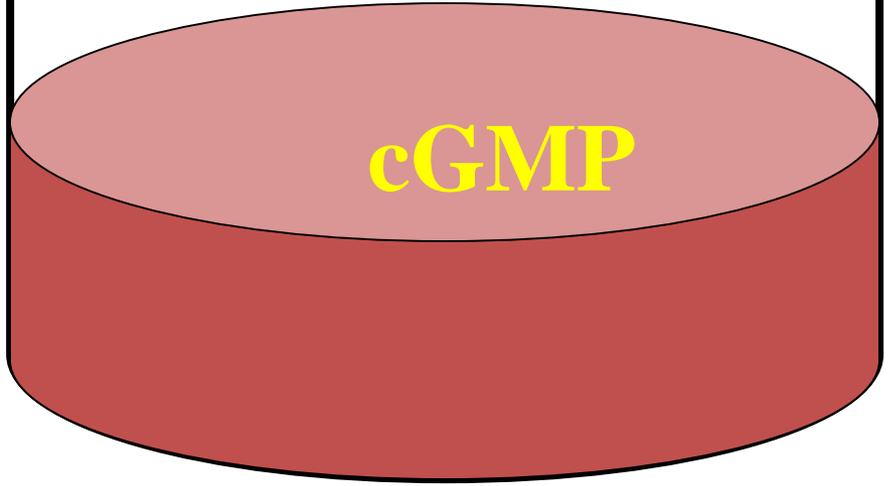
NO
rubinetto



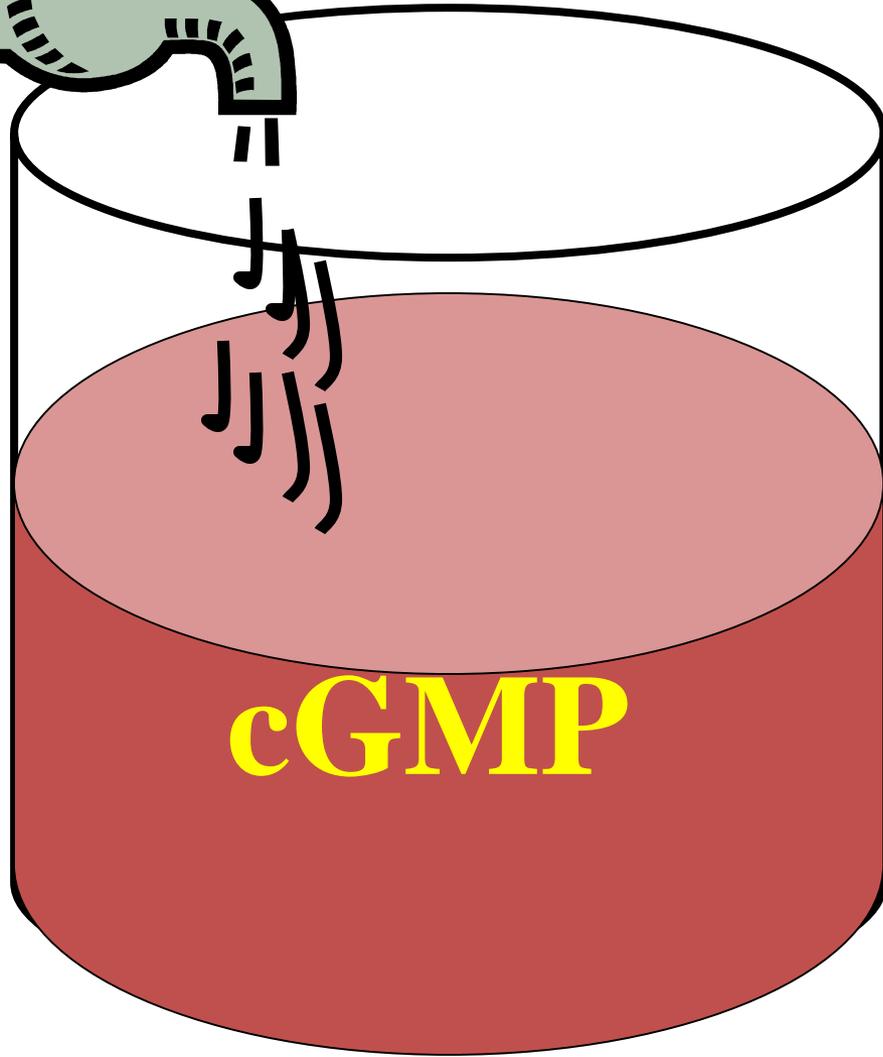
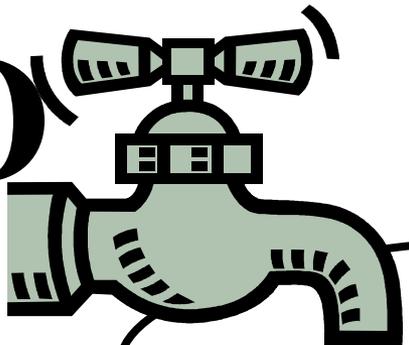
NO



cGMP

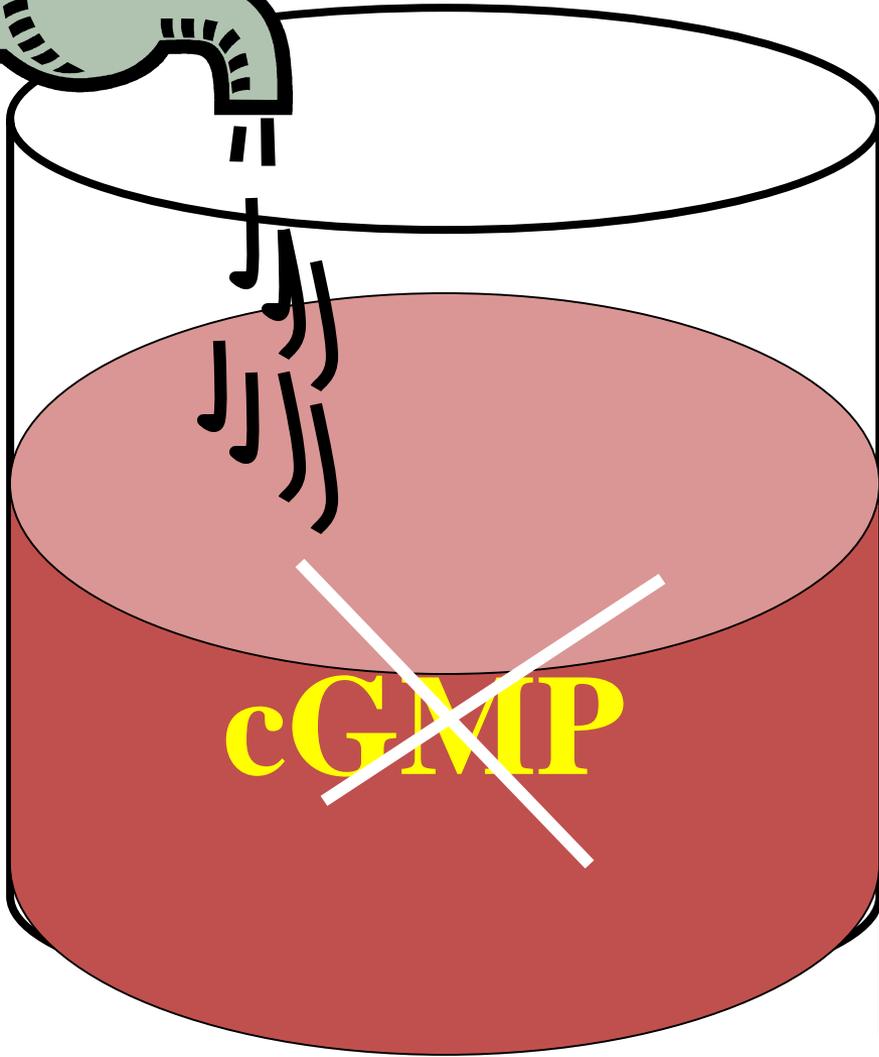
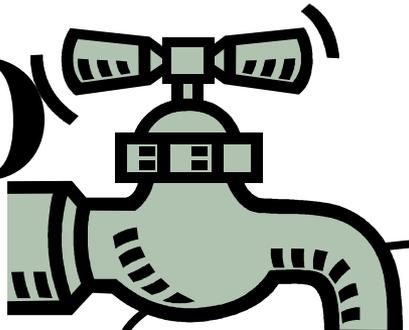


NO



cGMP

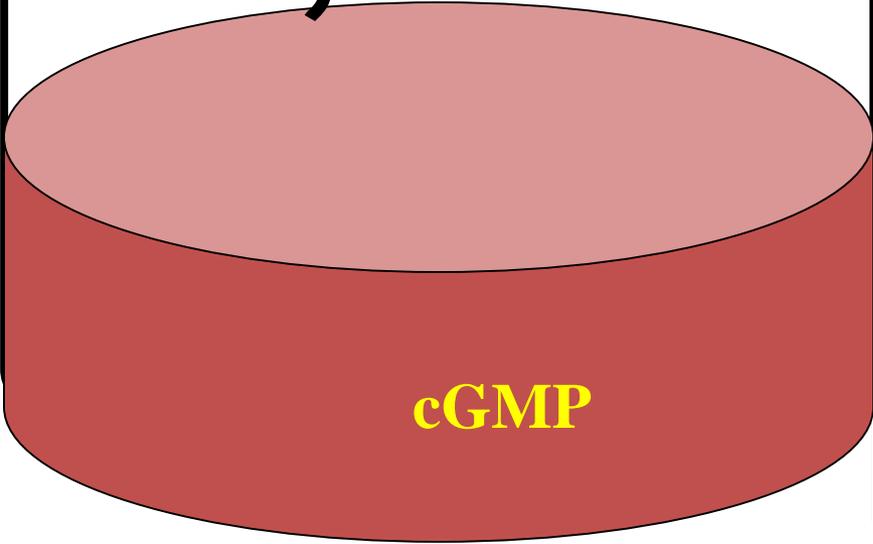
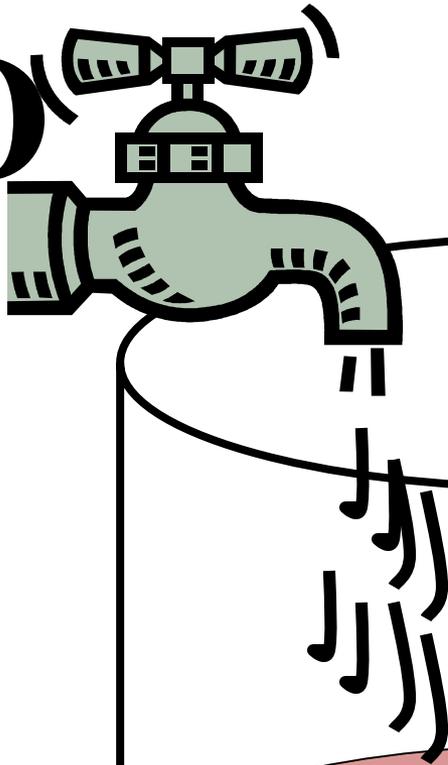
NO



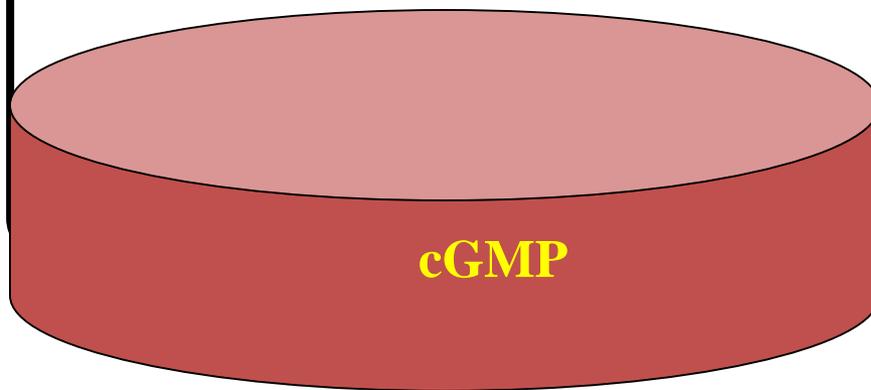
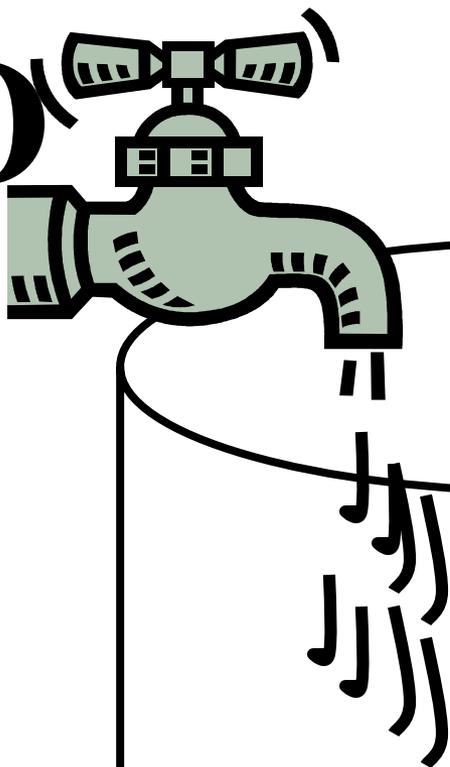
PDE



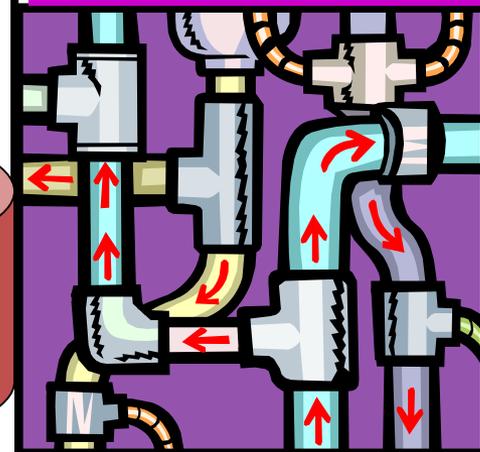
NO



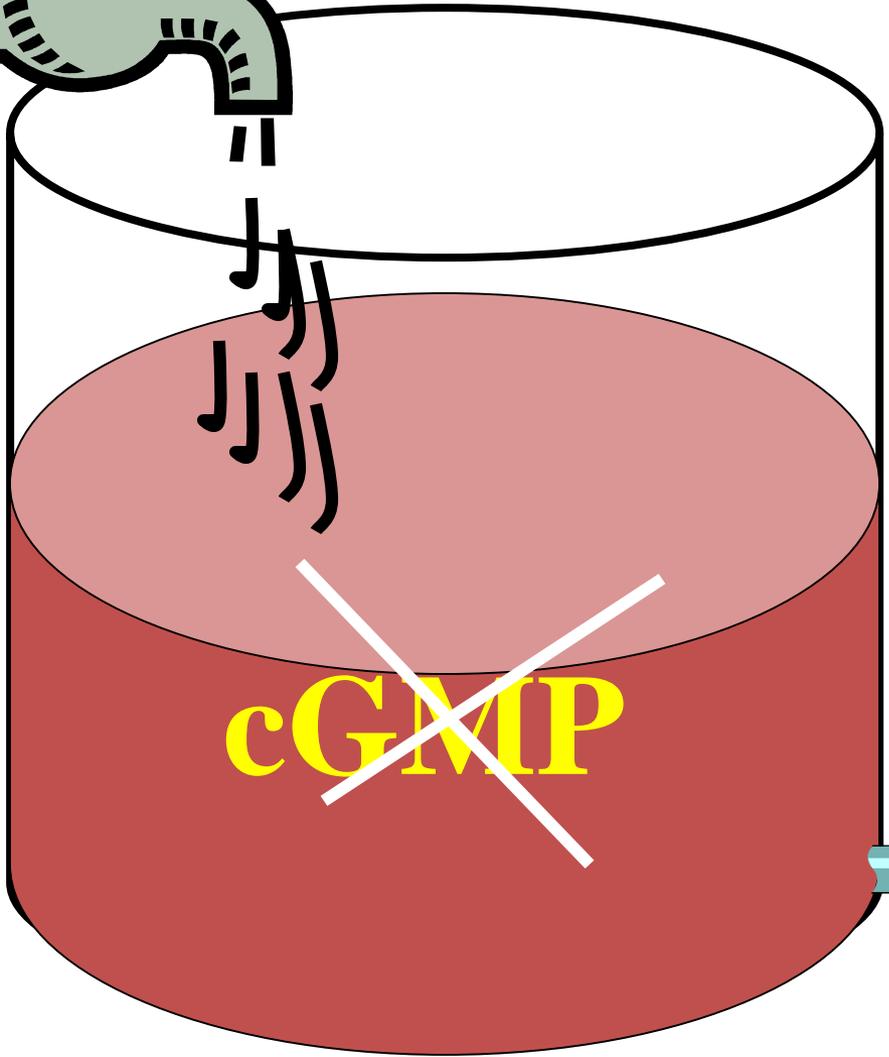
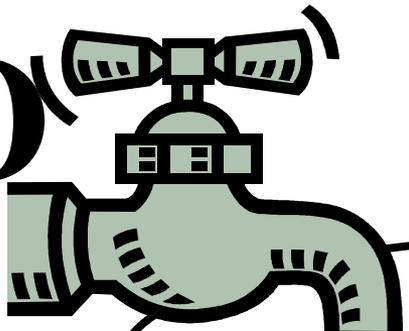
NO



PDE



NO



PDE5

~~cGMP~~

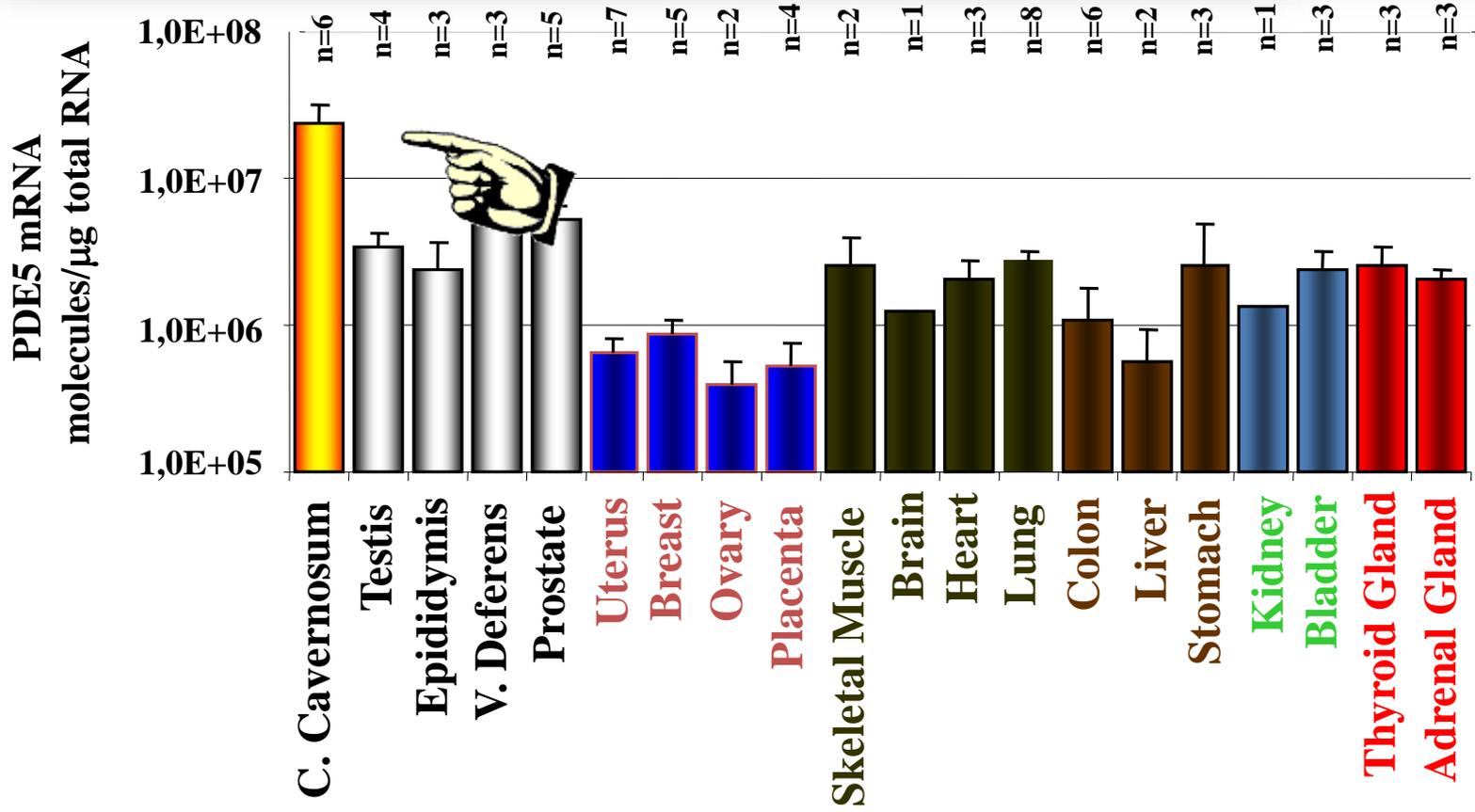
Ormoni nel lavandino



Androgens Regulate Phosphodiesterase Type 5 Expression and Functional Activity in Corpora Cavernosa

ANNAMARIA MORELLI, SANDRA FILIPPI, ROSA MANCINA, MICHAELA LUCONI, LINDA VIGNOZZI, MIRCA MARINI, CLAUDIO ORLANDO, GABRIELLA BARBARA VANNELLI, ANTONIO AVERSA, ALESSANDRO NATALI, GIANNI FORTI, MAURO GIORGI, EMMANUELE A. JANNINI, FABRIZIO LEDDA, AND MARIO MAGGI

Endocrinology 145(5):2253-2263
Copyright © 2004 by The Endocrine Society
doi: 10.1210/en.2003-1699



EPIDEMIOLOGIA DELLA D.E.



DISFUNZIONE ERETTILE - CAUSE

NON ORGANICHE

20-40%

- Generalizzata 15-25%
- Situazionale 5-15%

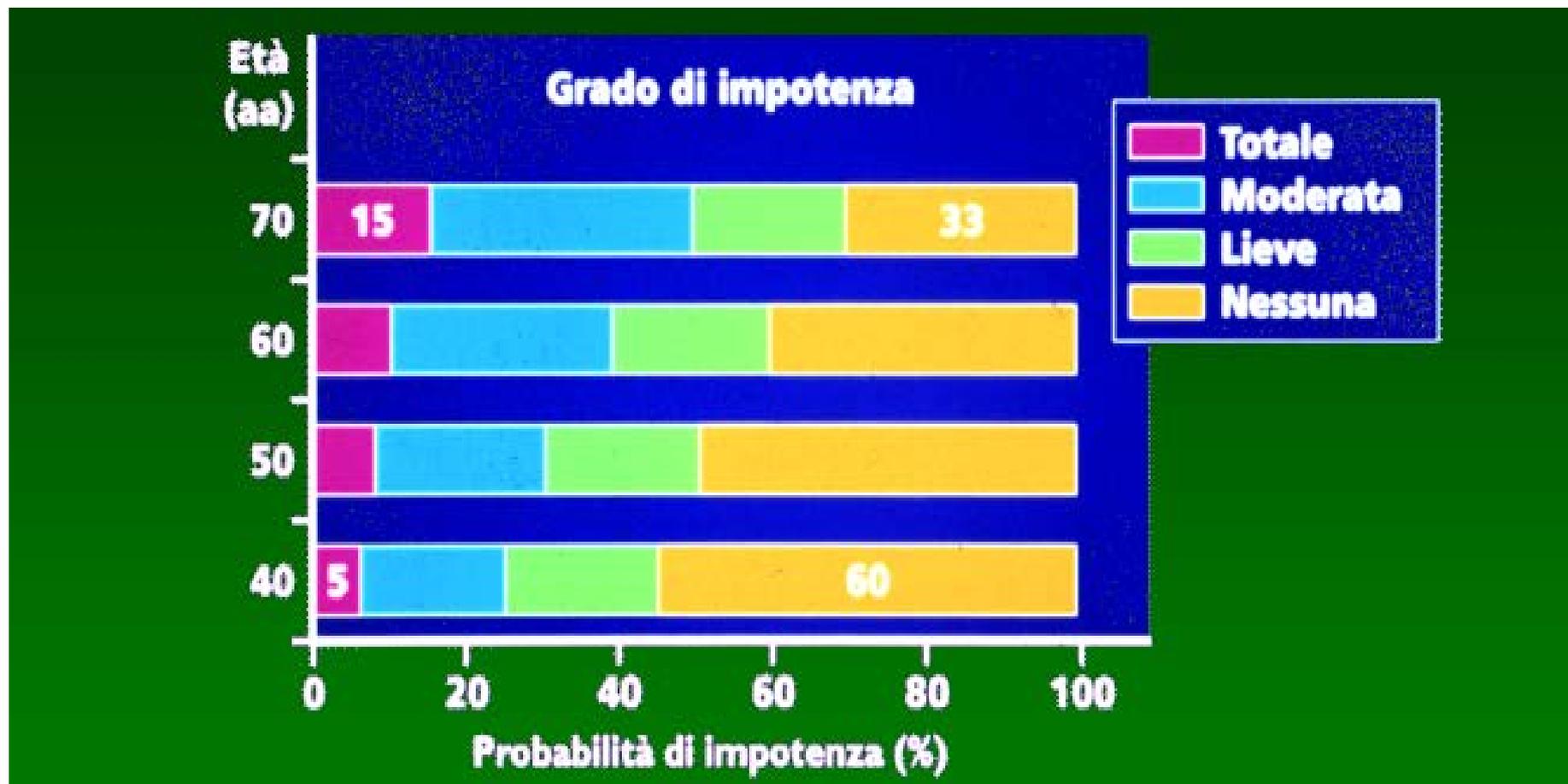
Nota: vi sono anche forme MISTE, peraltro frequenti (30-50%), dovute a cause organiche cui si sovrappongono cause psicogene che aggravano la DE

ORGANICHE

60-80%

- Vascolari 30-40%
- Neurogena 3-10%
- Endocrina
 - ↓ TE 7-10%
 - ↑ PRL 2-3%
- Iatrogena 15-20%
 - Altre [anatomiche (ipp, traumi penieni), m. sist. croniche, ecc.] < 3 %

Correlazione tra età e probabilità di disfunzione erettile (mmas, 1994-1300 soggetti)

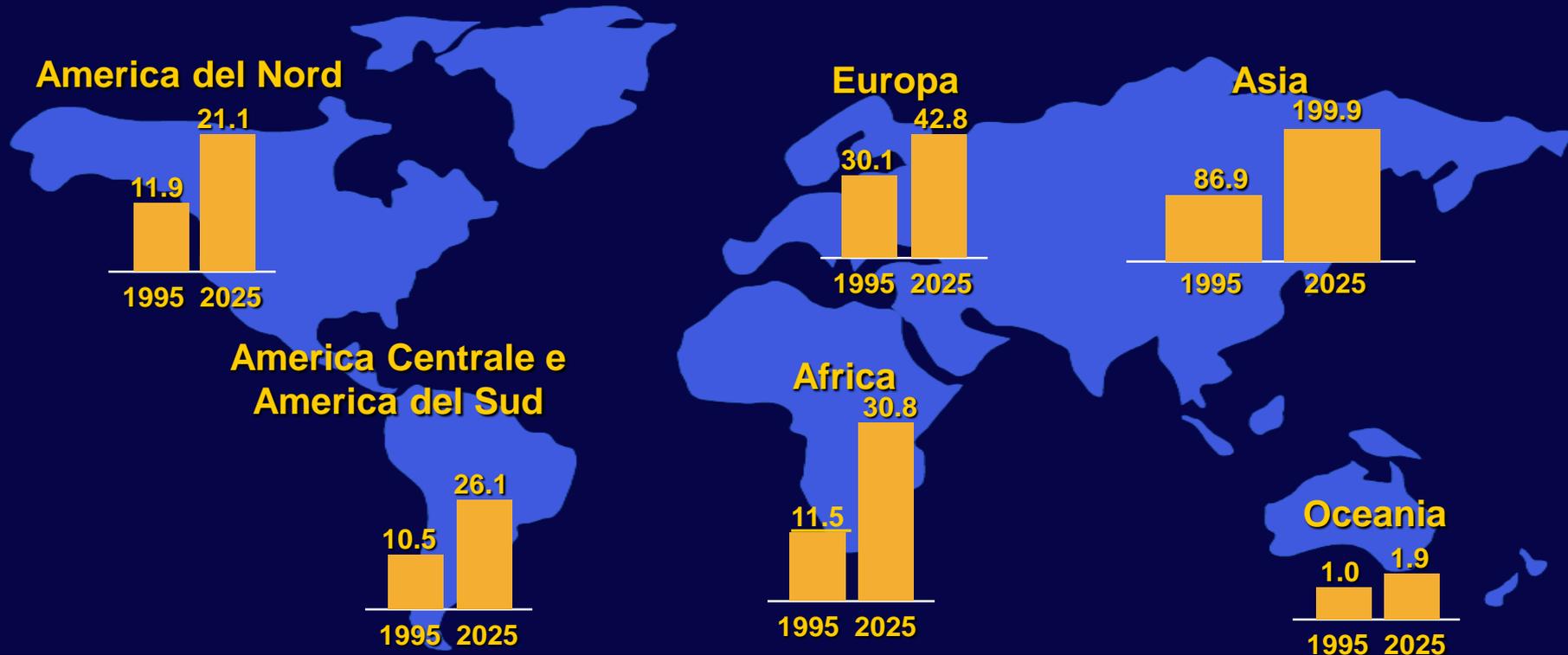


In Italia il 10 - 12% della popolazione maschile tra 18-65aa soffre di disfunzione erettile (2-3 milioni soggetti)

Dagli studi epidemiologici emerge che la disfunzione erettile:

- Ha una prevalenza estremamente elevata (35-65% degli adulti > 50 anni)
- L'incidenza aumenta con l'età
- E' una condizione ingravescente
- E' una condizione largamente non diagnosticata e non trattata
- Incide pesantemente sulla qualità della vita
- Può essere la prima presentazione di malattie quali il diabete mellito, la patologia aterosclerotica e la depressione

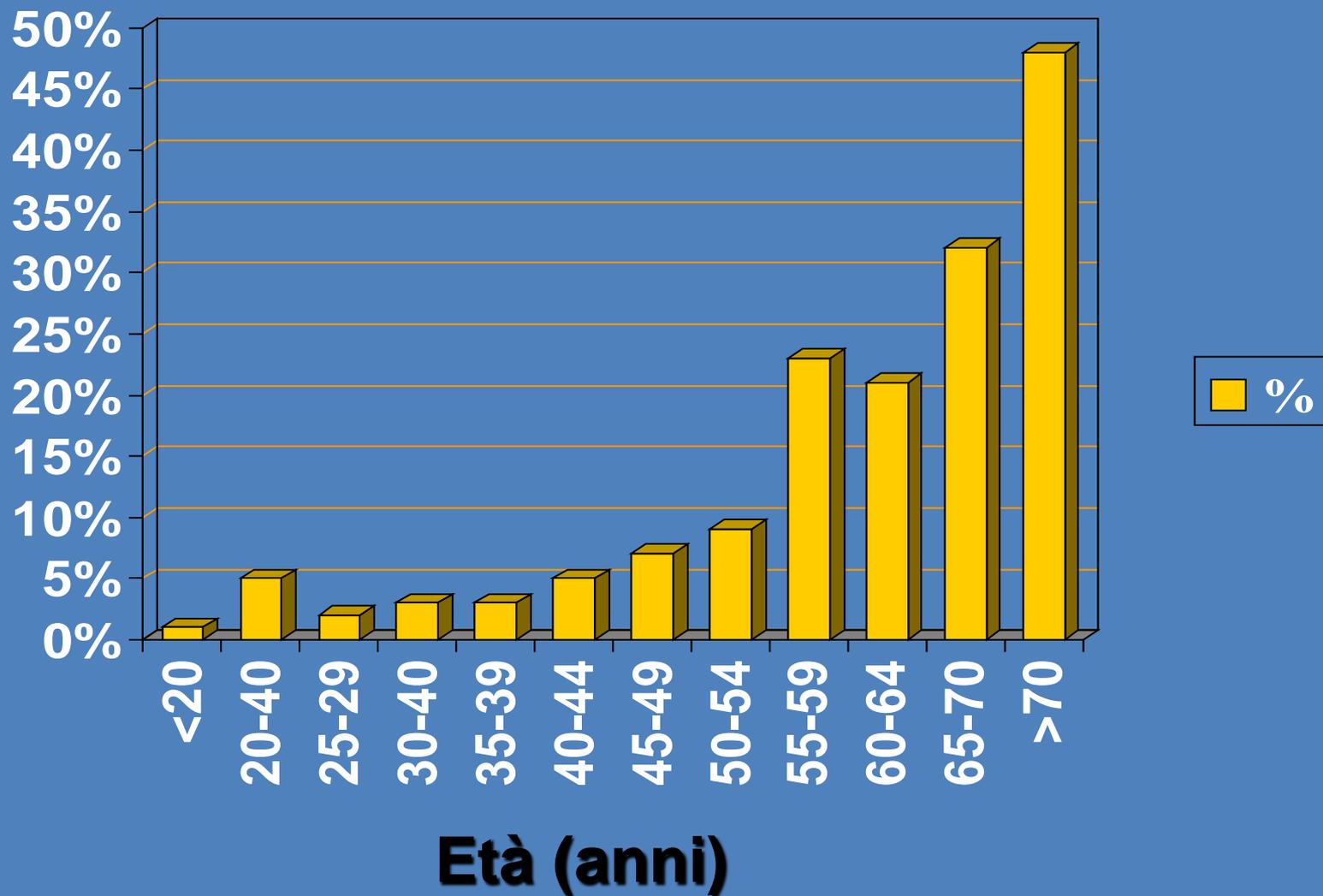
Previsione di incidenza della DE 1995-2025



**Aumento aggiustato per età di incidenza tra il 1995 e il 2025:
L'aumento totale mondiale è di 170 milioni (da 152 a 322 milioni)**

Aytac IA, et al. BJU Int 1999; 84: 50-56.

PREVALENZA DE IN ITALIA PER ETA':





PATOLOGIA DELL'EREZIONE

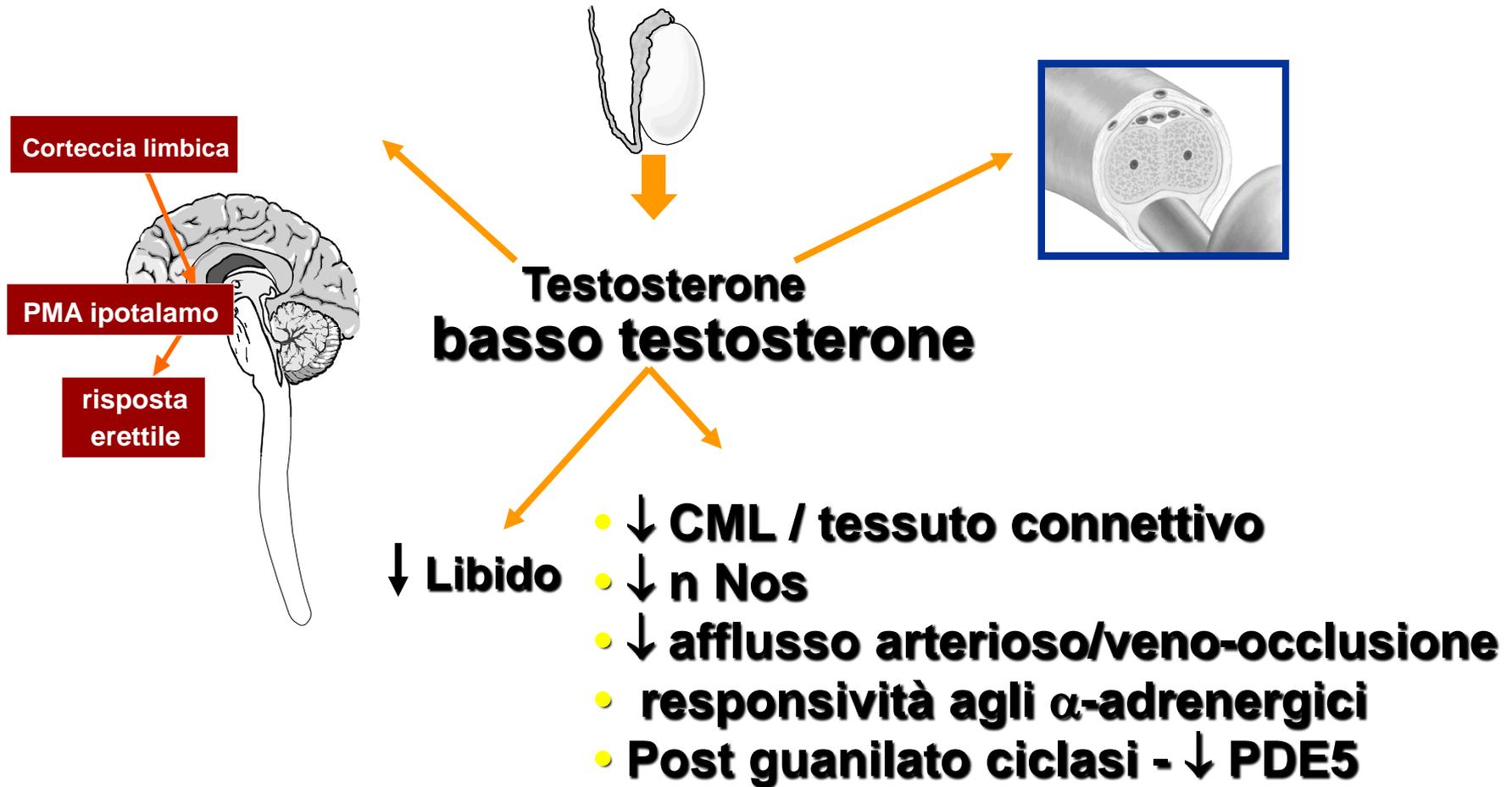
DISFUNZIONE ERETTILE (DE) :

NIH Consensus Development Panel on Impotence: “inabilità ad ottenere o mantenere una erezione adeguata per una soddisfacente attività sessuale”

NIH Consensus Development Panel on Impotence, JAMA 1993, 270:83

SINUS
OIDAL
VENOUS
ARTERIAL
HORMONO
PSYCHO
NEURO

Androgeni e funzione erettile



Principali Cause Neurogene di DE

➤ Sistema Nervoso Centrale

- **Sclerosi Multipla**
- **M. Parkinson**
- **M. Alzheimer**

➤ Midollo Spinale

- **Lesioni**
- **Compressioni**
- **Sclerosi multipla**
- **Spina bifida**

➤ Sistema Nervoso Periferico e Cauda Equina

- **Lesioni chirurg. n. pelvico**
- **Neuropatie periferiche da alcool, diabete, amiloidosi**
- **Danni da radiazioni ai n. pelvici**
- **Lesioni da frattura pelvica**
- **Erniazioni dei dischi intervertebrali**
- **Lesioni cauda equina**

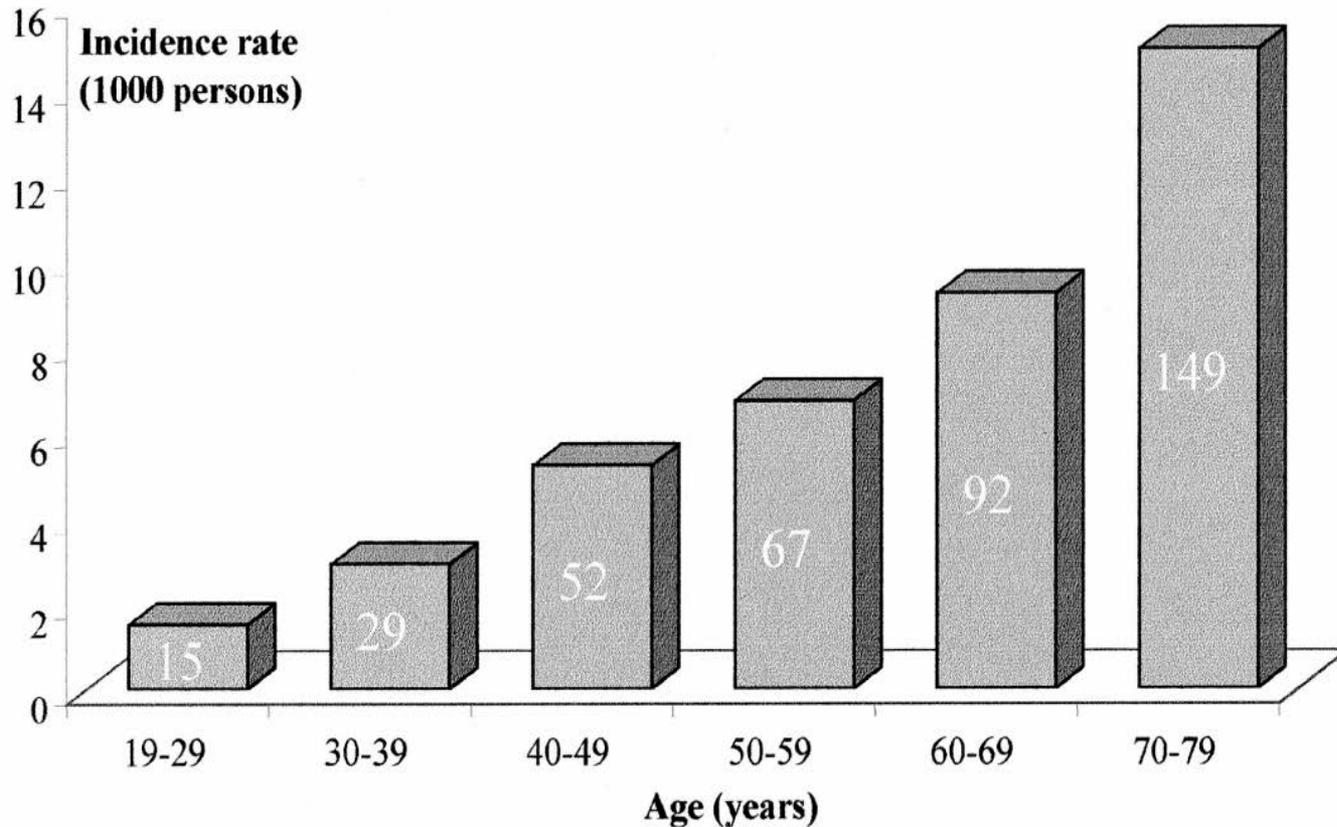
DE e Diabete



DE e diabete: Epidemiologia

- **Gli uomini affetti da DM sono a più alto rischio (3-
volte) di DE paragonati ai controlli normali**
- **La prevalenza di DE nella popolazione diabetica è tra il
35%-75% (media 50%), che è significativamente
maggiore che nella popolazione generale (15%)**
- **L'inizio della DE nella popolazione diabetica avviene
circa 10-15 anni prima della popolazione generale, ed è
correlata alla durata del diabete**

Incidenza (1000 persone/anno - 3 anni di follow-up) della DE in pazienti diabetici in Italia



Incidenza = 68 casi/1000 persone/anno
2 volte che nello studio MMAS della popolazione generale

D. Fedele et al., J Urol 2001

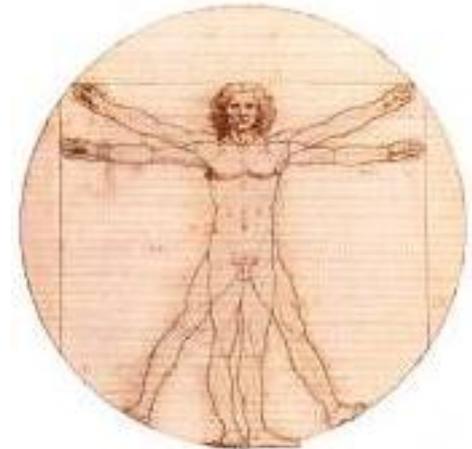
Incidenza di DE stratificata per tipo, durata e controllo del diabetes, e BMI

	Incidence/1,000 Pts. (95% CI)
Diabetes type:	
1	45 (28–62)
2	74 (63–84)
Diabetes duration (yrs.):	
1–5	47 (19–75)
6–10	55 (40–70)
11 or Greater	77 (65–91)
Metabolic control (% hemoglobin A1c):	
Good (less than 7.5)	52 (40–64)
Fair (7.5 to less than 9)	77 (61–93)
Poor (greater than 9)	90 (61–119)
Body mass index:*	
Normal (18.5–24.9)	51 (36–64)
Pre-obese (25.0–29.9)	70 (56–84)
Obese (greater than 30)	92 (68–116)

* No participant was underweight.

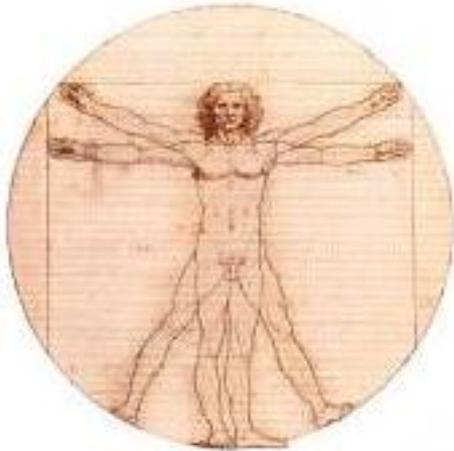
Mm. metaboliche e sessuopatie

- Le mm. metaboliche costituiscono per la sessuologia medica un ottimo **paradigma**. Sono infatti possibili tutte le etiologie:
 - PSICOGENE
 - VASCOLARI
 - NEUROLOGICHE
 - ENDOCRINE
 - IATROGENE



**Diabète,
le corps en
déséquilibre**

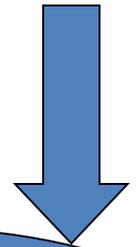
Il controllo metabolico



**Diabète,
le corps en
déséquilibre**

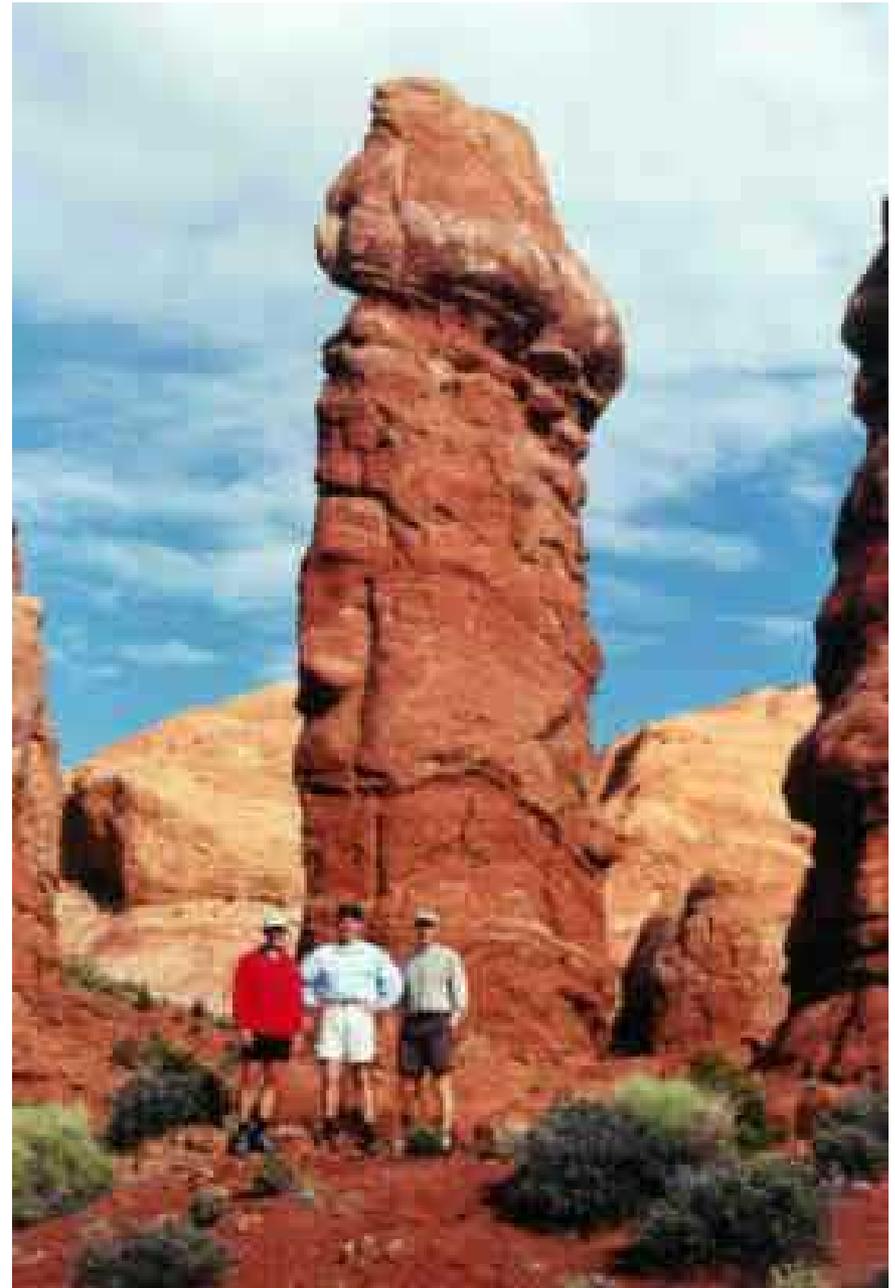
De Berardis et al.: *Diabetes Care*, 2002

I soggetti diabetici con
DE presentano un
peggior controllo
metabolico



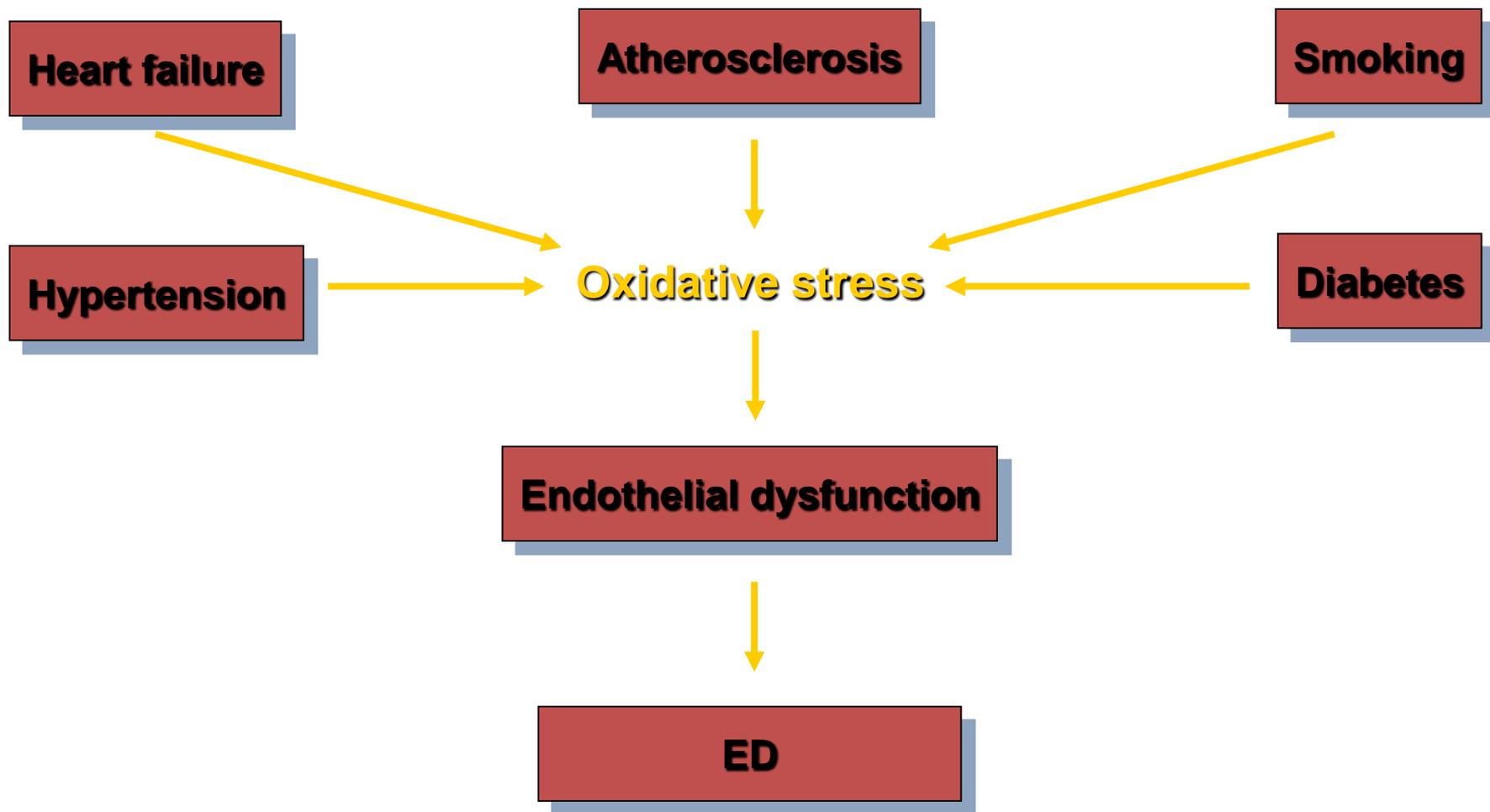
Quindi la DE è un marker
di controllo metabolico

FATTORI DI RISCHIO DELLA D.E.





La disfunzione endoteliale è un fattore di rischio per CVD e DE



Adapted from Rubanyi GM. J Cardiovasc Pharmacol 1993; 22 (Suppl 4): S1–S4

Fattori di rischio per la DE

Heart disease	2x
Hypertension	1.5 - 2x
Diabetes	3 - 4x
Depression	2 - 3.5x
LUTS	1.5 - 2x
Unemployment	2x
Low HDL-C	4x

Laumann EO, et al. J Am Med Assoc 1999; 281: 537-544.

Braun M, et al. J Impot Res 2001; 12: 305-11.

Presented at CAU meeting, September 2000, Buenos Aires, Argentina.

Farmaci antiipertensivi e DE

Diuretics

- Chlorthalidone
- HCTZ
- Spironolactone

α -Blockers

- Tamsulosin
- Terazosin

β -Blockers

- Propranolol
- Atenolol
- Labetalol

Central α -agonists

- Guanabenz
- Guanadrel
- Guanethidine

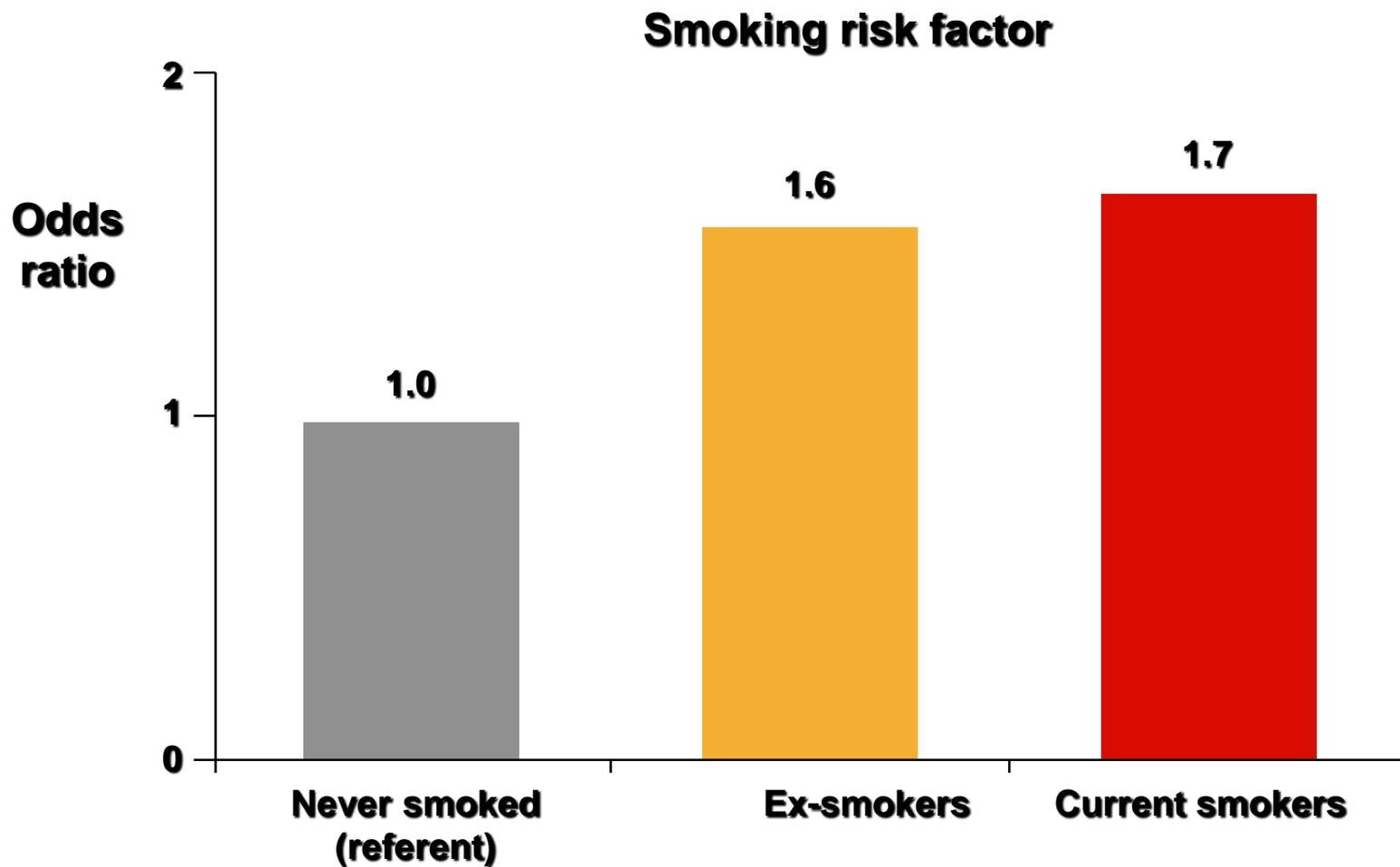
Sympatholytics

- Methyldopa
- Clonidine
- Reserpine

Vasodilators

- Hydralazine

Fumo e DE



Luciano De Crescenzo



Percorso diagnostico della disfunzione erettile





Gestione diagnostica della DE

I^a Visita

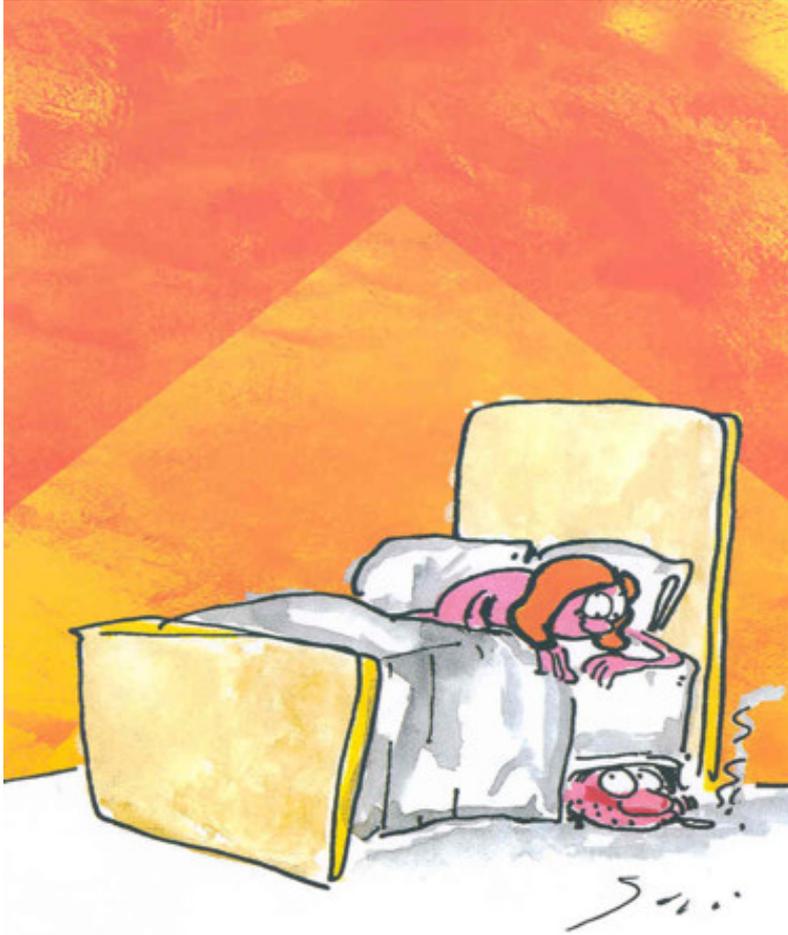
- Colloquio
 - Identificazione del problema
- Anamnesi
 - I^a valutazione DE (fattori di rischio organici e psicologici))
- I livello diagnostico
 - Esame obiettivo
 - Esami di laboratorio
 - Questionari
- Prospetto opzioni terapeutiche e follow up



Anamnesi

- ✓ **Facilitare il colloquio**
- ✓ **Educare il paziente e la sua partner**
- ✓ **Incoraggiare la comunicazione**
- ✓ **Caratterizzazione del problema**
- ✓ **Anamnesi**
 - ✓ **patologie associate**
 - ✓ **fattori di rischio**
 - ✓ **stile di vita**
 - ✓ **(abusi di sostanze ecc)**

Anamnesi DE



- ✓ **epoca di insorgenza**
- ✓ **modalità di insorgenza**
- ✓ **situazione relazionale**
- ✓ **situazione sessuale attuale**
- ✓ **erezioni notturne**
- ✓ **disturbi disurici**
- ✓ **uso di farmaci**



Scale di disfunzione erettiva (pencil and paper)

- **standardizzare la gravità dei sintomi**
- **monitorizzare l'efficacia di una terapia**
- ***IIEF* (Rosen RC et al. Urology, 1997)**

Questionario IIEF-5

- **Valutazione quantificabile della D.E.**
- **Controllo nel tempo**
- **5 domande**
 - **4 sulla funzione erettiva**
 - **1 sulla soddisfazione sessuale (componente psicologica)**

Scheda di Valutazione della Funzione Erettile (IIEF-5)

Nome del paziente _____

Data di valutazione _____

Istruzioni per il paziente

La sessualità è una parte importante del benessere psicofisico globale dell'individuo. La disfunzione erettile è un disturbo sessuale molto comune. Ci sono diverse opzioni terapeutiche disponibili per il trattamento della disfunzione erettile. Il questionario è stato creato per aiutare Lei e il Suo medico a riconoscere se Lei è affetto da disfunzione erettile e a discutere dei trattamenti disponibili.

Ciascuna domanda ha molte risposte tra le quali può scegliere quella che meglio descrive la Sua situazione. Per favore, risponda a tutte le domande tracciando un segno ☒, e scelga sempre una sola risposta.

Negli scorsi 6 mesi:

1. La Sua capacità di raggiungere e mantenere l'erezione è stata:

Molto bassa	Bassa	Moderata	Alta	Molto alta
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

2. Dopo la stimolazione sessuale ha raggiunto un'erezione sufficiente per la penetrazione:

Non ho avuto alcuna attività sessuale	Quasi mai/mai	Poche volte molto meno della metà delle volte	Qualche volta circa la metà delle volte	La maggioranza delle volte più della metà delle volte	Quasi sempre/ sempre
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

3. Durante il rapporto sessuale, è riuscito a mantenere l'erezione dopo la penetrazione:

Non ho tentato di avere rapporti sessuali	Quasi mai/mai	Poche volte molto meno della metà delle volte	Qualche volta circa la metà delle volte	La maggioranza delle volte più della metà delle volte	Quasi sempre/ sempre
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

4. Durante il rapporto sessuale, mantenere l'erezione fino alla fine del rapporto è stato:

Non ho tentato di avere rapporti sessuali	Estremamente difficile	Molto difficile	Difficile	Abbastanza difficile	Facile
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

5. Quando ha avuto un rapporto sessuale, ha provato piacere:

Non ho tentato di avere rapporti sessuali	Quasi mai/mai	Poche volte molto meno della metà delle volte	Qualche volta circa la metà delle volte	La maggioranza delle volte più della metà delle volte	Quasi sempre/ sempre
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

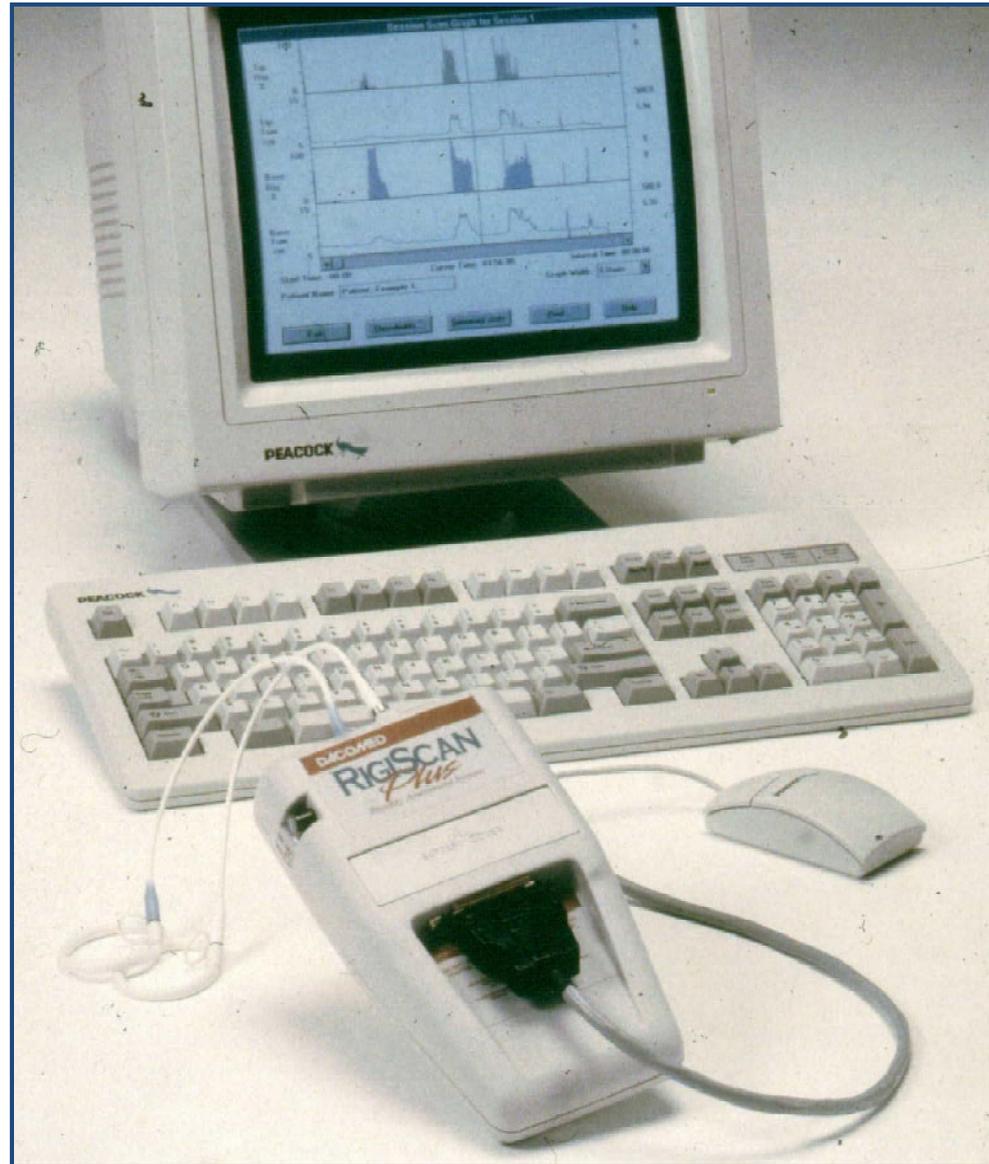
Punteggio

Se il punteggio è uguale o inferiore a 21, è probabile che Lei soffra di disfunzione erettile. Sarebbe utile parlarne col Suo medico.

RIGIDOMETRIA NOTTURNA PENIENA



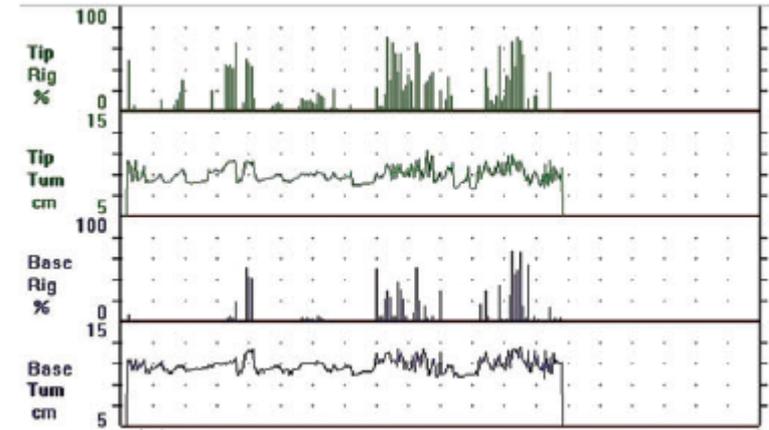
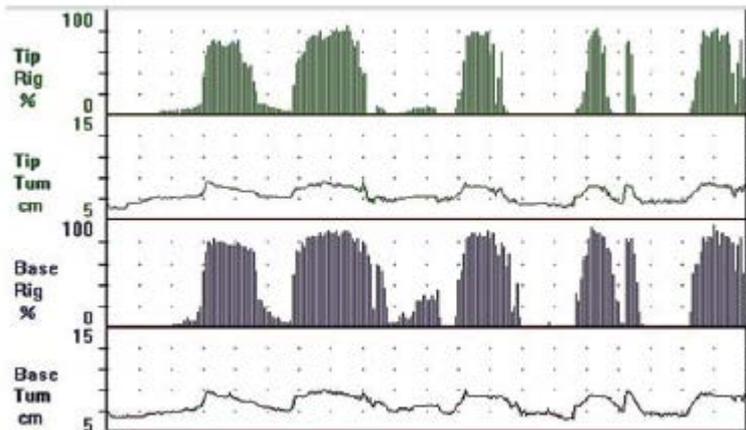
RIGISCAN



Controversies in Sexual Medicine

Use and Abuse of Rigiscan in the Diagnosis of Erectile Dysfunction

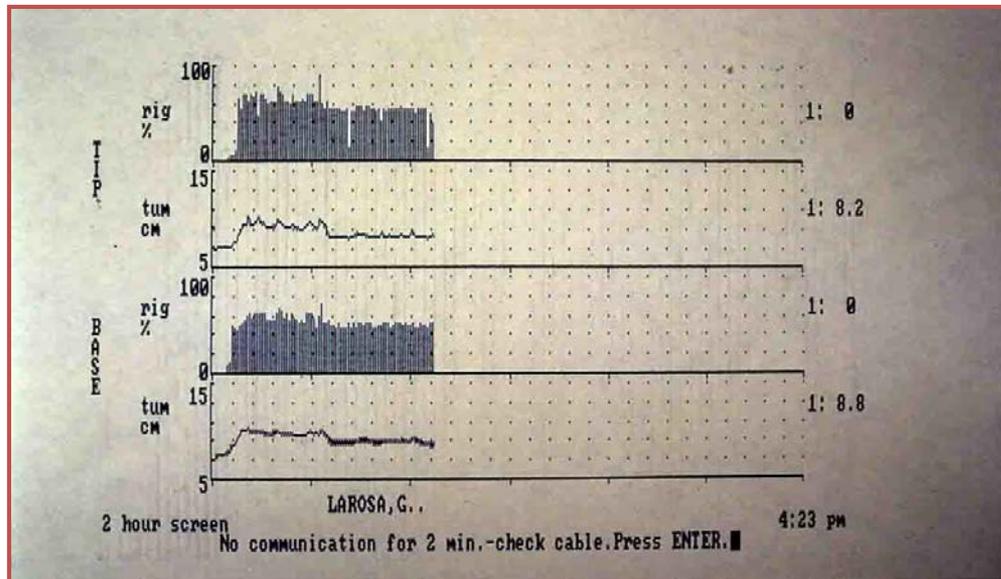
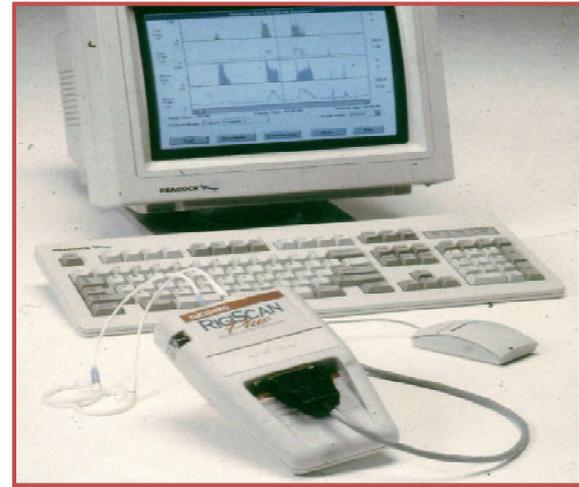
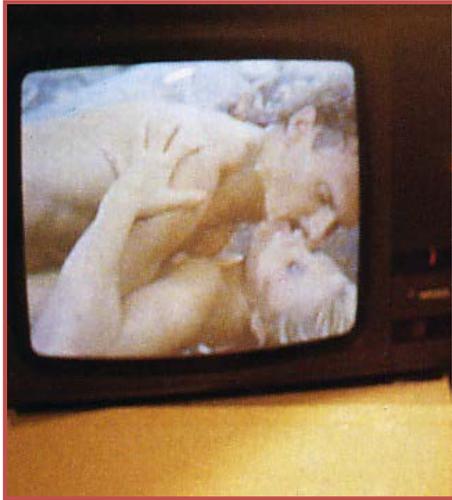
Emmanuele A. Jannini, MD,* Antonio M. Granata, PhD,† Konstantinos Hatzimouratidis, MD,‡ and Irwin Goldstein, MD§



AUDIO VIDEO SEXUAL STIMULATION



RIGISCAN IN REAL TIME



ECOCOLOR DOPPLER PENIENO DINAMICO

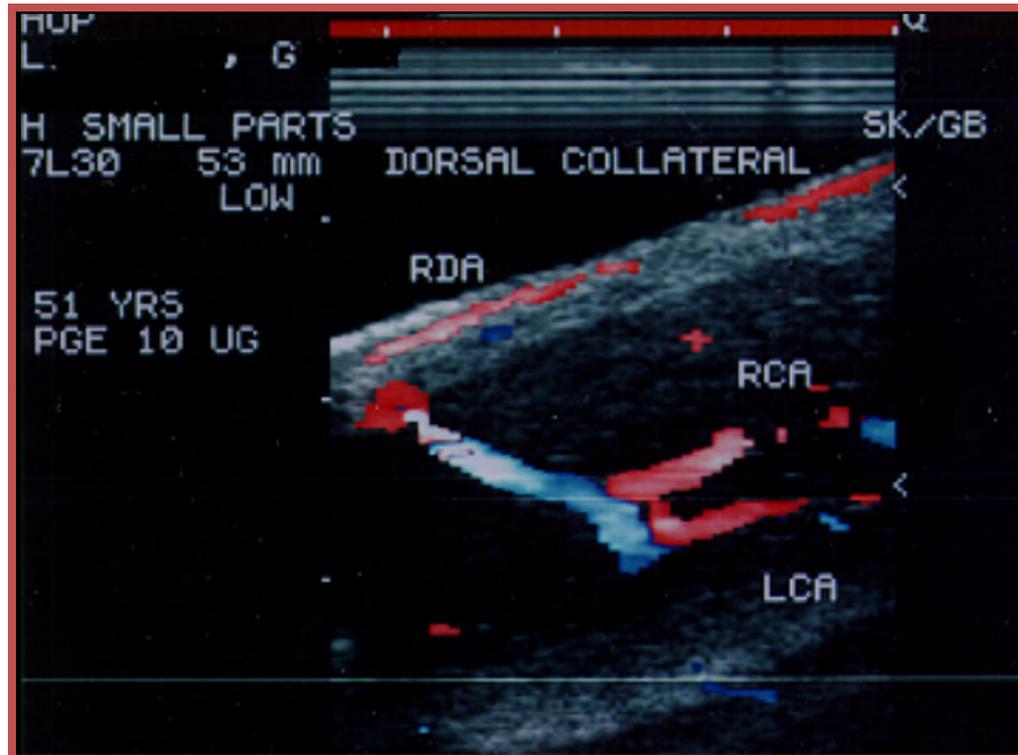


ECOCOLOR DOPPLER PENIENO

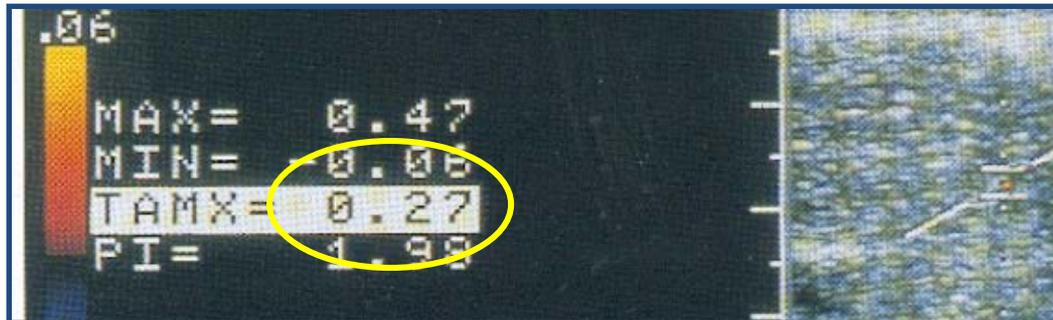
Sonda 7,5 - 10 MHZ

Studio Morfologico ed Emodinamico del pene

Valutazione basale e dinamica (PGE1 10 μ g) 5-10-15-20 minuti

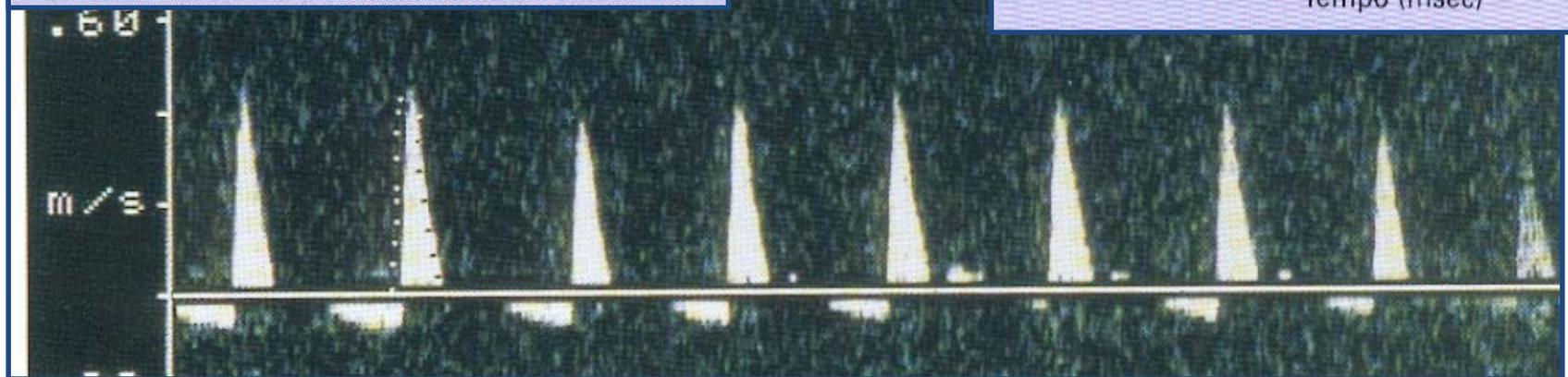
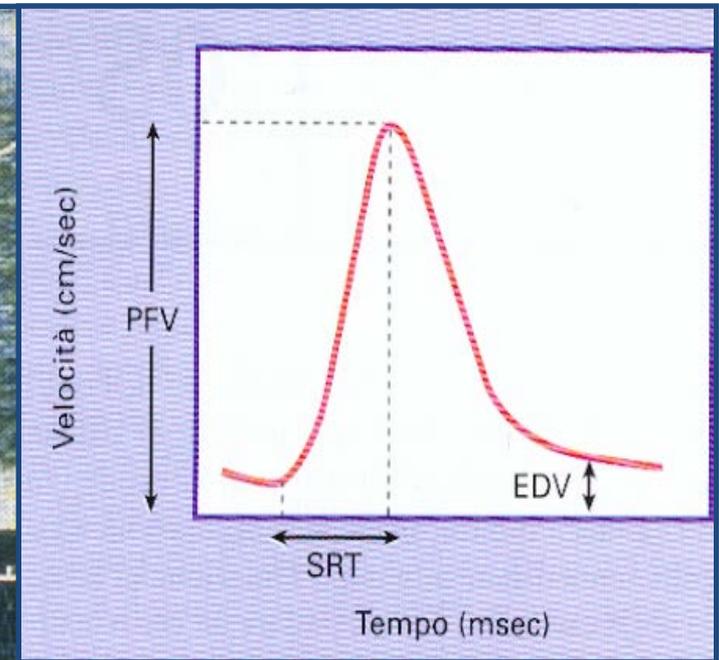


ECOCOLORDOPPLER PENIENO NORMALE

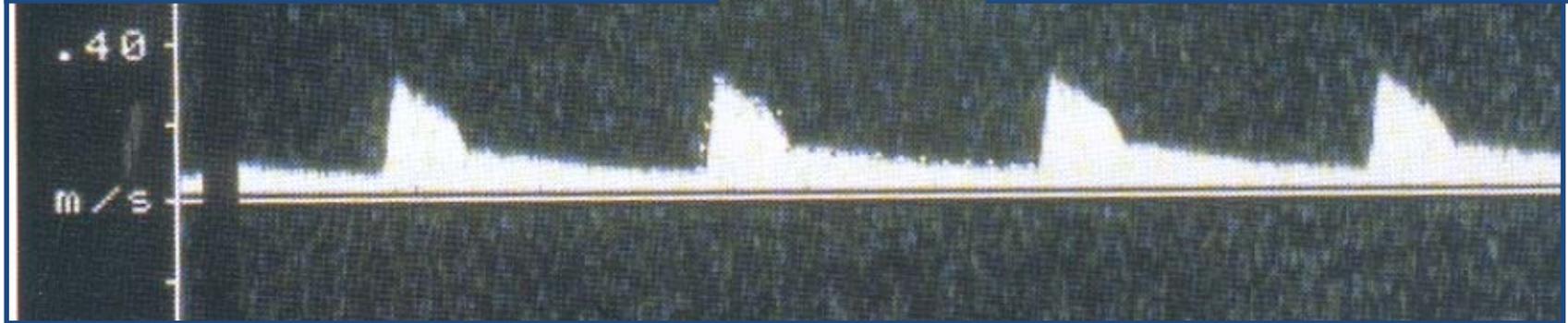
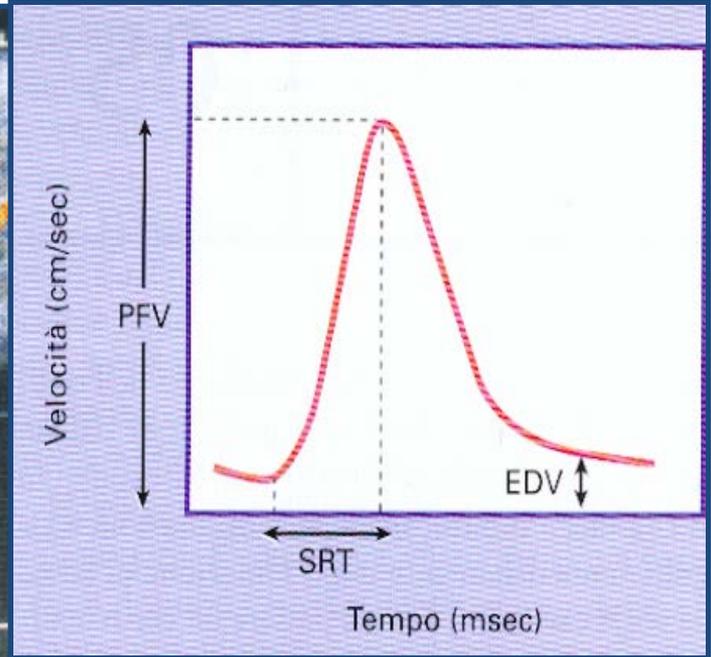
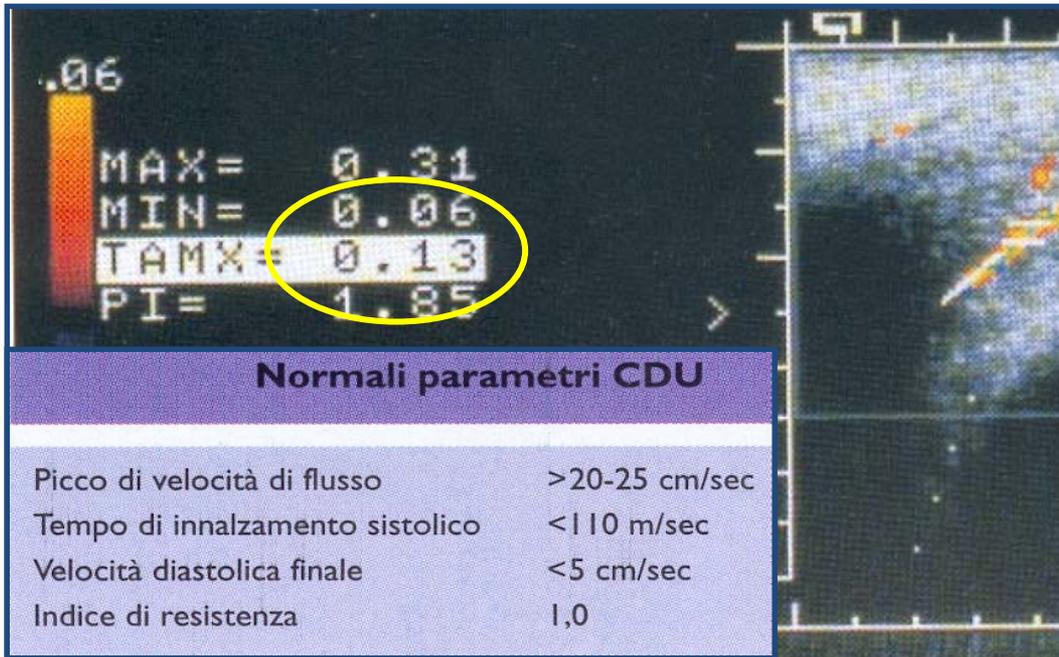


Normali parametri CDU

Picco di velocità di flusso	>20-25 cm/sec
Tempo di innalzamento sistolico	<110 msec
Velocità diastolica finale	<5 cm/sec
Indice di resistenza	1,0



ECOCOLORDOPPLER PENIENO PATOLOGICO INSUFFICIENZA ARTERIOSA



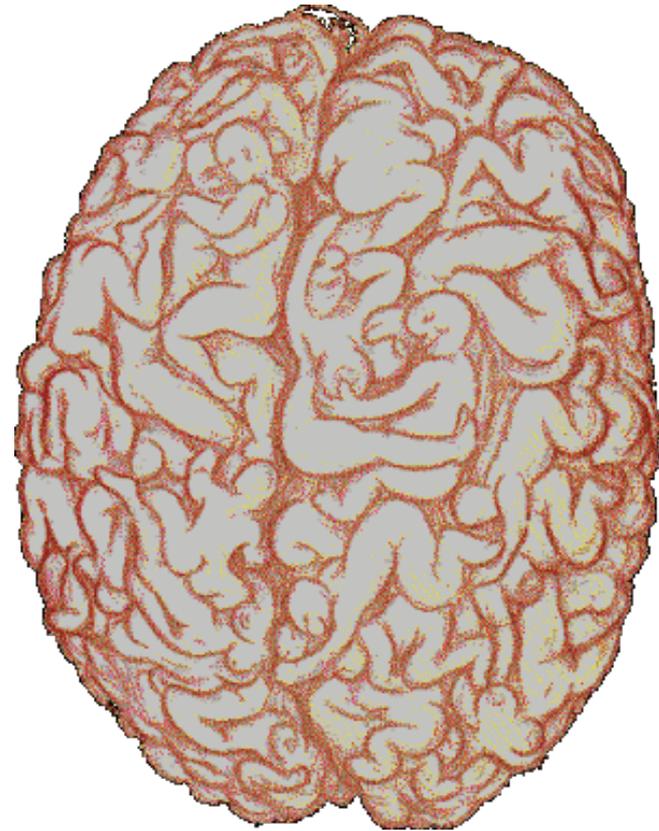


DIAGNOSTICA NEUROLOGICA

TEST NEUROLOGICI

- **Biotesiometria:** misura la soglia di sensibilità vibratoria peniena
- **Studio della velocità di conduzione del nervo dorsale del pene**
- **Studio del riflesso bulbo-cavernoso:** esplora l'arco riflesso pudendo-pudendo (stimolo elettrico del n.pudendo e registrazione attività elettromiografica in un muscolo innervato dallo stesso nervo, es. m. bulbocavernoso.)





PSICOSSUOLOGIA DELL'IMPOTENZA

Cause psicologiche di impotenza

- Timore di insuccesso
- Timore di essere abbandonato
- Incapacità di abbandonarsi alle proprie sensazioni
- Condizionamenti sessuofobici
- Mancanza di coinvolgimento (relazionale)
- Eccessivo coinvolgimento (novità)
- Stress



Difficoltà relazionali



Per miriadi di ragioni:

Cattiva prestazione sessuale



paura



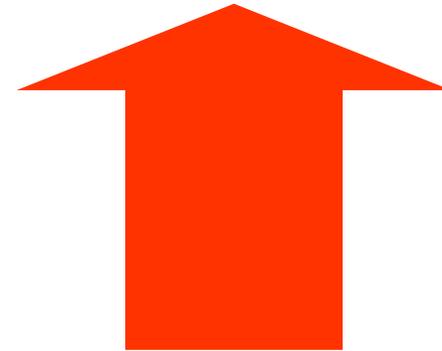
Cattiva prestazione sessuale



molta paura



TERRORE



Tremenda prestazione sessuale



Ansia da
prestazione



TERRORE



"Ora devo fare meglio..."

"...Meglio non fare nulla..."

"...Stasera guardo TV7..."

"...Non mi guarda più..."

"...Non gli piaccio più..."

"...Avrà un'altra..."

Terapia e psicoterapia

Il testosterone

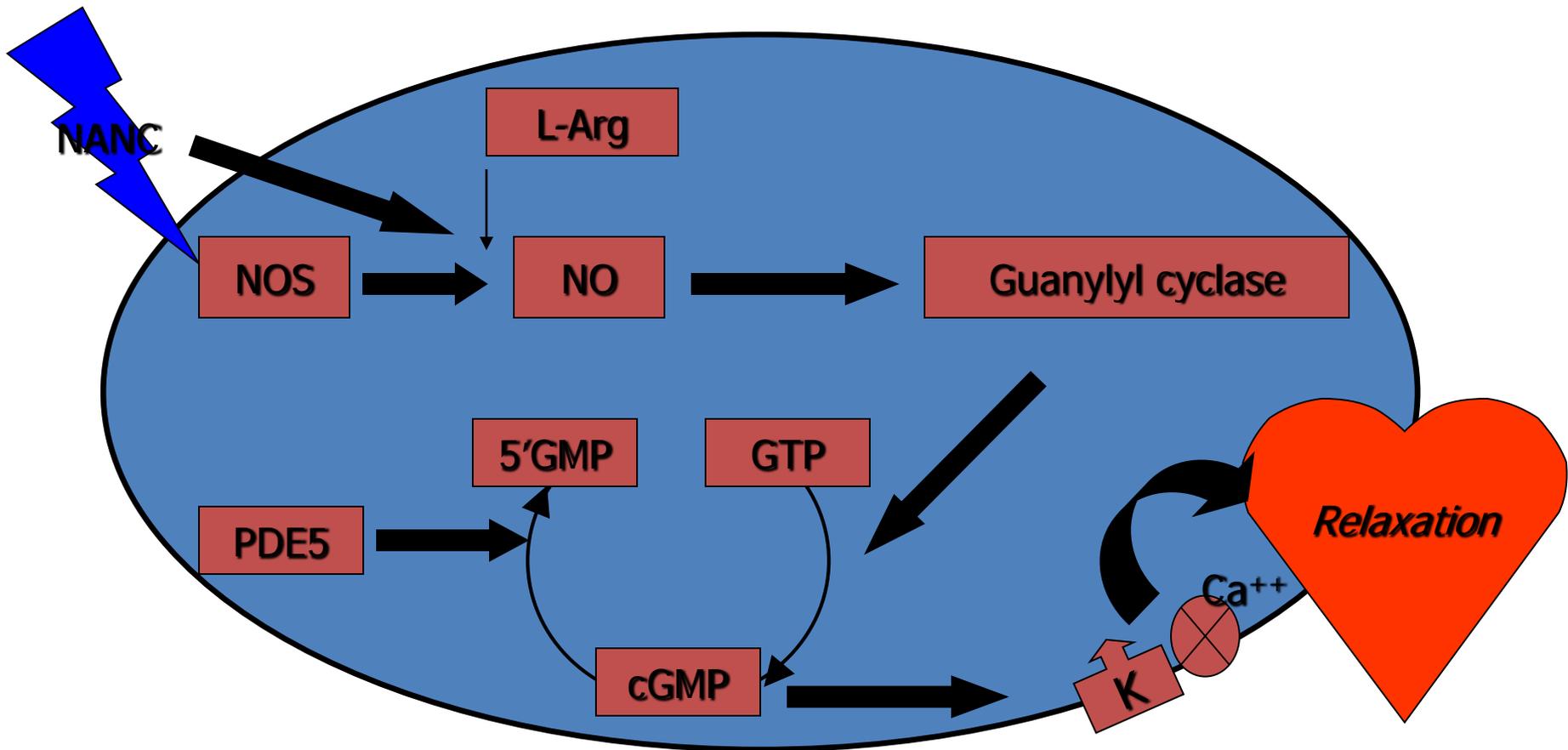
- ORALE:
 - T undecanoato: 120-240 mg/die
- PARENTERALE:
 - T enantato: 200 mg 2 vv. mese
 - T enantato + T propionato (depot)
 - T undecanoato (1000 mg ogni 3-4 mesi)
- TRANSDERMICO:
 - Androderm: 1-2 cerotti/die
 - Androgel – di prossima disponibilità



◆ **Indicazioni:** ipogonadismo

◆ **Controindicazioni:** eritrocitosi, ipertrofia complicata e K prostata.

Gli inibitori della PDE5



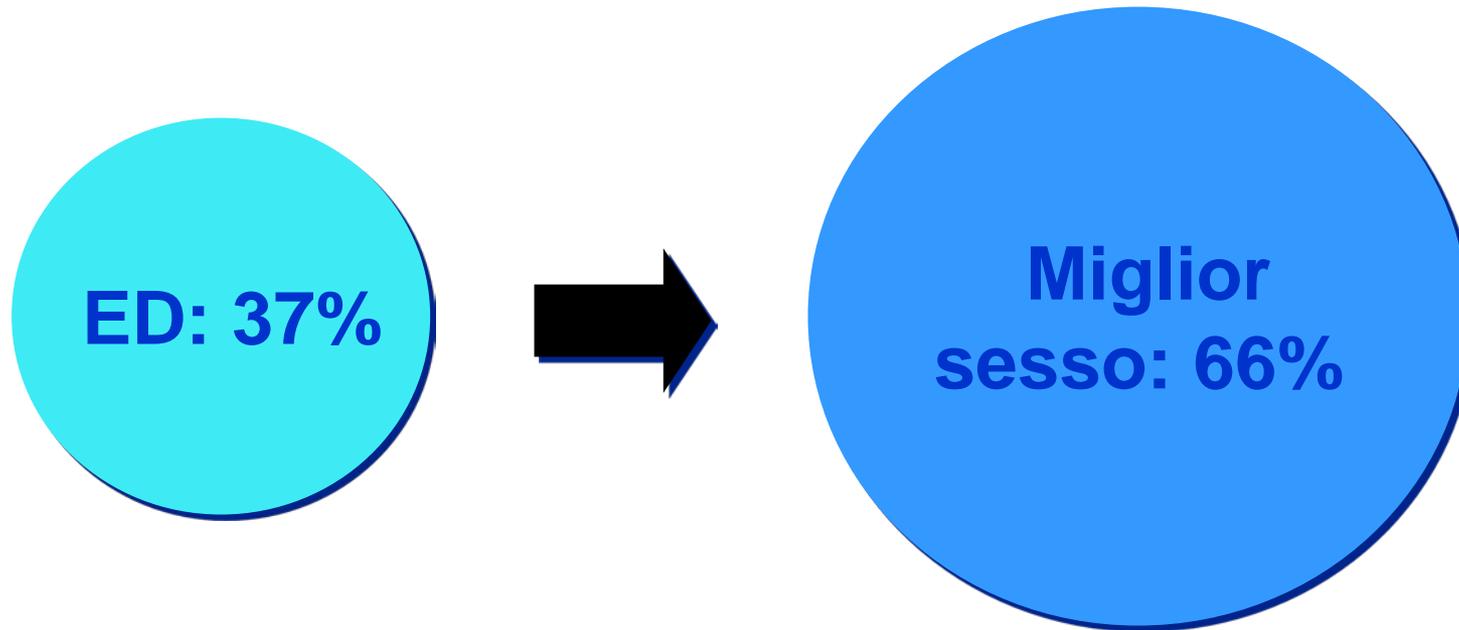
L'importanza del medico



- Il ruolo del medico nel modulare e indirizzare la terapia con PDE5i è essenziale.
- Il medico deve saper **scegliere attentamente le parole** (pochissime e semplici) con cui presenta e caratterizza il farmaco.

Gli uomini preferiscono richiedere un trattamento per la miglior qualità sessuale piuttosto che un trattamento per la DE

Proporzione di uomini che riportano un decremento della funzione erettile e che sono maggiormente interessati a chiedere al medico una ricetta per...



Erectile Dysfunction: il vecchio significato

La disfunzione erettile: **l'incapacità di ottenere e/o mantenere un'erezione** sufficiente per una performance sessuale soddisfacente”

—*National Institutes of Health*

Erectile Dysfunction: il Nuovo approccio

Disfunzione erettile è “l’incapacità di ottenere e/o mantenere **penile un’erezione sufficiente per una soddisfacente performance sessuale.**”

—*National Institutes of Health*

Cosa vogliono gli uomini con ED?

- Erezioni presenti quando è necessario che ci siano
- Erezioni rigide e durature nel tempo
- Erezioni consistenti e affidabili
- Capacità di soddisfare se stessi e le loro partner
- Autostima



Declinazione del tema della **NOVITA'**

- Il medico deve sapere a chi indirizzare questo messaggio **NUOVO**
- La novità comunque genera interesse appassionato



Caratteristiche dell'elemento rivoluzionario

Tre sono gli elementi di forza di un nuovo farmaco:

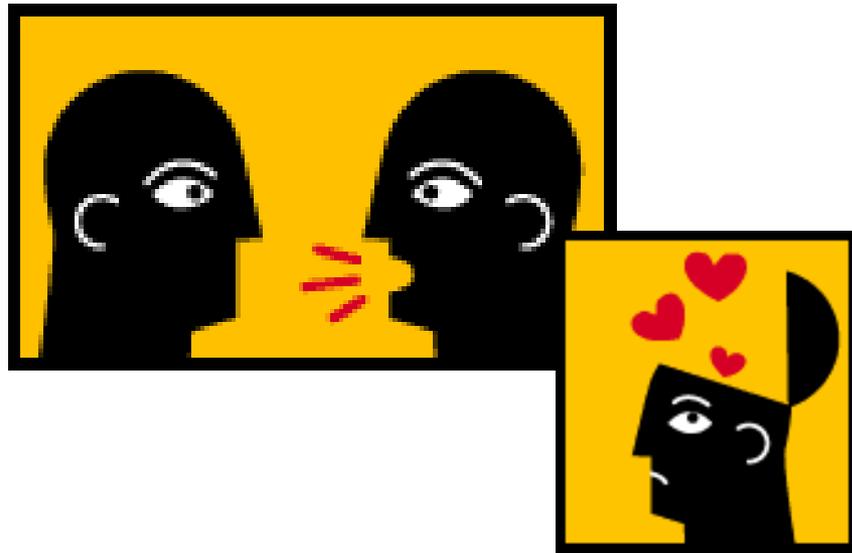
- la velocità di azione
- Il profilo di tollerabilità
- L'affidabilità



Comunicare

Quali sono i messaggi che trasmetto ai miei pazienti?

- contaci
- ho una novità per te **COSTRUITA SUI TUOI BISOGNI**



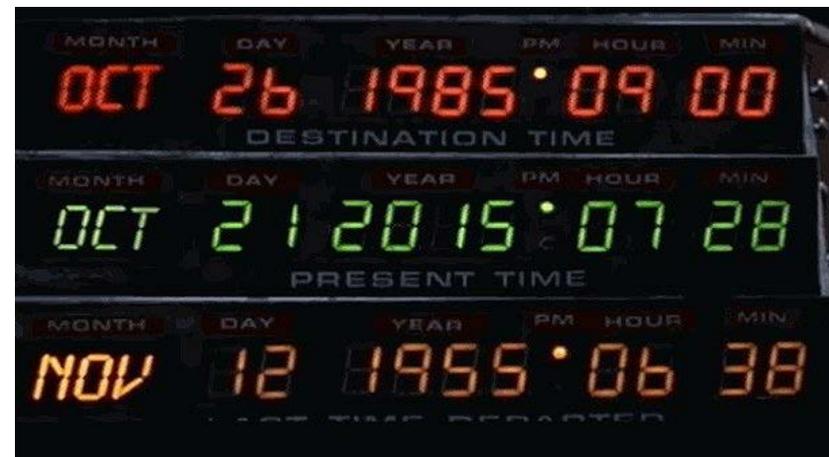
Caratteristiche farmacocinetiche dei PDE5

Characteristic	PDE5 inhibitor			
	Avanafil	Sildenafil	Vardenafil	Tadalafil
T_{max} (range)	30–45 min	30–120 min	30–120 min	Not reported
T_{max} (median)	0.5-0.75 h	1 h	1 h	2 h
Effect of food on T_{max}	Delayed by 1.25 h	Delayed by 1 h	Delayed by 1 h	None
Plasma protein binding	99%	96%	95 %	94%
Half-life	6–17 h	3–5 h	4–5 h	17.5 h (mean)
Accumulation in plasma	None	Not reported	None	Not reported
Effect on exposure/clearance, of:				
Age	None	Reduced clearance	Reduced clearance	Reduced clearance
Mild renal impairment	None	None	None	Increased exposure
Moderate renal impairment	None	None	None	Increased exposure
Severe renal impairment	No data	Increased exposure	Increased exposure	Increased exposure
Mild hepatic impairment	None	Increased exposure	Increased exposure	None
Moderate hepatic impairment	Reduced exposure	Increased exposure	Increased exposure	None
Severe hepatic impairment	Not studied	Not studied	Not studied	Limited data



“Back to the future” of the love pills

- On demand vs. chronic ?
- Curative vs. Symptomatic ?
- Short acting vs. long-acting ?
- Does pharmacokinetics matter?

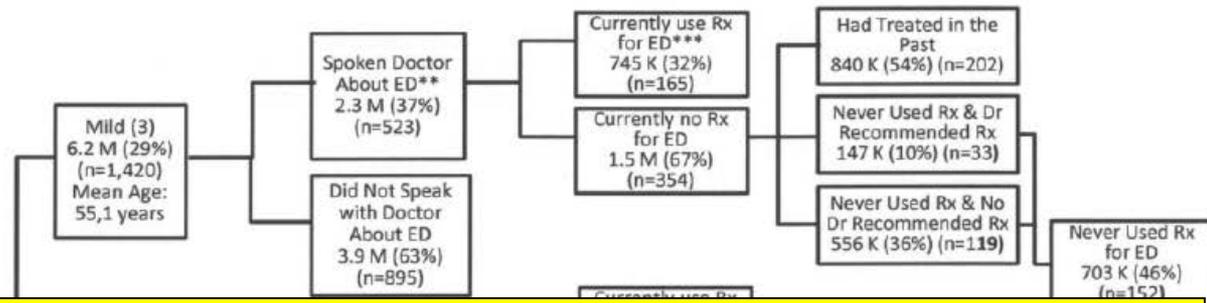


Health-Related Characteristics and Unmet Needs of Men with Erectile Dysfunction: A Survey in Five European Countries

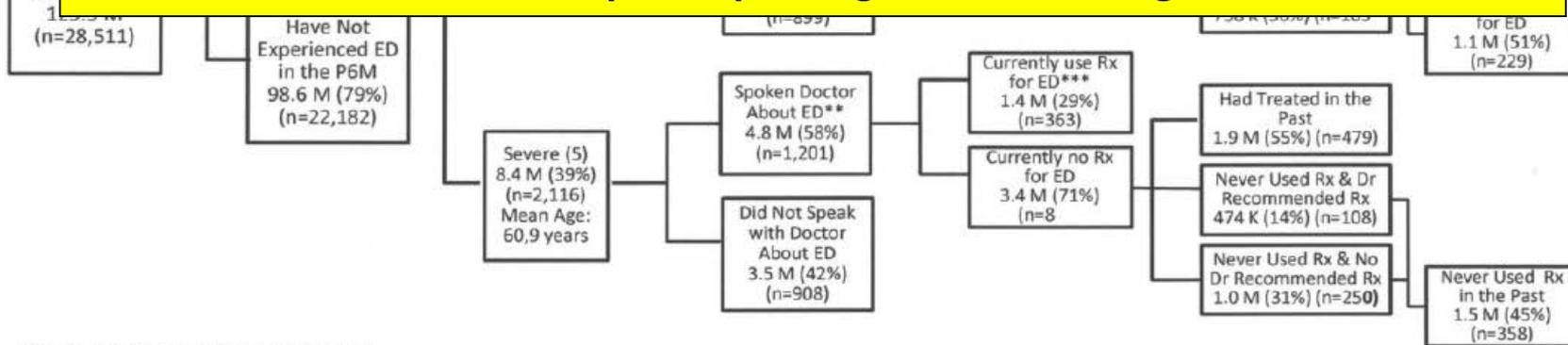
Emmanuele A. Jannini, MD,* Nikoletta Sternbach, BBA,[†] Erika Limoncin, PsyD, PhD,* Giacomo Ciocca, PsyD, PhD,* Giovanni Luca Gravina, MD,* Francesca Tripodi, PsyD,[‡] Irene Petruccelli, PhD,[§] Sylvia Keijzer, FH,^{||} Gina Isherwood, PhD,** Britta Wiedemann,^{††} and Chiara Simonelli, PhD^{+,‡‡}

4

Jannini et al.



New therapies that overcome some of the limitations of current treatments (e.g., those offering greater discretion or flexibility) may help to reduce the stigma of ED, and encourage uptake of and continuation with therapy.need for a new therapeutic paradigms in ED management.



Daily Dosing of PDE5 Inhibitors: Where Does it Fit in?

King Chien Joe Lee · Gerald B. Brock

for ED treatment?

Table 1 Overview of the clinical applications of daily PDE5-Is in urological conditions

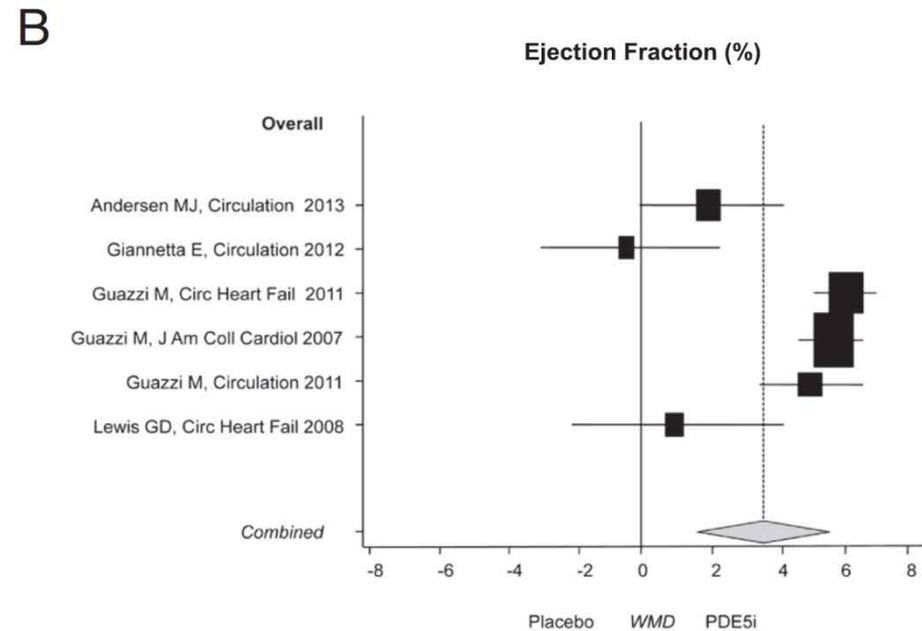
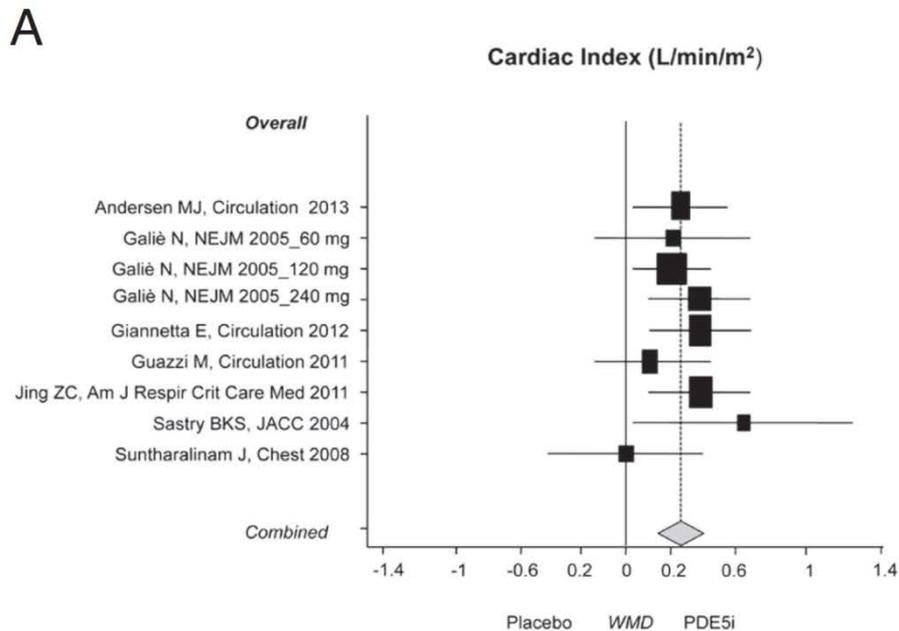
Indication and therapeutic benefits of daily PDE5-Is	Level of evidence #	Comments
Erectile dysfunction:		
Can reduce performance anxiety caused by the direct association between intercourse and on-demand PDE5-Is	3 [9]	Use in selected patients with anxiety associated with on-demand PDE5-Is
Can improve ejaculatory disorders that coexist with ED	1 [11, 23]	Use in patients with ED and ejaculatory disorders.
An effective salvage option for hard-to-treat patients who failed on-demand PDE5-Is	2 [12]	Use in patients who failed initial therapy with on-demand PDE5-Is
Can moderate the endothelial dysfunction causing ED	5 [14–16]	More evidence needed
BPH-LUTS		
Can reduce LUTS significantly as a monotherapy	1 [19–21, 24••]	Can use as monotherapy for LUTS
Can reduce LUTS and improve ED concomitantly as a monotherapy	1 [22, 23]	Can use as monotherapy targeting both ED and LUTS at the same time

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Is chronic inhibition of phosphodiesterase type 5 cardioprotective and safe? A meta-analysis of randomized controlled trials

Elisa Giannetta¹, Tiziana Feola¹, Daniele Gianfrilli¹, Riccardo Pofi¹, Valentina Dall'Armi², Roberto Badagliacca³, Federica Barbagallo¹, Andrea Lenzi¹ and Andrea M Isidori^{1*}



Review

BJU Int 2013; 112: 998–1008

Penile rehabilitation after radical prostatectomy: what the evidence really says

Mikkel Fode, Dana A. Ohi,* David Ralph† and Jens Sønksen

Department of Urology, Herlev University Hospital, Herlev, Denmark, *Department of Urology, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA, and †Institute of Urology, London, UK

1. Iacono F, Prezioso D, Somma P, Chierchia S, Galasso R, Micheli P. Histopathologically proven prevention of post-prostatectomy cavernosal fibrosis with sildenafil. *Urol Int* 2008; 80: 249–52
2. Padma-Nathan H, McCullough AR, Levine LA et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled study of postoperative nightly sildenafil citrate for the prevention of erectile dysfunction after bilateral nerve-

SOME IMPROVEMENTS OVER BASELINE BUT NO DIFFERENCE OVER PLACEBO:

3. **smooth muscle content**
4. **elastic fibres**
5. **connective tissue content**
6. **IIEF (some changes)**
7. **nocturnal penile tumescence and rigidity (significant, small studies)**

after bilateral nerve sparing radical retropubic prostatectomy. *Int Braz J Urol* 2011; 37: 336–44

6. Bannowsky A, Schulze H, van der Horst C, Hautmann S, Junemann KP. Recovery of erectile function after nerve-sparing radical prostatectomy: improvement with nightly low-dose sildenafil. *BJU Int* 2008; 101: 1279–83

Back to the future of the love pills

- On demand vs. chronic ?
- Curative vs. Symptomatic ?
- Short acting vs. long-acting ?
- Does pharmacokinetics matter?

The ENDOTRIAL Study: A Spontaneous, Open-Label, Randomized, Multicenter, Crossover Study on the Efficacy of Sildenafil, Tadalafil, and Vardenafil in the Treatment of Erectile Dysfunction

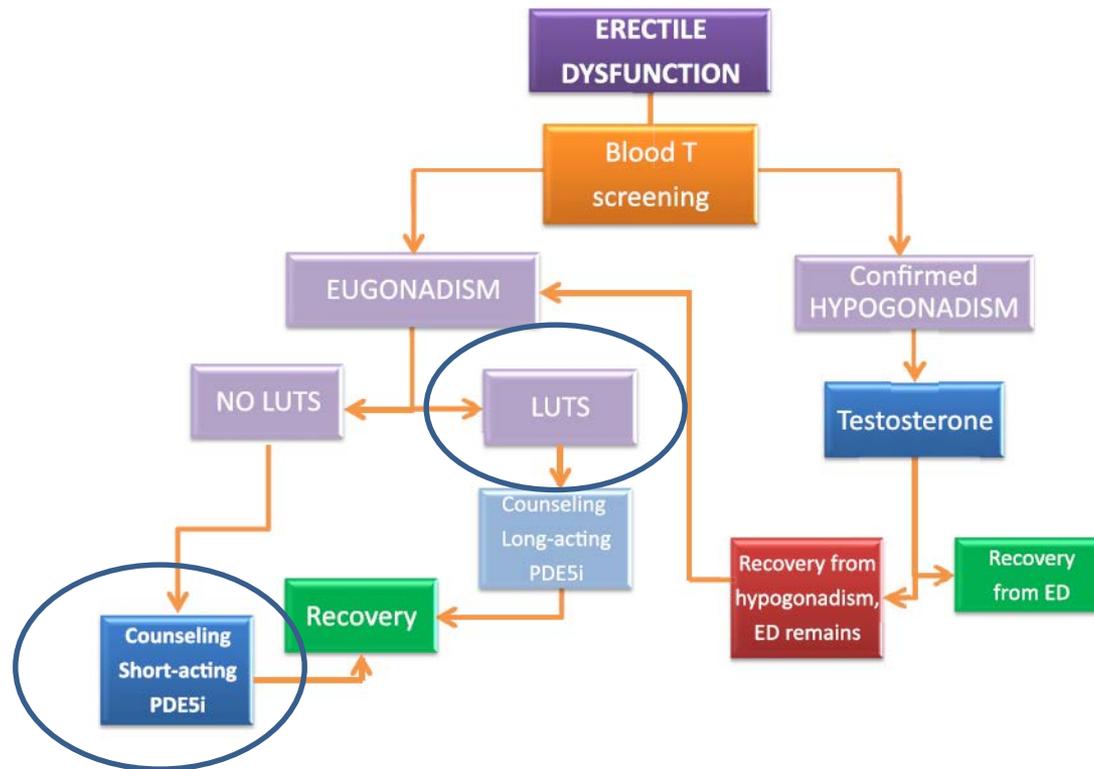
Emmanuele A. Jannini, MD,* Andrea M. Isidori, MD, PhD,[†] Giovanni Luca Gravina, MD, PhD,* Antonio Aversa, MD, PhD,[†] Giancarlo Balercia, MD,[‡] Massimo Bocchio, MD,[§] Marco Boscaro, MD,[‡] Cesare Carani, MD,[¶] Giovanni Corona, MD,^{**},^{††} Andrea Fabbri, MD, PhD,^{‡‡} Carlo Foresta, MD,^{§§} Gianni Forti, MD,^{††} Sandro Francavilla, MD,[§] Antonio R.M. Granata, PhD,^{¶¶} Mario Maggi, MD, PhD,^{††} Riccardo Mansani, MD,^{††} Pierfrancesco Palego, MD,^{§§} Giovanni Spera, MD,[†] Mario Vetri, MD,^{¶¶¶} and Andrea Lenzi, MD[†] on behalf of the Endotrial Study Group

	Visit 2	Visit 3	Mean Change*	P value [†]
Sildenafil 50 mg				
IIEF question 15 ^{‡§}	2.81 (2.5–3.2)	3.9 (3.6–4.2)	1.09 (0.10–1.21)	<0.0001
IIEF questions 1–5 ^{‡§}	15.4 (13.6–16.3)	18.3 (17.6–20.2)	2.86 (2.3–5.6)	0.005
PSV (cm/s) ^{§¶}	38.0 (33.5–42.6)	46.5 (41.2–51.7)	8.43 (12.5–21.1)	0.010
EDV (cm/s) ^{§¶}	3.44 (1.5–5.4)	2.66 (0.99–4.3)	–0.78 (3.3–9.1)	0.514
RI ^{§¶}	0.87 (0.81–0.92)	0.92 (0.88–0.96)	0.056 (0.09–0.23)	0.105
Sildenafil 100 mg				
IIEF question 15	2.50 (2.23–2.82)	3.6 (3.25–4.11)	1.16 (0.44–1.04)	<0.0001
IIEF questions 1–5	15.3 (14.1–16.2)	18.8 (17.1–25.6)	3.52 (2.1–4.4)	0.001
PSV (cm/s)	39.8 (38.6–45.8)	46.9 (41.3–52.4)	7.0 (9.4–18.1)	0.027
EDV (cm/s)	4.60 (2.3–6.9)	2.3 (0.41–4.2)	–2.30 (2.4–8.8)	0.095
RI	0.86 (0.80–0.92)	0.94 (0.89–0.98)	0.075 (0.06–0.22)	0.034

Controversies in Sexual Medicine

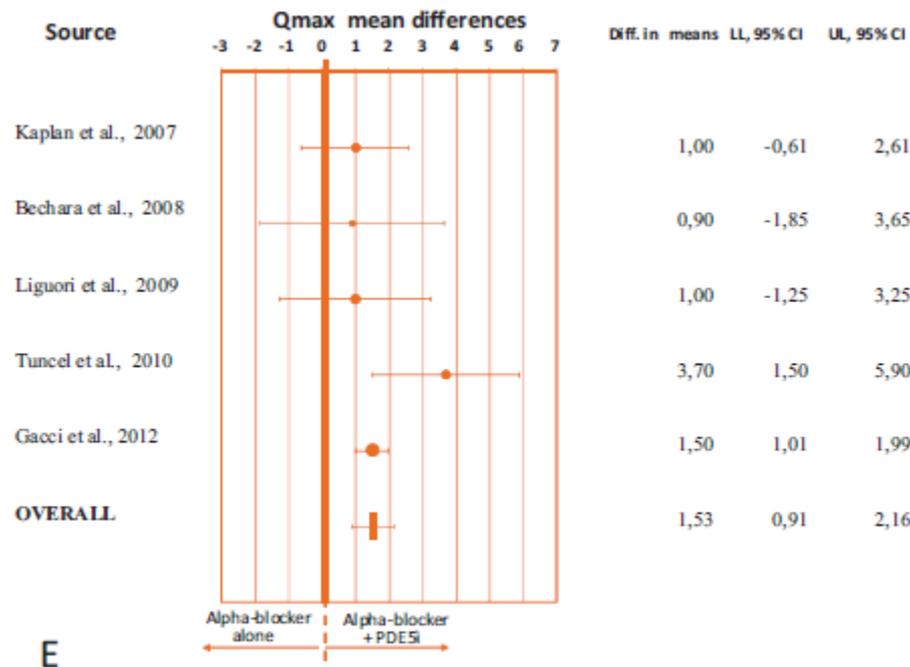
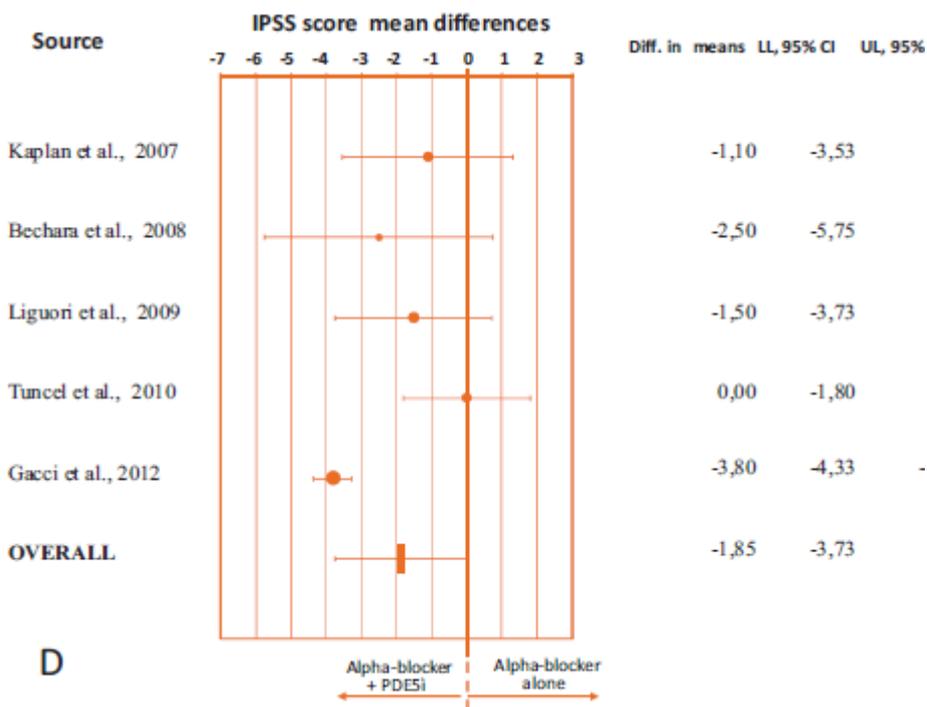
Which Is First? The Controversial Issue of Precedence in the Treatment of Male Sexual Dysfunctions

Emmanuele A. Jannini, MD,* Andrea M. Isidori, MD, PhD,[†] Antonio Aversa, MD, PhD,[†] Andrea Lenzi, MD,[†] and Stanley E. Althof, PhD[‡]



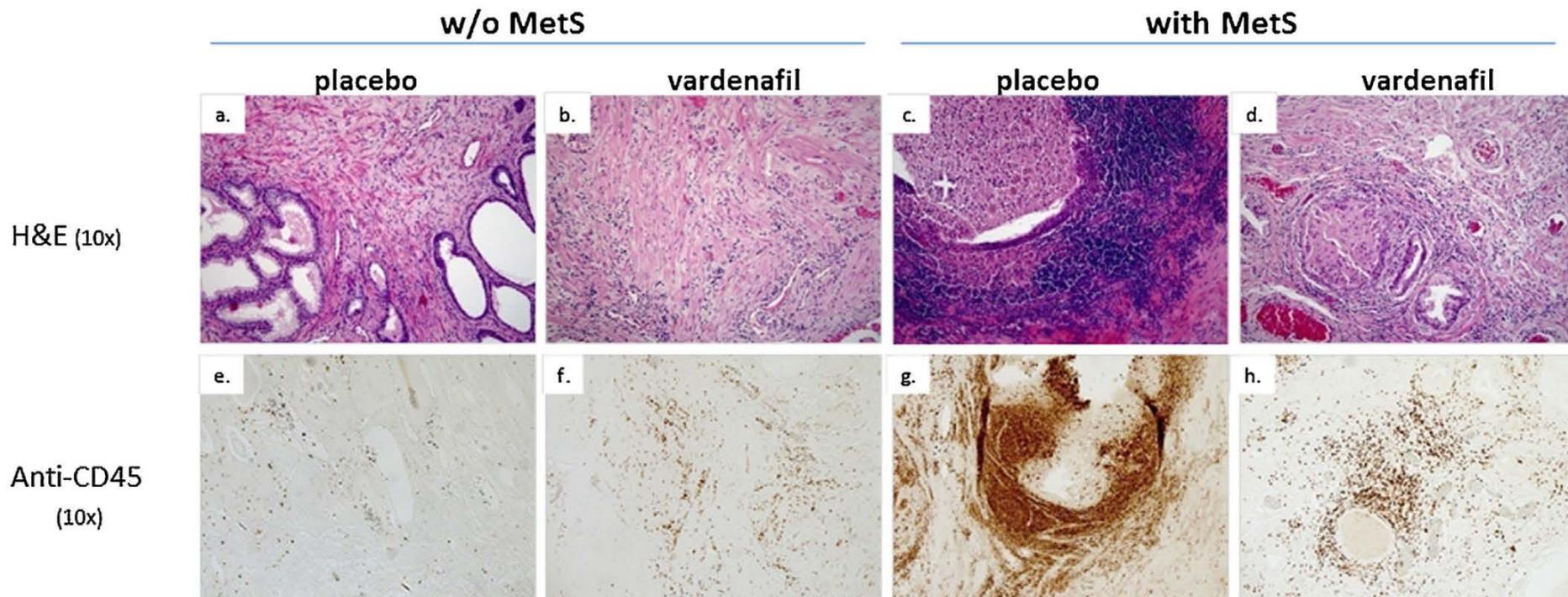
A Systematic Review and Meta-analysis on the Use of Phosphodiesterase 5 Inhibitors Alone or in Combination with α -Blockers for Lower Urinary Tract Symptoms Due to Benign Prostatic Hyperplasia

Mauro Gacci^{a,*}, Giovanni Corona^{b,c}, Matteo Salvi^a, Linda Vignozzi^c, Kevin T. McVary^d, Steven A. Kaplan^e, Claus G. Roehrborn^f, Sergio Serni^a, Vincenzo Mirone^g, Marco Carini^a, Mario Maggi^c

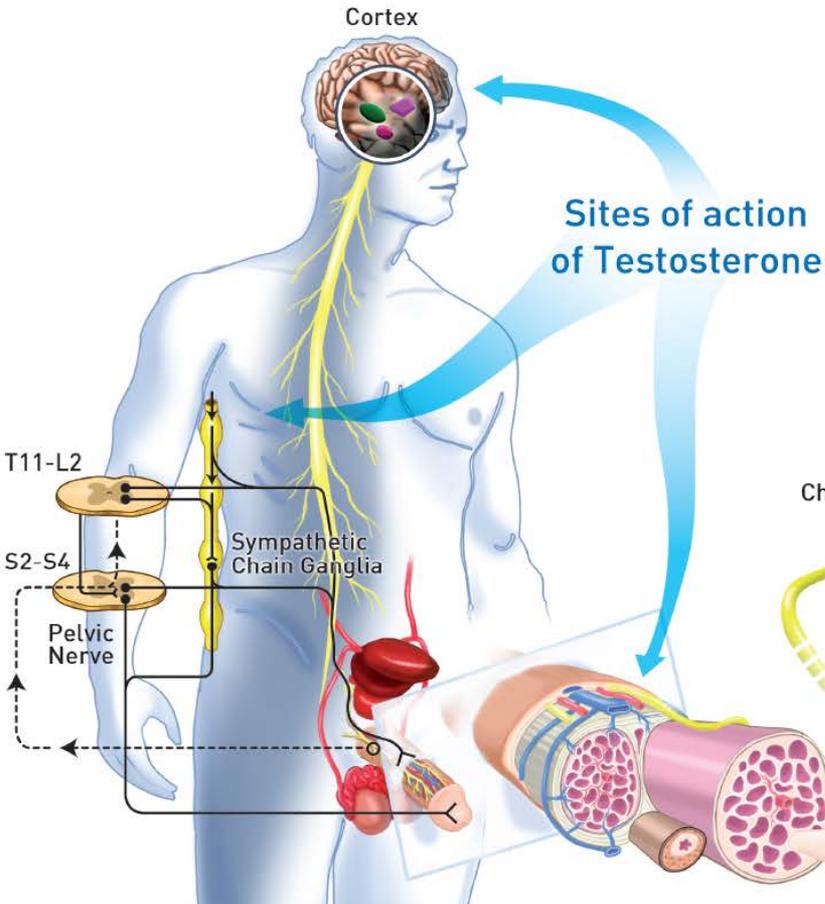


PDE5 Inhibitors Blunt Inflammation in Human BPH: A Potential Mechanism of Action for PDE5 Inhibitors in LUTS

Linda Vignozzi,¹ Mauro Gacci,² Ilaria Cellai,¹ Annamaria Morelli,³ Elena Maneschi,¹
Paolo Comeglio,¹ Raffaella Santi,⁴ Sandra Filippi,⁵ Arcangelo Sebastianelli,²
Gabriella Nesi,⁴ Sergio Serni,² Marco Carini,² and Mario Maggi^{1*}

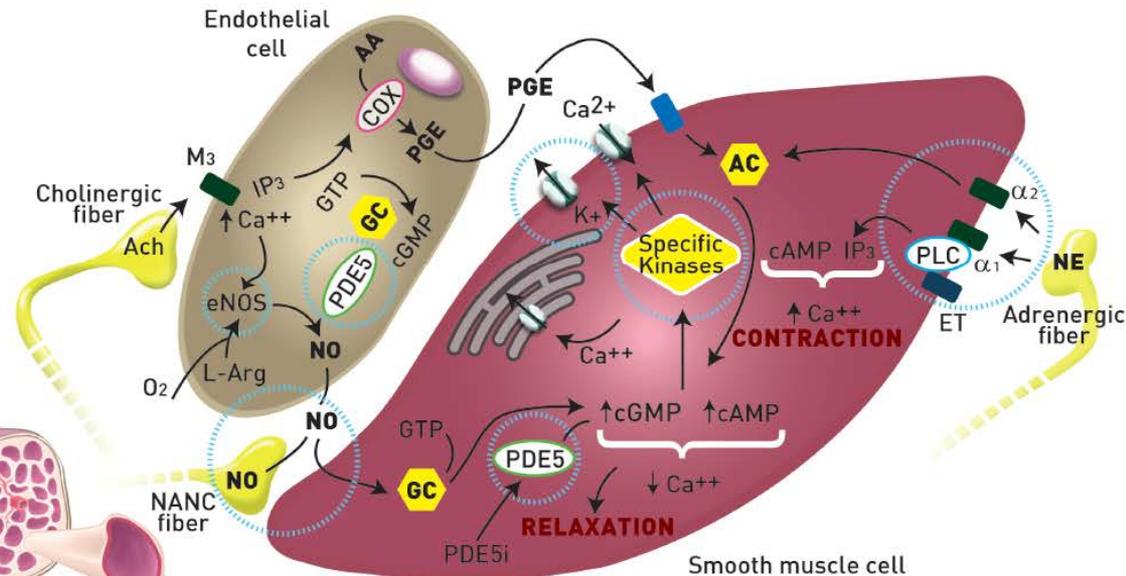


Tailored management of hypogonadism in erectile dysfunction patients can no longer be deferred. The epidemiologic, molecular, and clinical data show that there are more opportunities for the diagnosis and treatment of this condition.



PDE5i are modulators of signals/triggers:

- Metabolic...
- Neurologic...
- Receptorial...



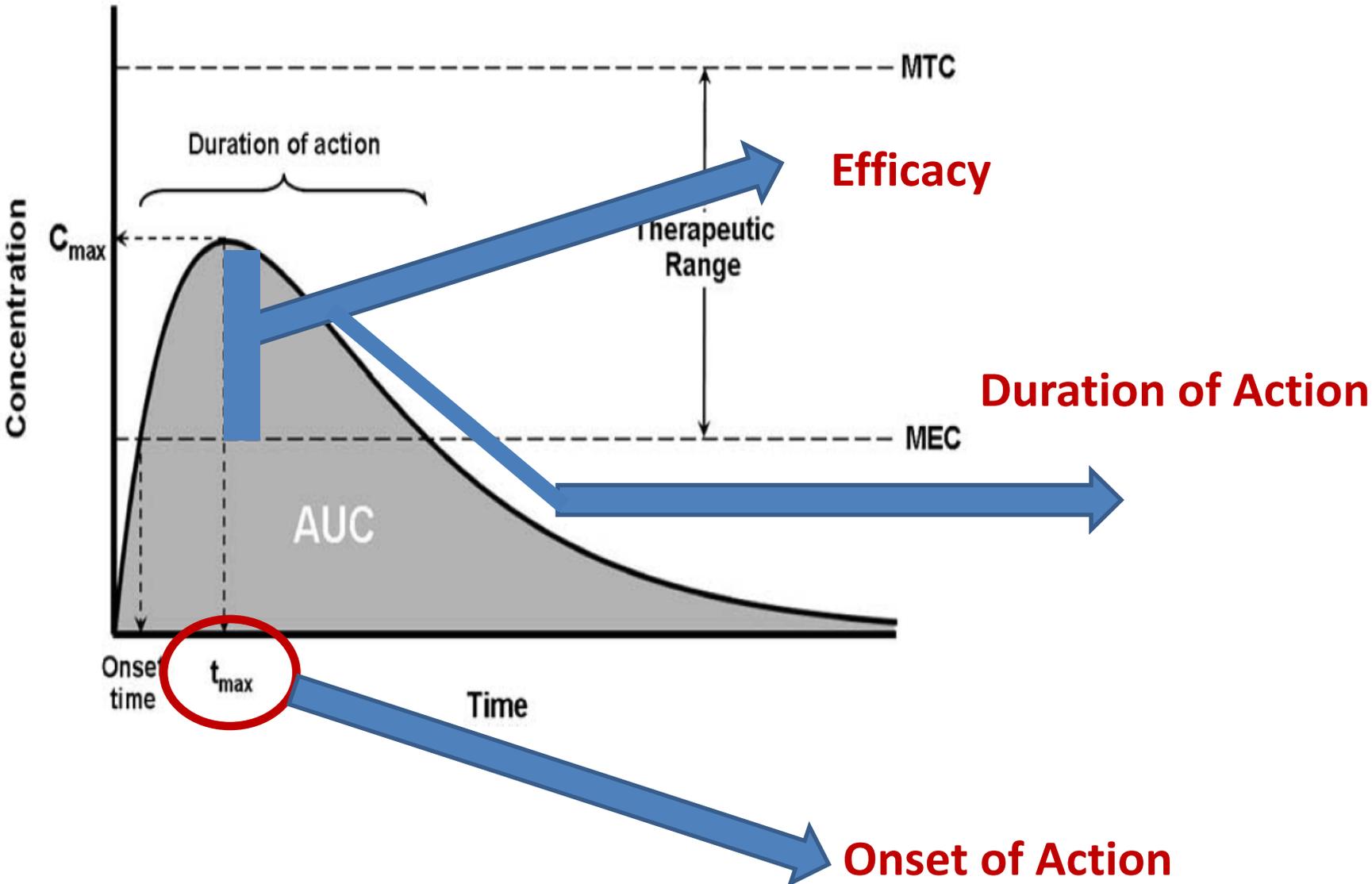
- THE SIGNAL MUST BE PRESENT TO OPERATE!

Back to the future of the love pills

- On demand vs. chronic ?
- Curative vs. Symptomatic ?
- Short acting vs. long-acting ?
- > **on demand to restore sexual**
- Does pharmacokinetics matter?

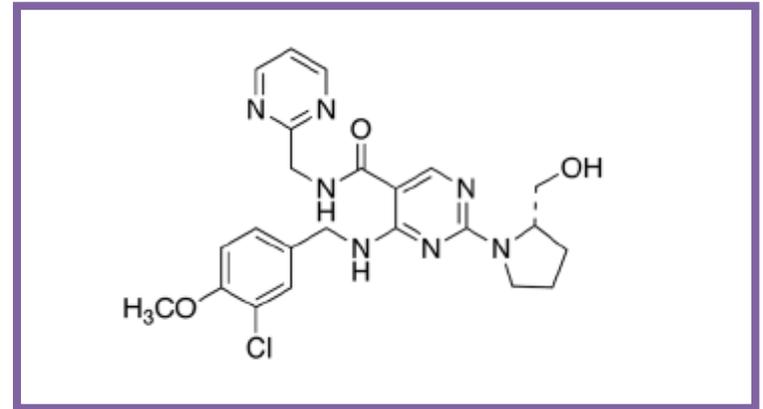


L'importanza della Farmacocinetica...

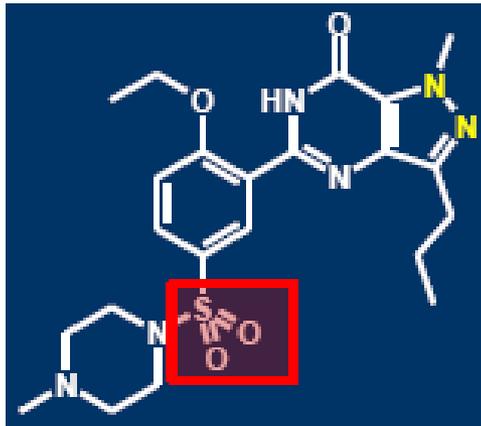


Avanafil: Chemical structure and mechanism of action

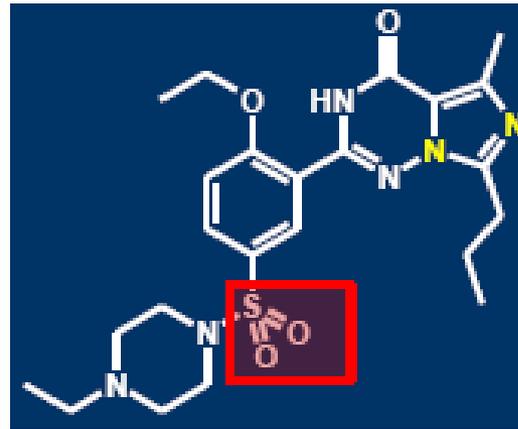
- Highly selective and reversible inhibitor of PDE5
- Unique chemical structure compared with other PDE5 inhibitors
 - Central structure formed by a nitrogen derivative of a pyrimidine carboxamide
 - Sugar component is a cyclic chloromethoxybenzylamino structure
 - Exists as a single



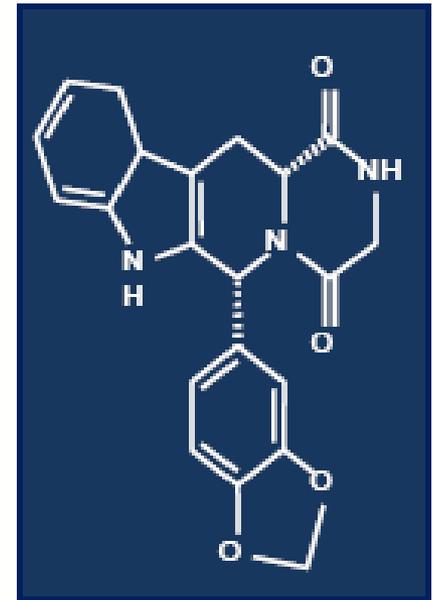
Chemical structures of PDE5 inhibitors



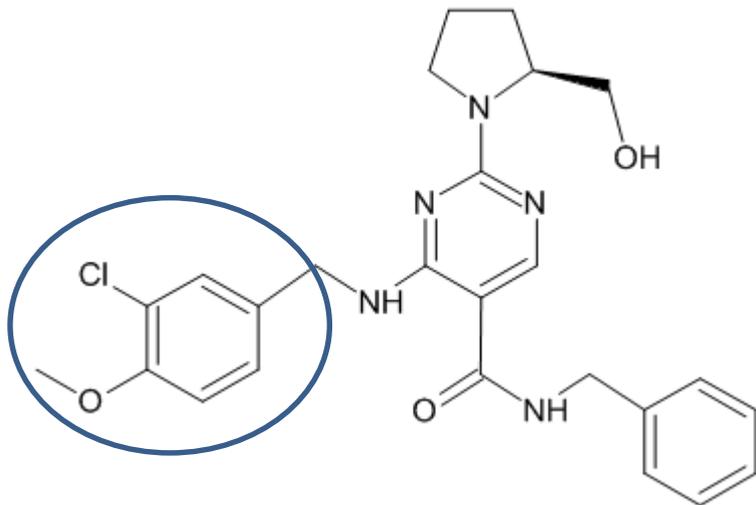
Sildenafil



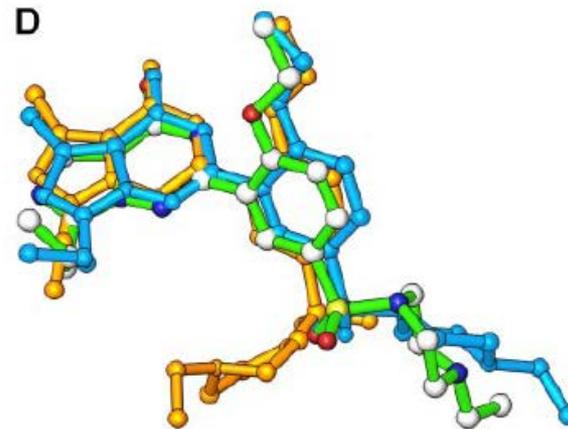
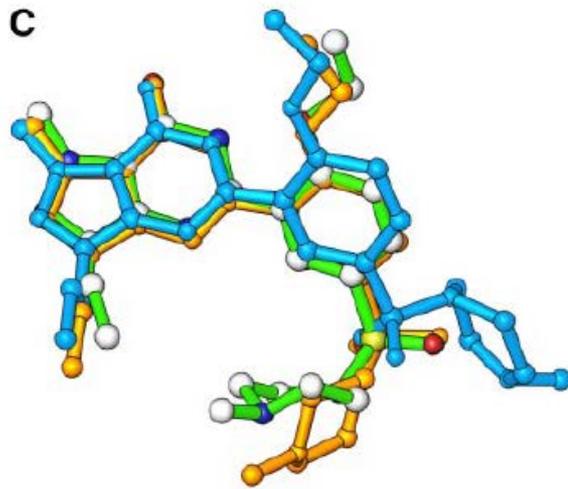
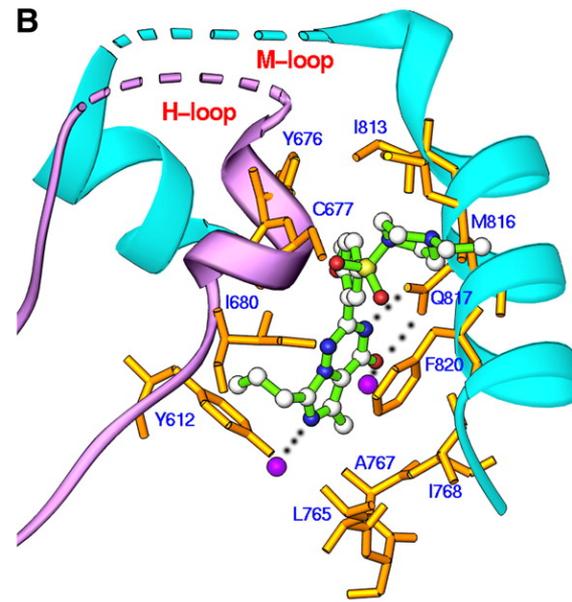
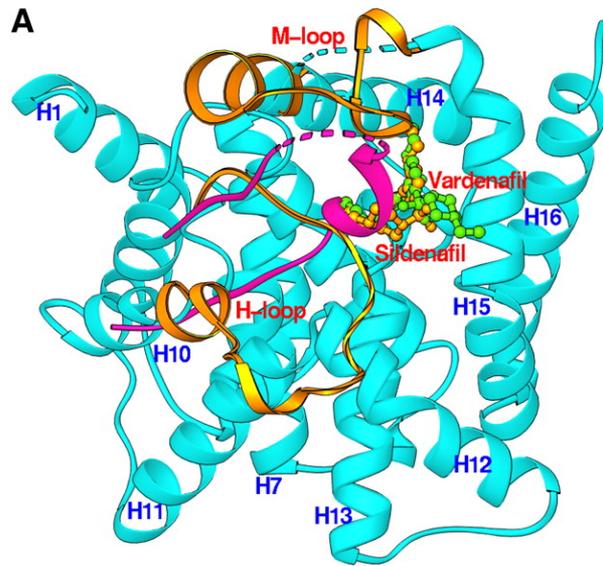
Vardenafil



Tadalafil



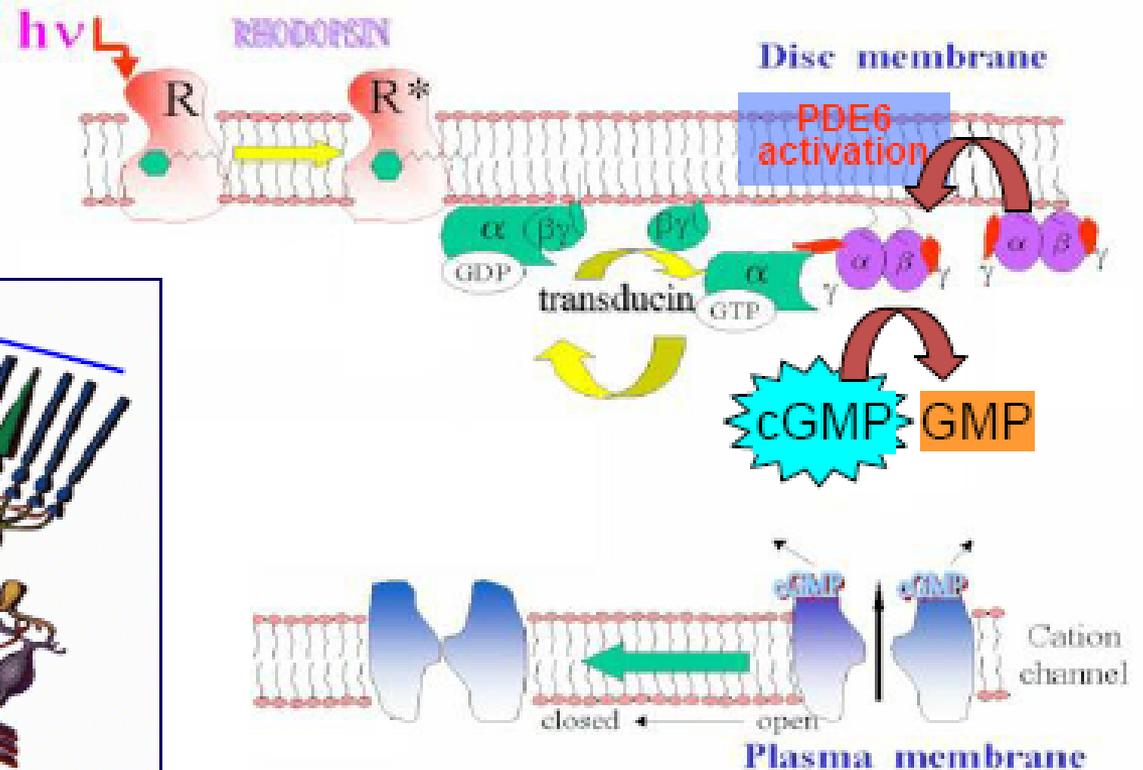
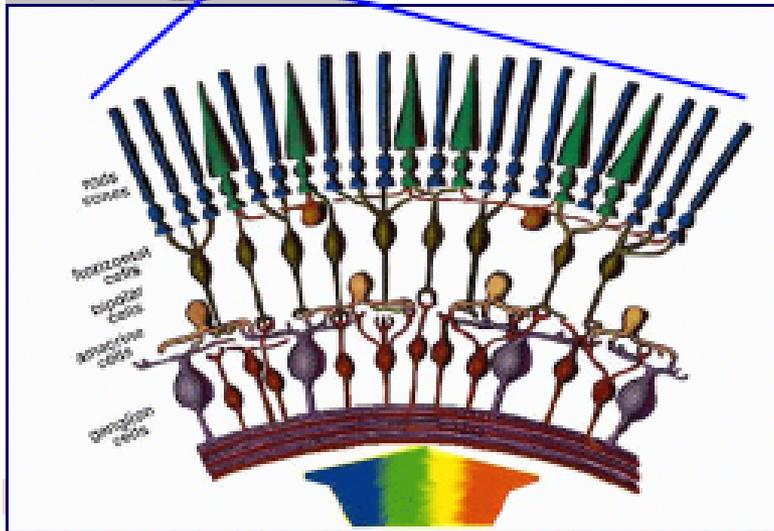
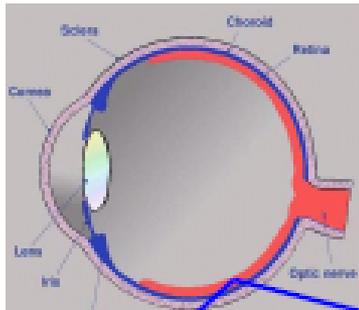
Avanfil: a different molecular structure



Selectivity profiles of PDE5 inhibitors

PDE Isozyme	Selectivity vs PDE5 (fold difference)			
	Avanafil	Sildenafil	Vardenafil	Tadalafil
PDE1	10,192	375	1012	10,500
PDE2	9808	39,375	273,810	>25,000
PDE3	>19,231	16,250	26,190	>25,000
PDE4	1096	3125	14,286	14,750
PDE5	1	1	1	1
PDE6	121	16	21	550
PDE7	5192	13,750	17,857	>25,000
PDE8	2308	>62,500	1,000,000	>25,000
PDE9	>19,231	2250	16,667	>25,000
PDE10	1192	3375	17,857	8750
PDE11	>19,231	4875	5952	25

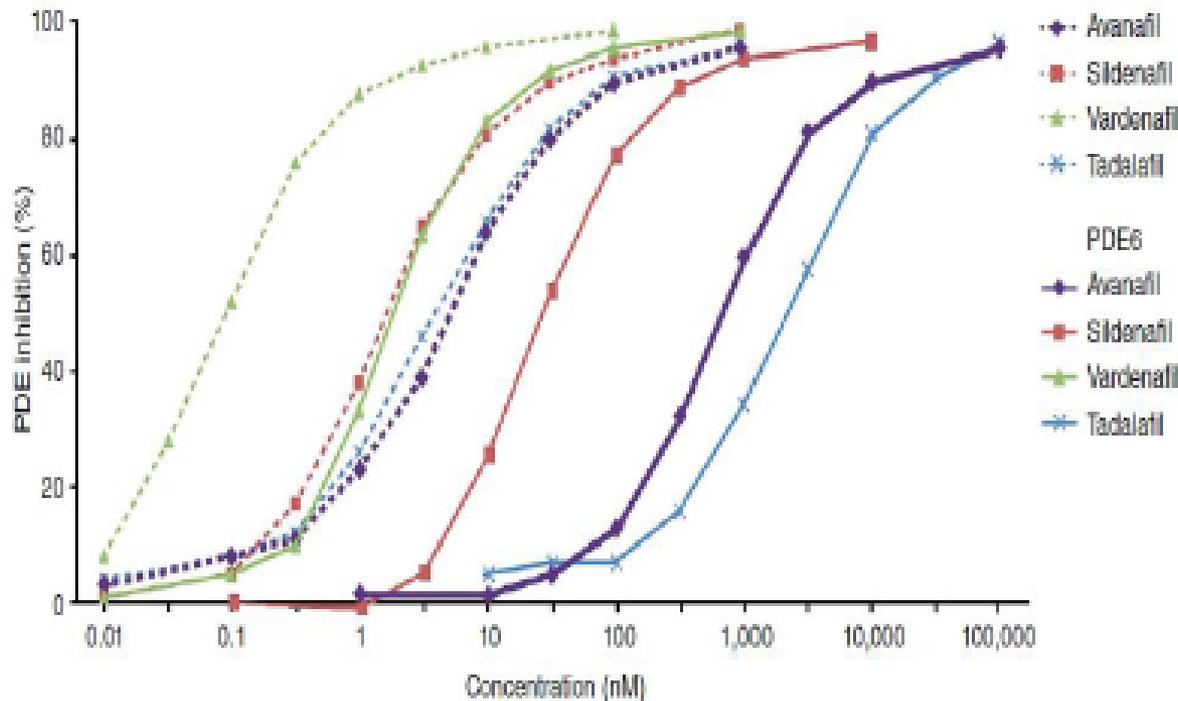
PDE6 and visual signal transduction



- Activation of rhodopsin by light stimulates PDE activity
- c-GMP is a second messenger in signal transduction in the initiation of visual phototransduction

Selectivity for PDE5 vs PDE6

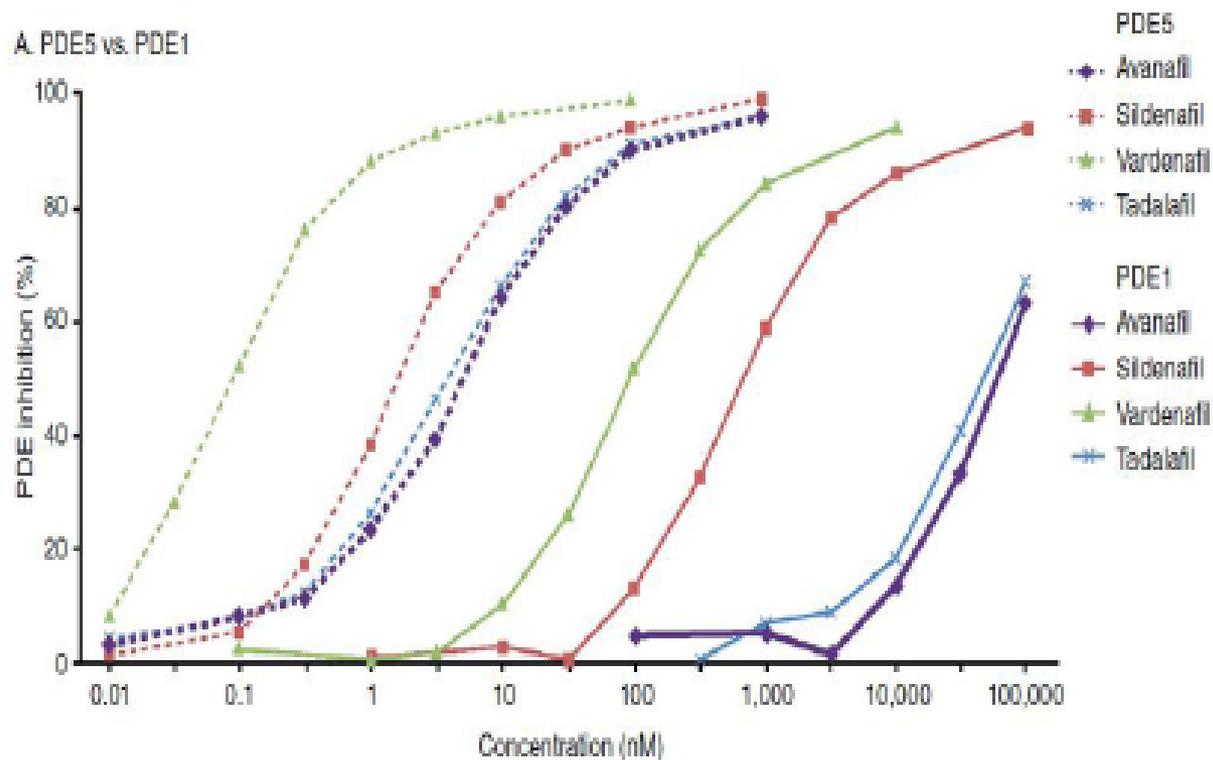
B. PDE5 vs. PDE6



Compound	PDE6
Target tissues	Retina
Avanafil	121
Sildenafil	16
Vardenafil	21
Tadalafil	550

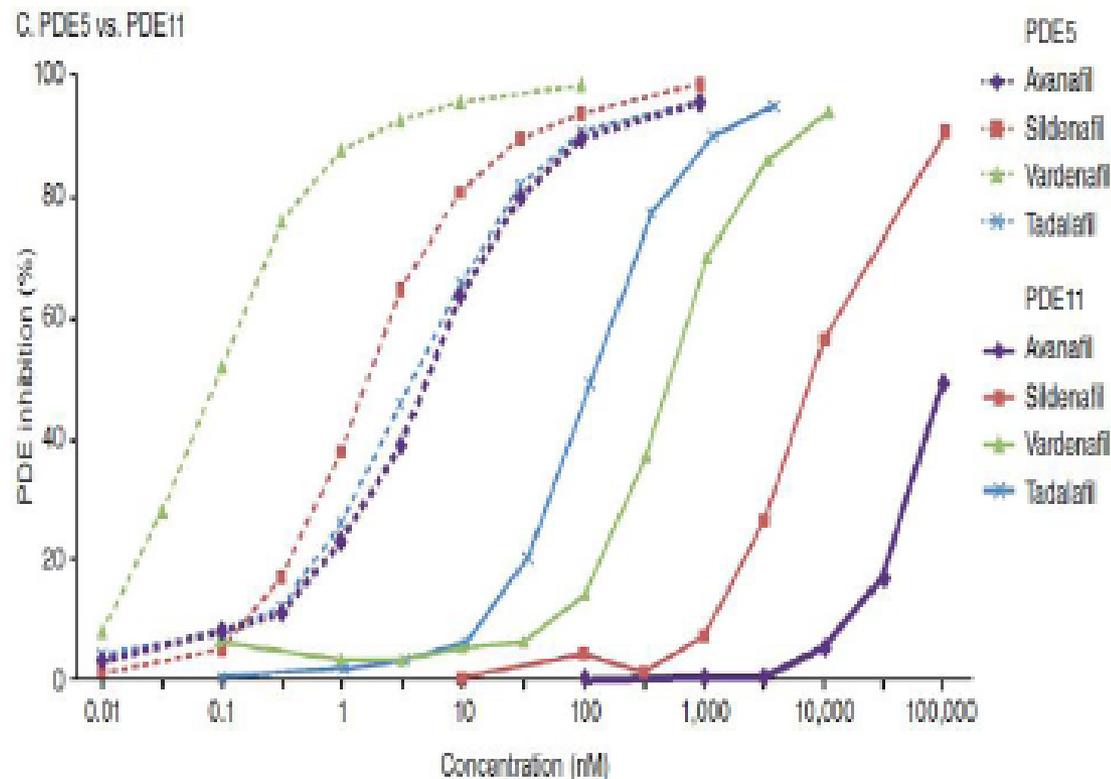
- Avanafil has 121 higher selectivity for PDE5 against PDE6 compared to 16-fold for sildenafil

Selectivity for PDE5 vs PDE1



	PDE1
Target tissues	Heart, brain, vascular smooth muscle
Avanafil	10,192
Sildenafil	375

Selectivity for PDE5 vs PDE11



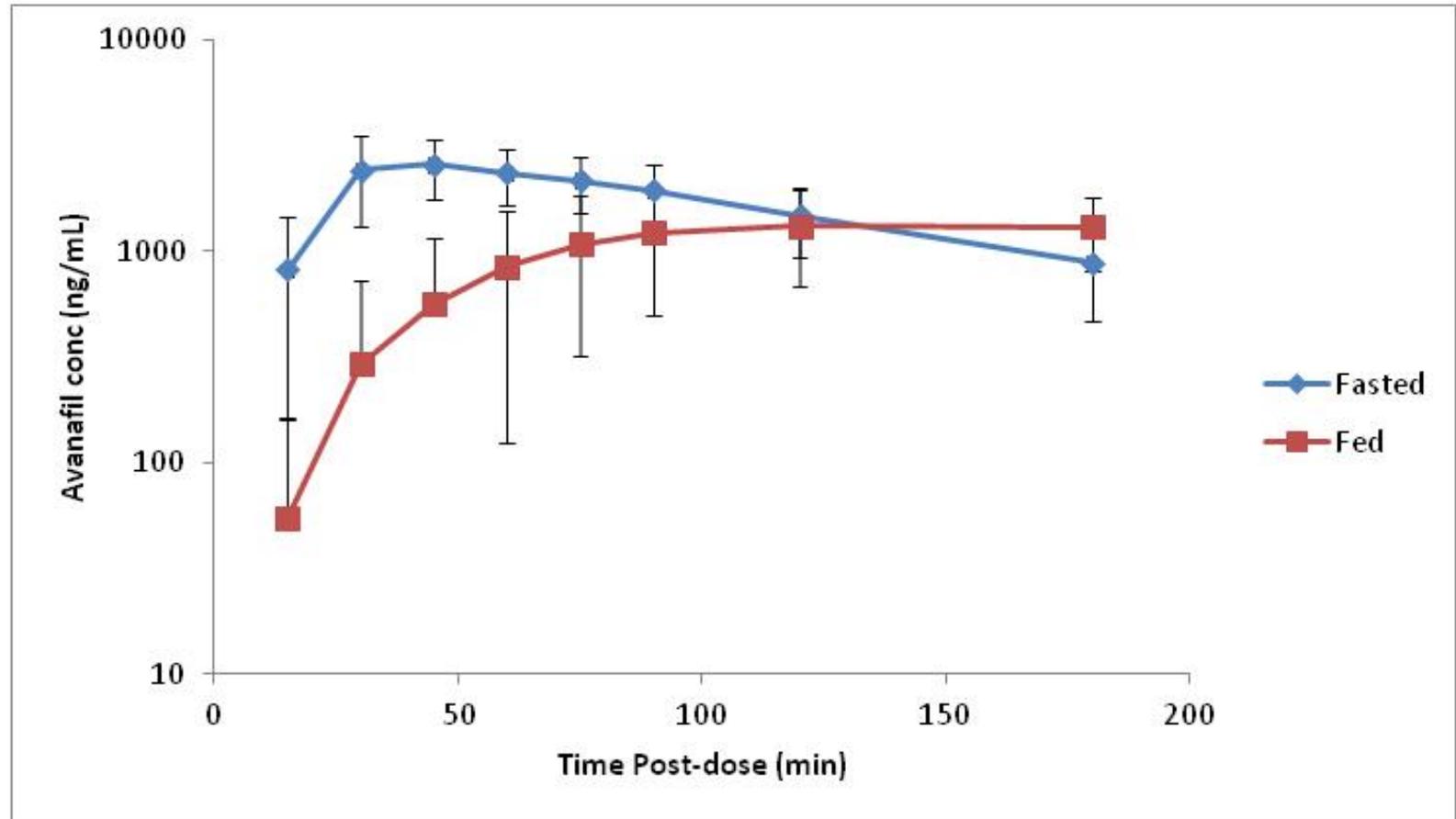
Compound	PDE11
Target tissues	Skeletal muscle, prostate, liver, kidney, pituitary, testis
Avanafil	>19,231
Sildenafil	4,875
Vardenafil	5,952
Tadalafil	25

Comparative PK profile

Characteristic	PDE5 inhibitor			
	Avanafil	Sildenafil	Vardenafil	Tadalafil
T_{max} (range)	30–45 min	30–120 min	30–120 min	Not reported
T_{max} (median)	30-45 min	1 h	1 h	2 h
Half-life $T_{1/2}$	6 - 8 h	3–5 h	4–5 h	17.5h

- **Avanafil has the shortest median time to maximal plasma concentrations (T_{max}), ranging from 0.5 to 0.75 hours**

Plasma Avanafil Concentrations in Fasted and Fed Subjects



Avanafil: Metabolism

- Avanafil is primarily metabolised by the liver
 - CYP3A4 (major route)
 - CYP2C9 (minor route)
- Major metabolites
 - M4 accounts for 23% of parent compound and 4% of pharmacological activity
 - Inhibitory potency for PDE5 18% of that of avanafil
 - M16 accounts for 29% of parent compound and has no activity against PDE5
- Excretion

Avanafil for erectile dysfunction in elderly and younger adults: differential pharmacology and clinical utility

Eric G Katz, Ronny BW Tan, Daniel Rittenberg, Wayne J Hellstrom

- **Avanafil** is rapidly absorbed following oral administration and does not accumulate in plasma with once- or twice-daily dosing
 - Short time to maximal plasma concentrations compared with other PDE5 inhibitors
 - No dosage adjustment required for elderly patients* , or those with mild or moderate renal or hepatic impairment
 - Avanafil can be administered with or without food

ORIGINAL RESEARCH

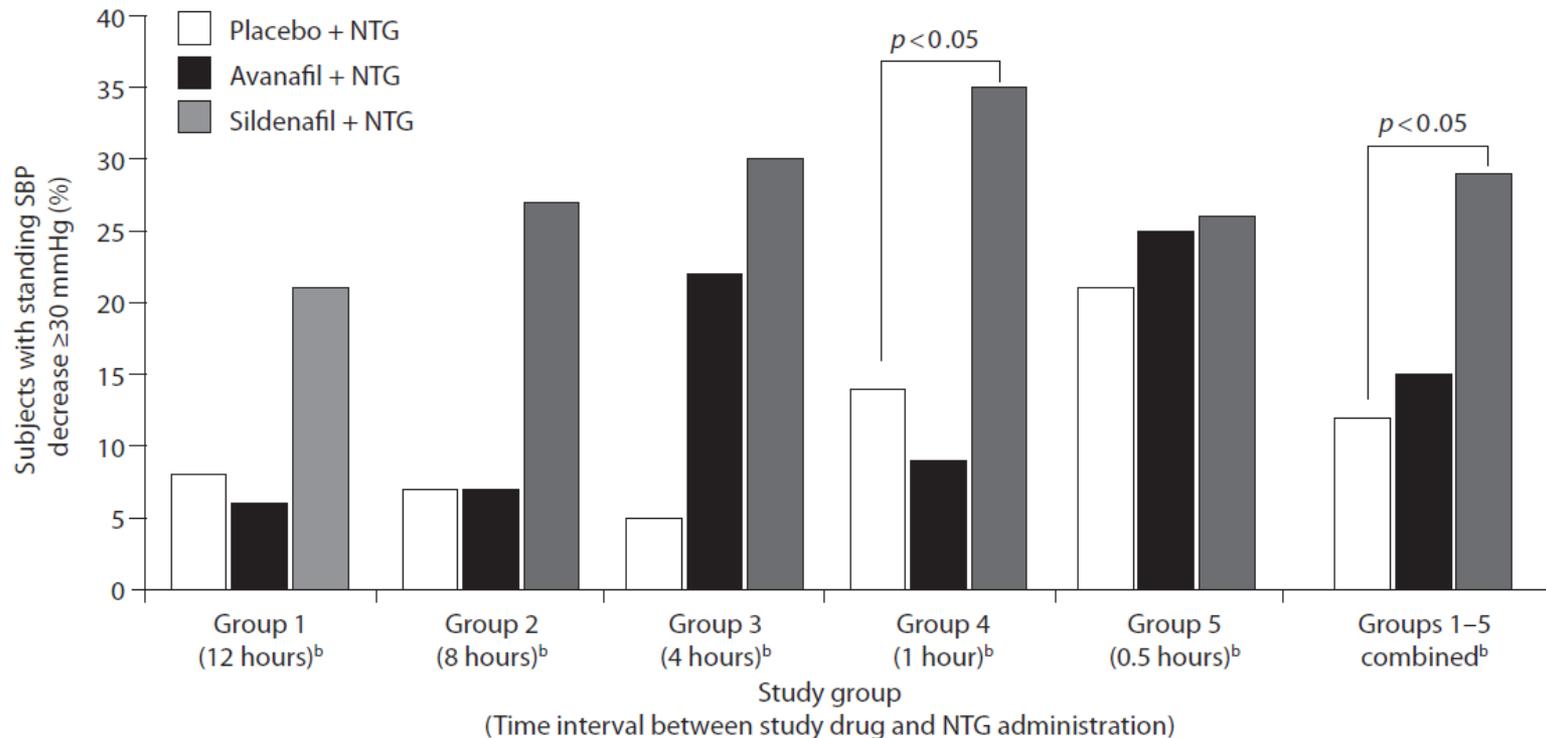
FULL TEXT ARTICLE

Hemodynamic effect of avanafil and glyceryl trinitrate coadministration

Dennis Swearingen,¹ Ajay Nehra,² Susie Morelos,³ and Craig A Peterson³

¹Celerion, Tempe, AZ, USA; ²Department of Urology, Rush University Medical Center, Chicago, IL, USA; ³VIVUS, Inc, Mountain View, CA, USA

Figure 3. Percentage of subjects with a clinically significant change (≥ 30 mmHg decrease) in standing systolic blood pressure from administration of study drug to post-NTG administration.^a



The Importance of Being Earnest

Avanafil arrived as the fourth PDE5i, but pretending to score as the first PDE5 ever:

5 Randomized controlled trials enrolling:

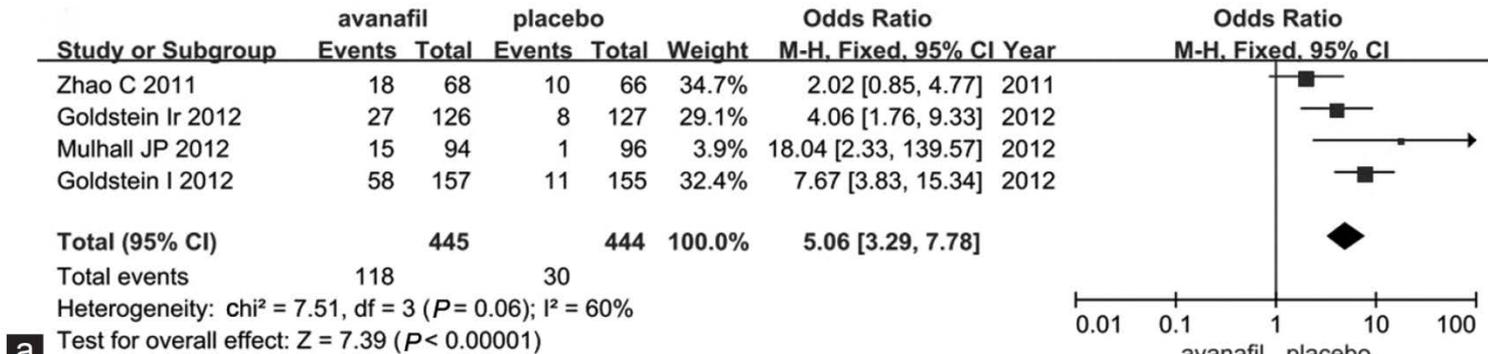
- Non-naïve patients
- Diabetics
- Prostatectomized

Avanafil for male erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis

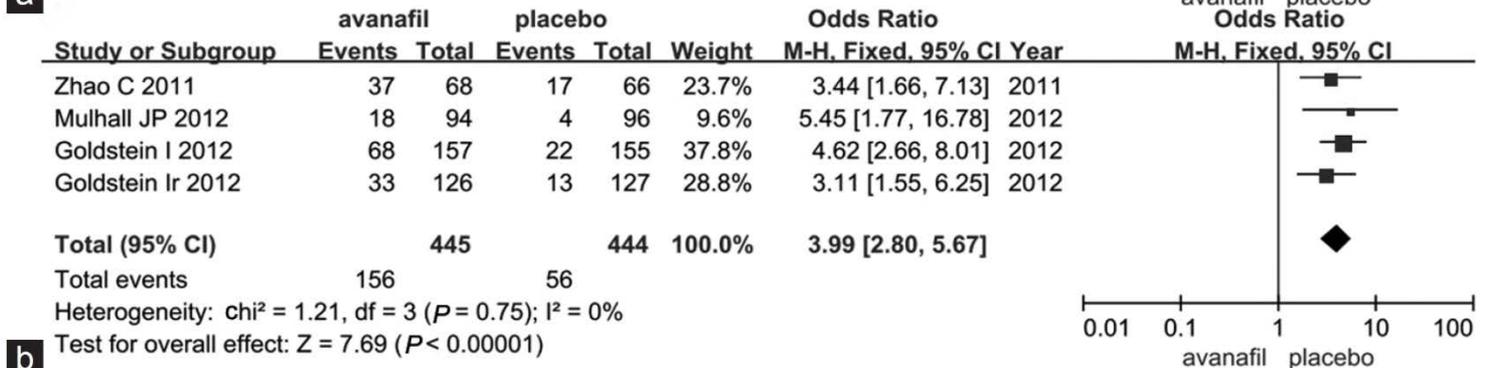
Yuan-Shan Cui, Nan Li, Huan-Tao Zong, Hui-Lei Yan, Yong Zhang

Four publications, involving a total of 1381 patients, randomized controlled trials (RCTs) that compared avanafil with a placebo.

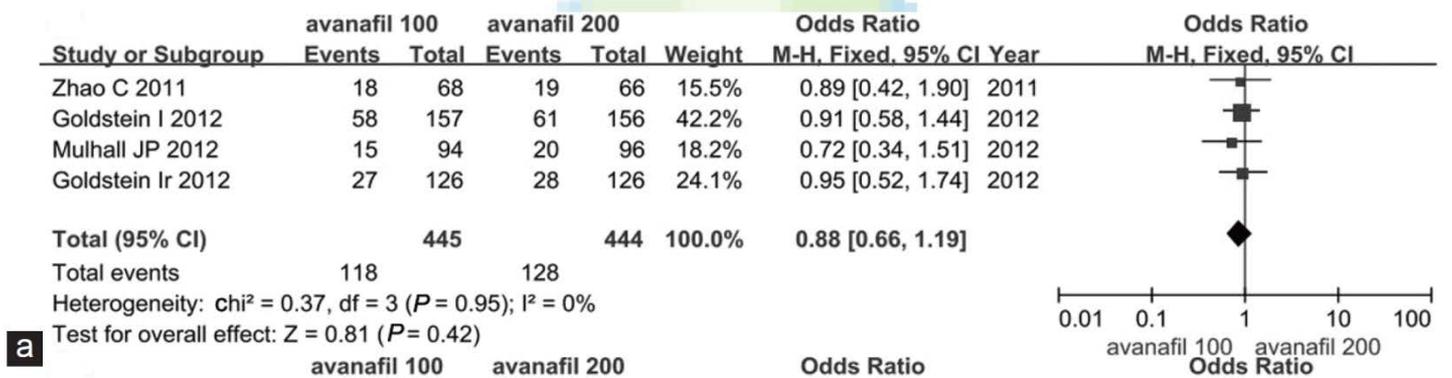
Successful vaginal penetration



Successful intercourse



Successful vaginal penetration



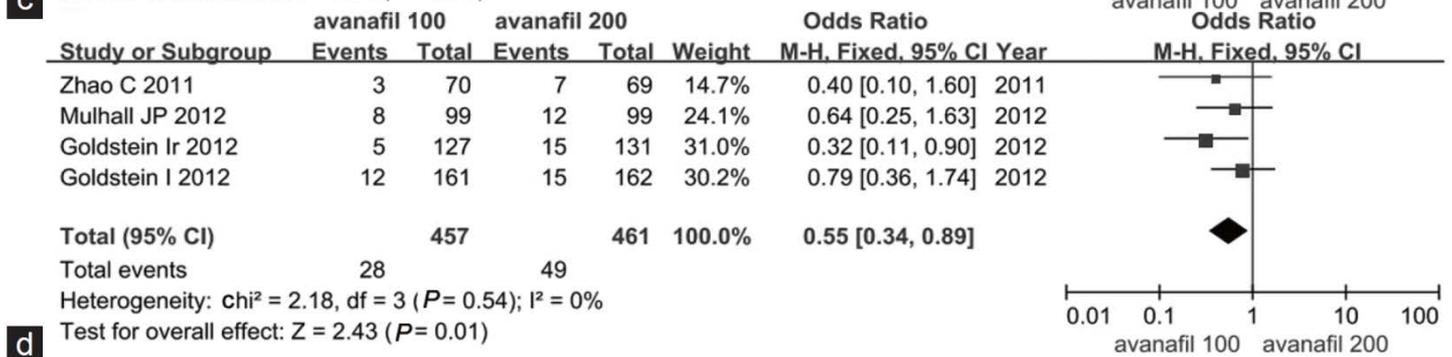
Successful intercourse



Discontinued do due to Adverse Events



Headaches



The Importance of Being Earnest

- Avanafil and vardenafil have the shortest onset of action and may be best for spontaneous sexual activity.
- Tadalafil carries the longest half-life and may be preferred for psychological issues or LUTs.
- No PDE5I has been proven effective for penile rehabilitation (their use should be viewed as investigational)
- Patient preference comparisons of sildenafil, vardenafil and tadalafil did not demonstrate inferiority of any.
- Prescription data of individuals taking PDE5i suggest patients are least likely to switch from sildenafil than from tadalafil or vardenafil.

Avanafil: from Pharmacokinetics to Clinical Implications

Erections sufficient for intercourse as soon as 15 min after intake

Fast on-demand dosing without any need to plan sexual activity

Avoids accumulation
Minimizes adverse events from concomitant use of other drugs

Erections sufficient for intercourse even after 6 hours from intake –
No compromise in the 'window' of opportunity

Practical Tips for using Avanafil

- In difficult patients (most of patients): start 200 mg
- In those discontinuing other PDE5i for headaches: start with 100 mg.
- Rapidity of onset: flexibility and discretionary !
- Cost is an issue: as much as generic sildenafil (but high quality control drug)
- Safety (cardiac, nitrates, visual) a significant advantage.

A Survey on Illegal and Counterfeit Medicines for the Treatment of Erectile Dysfunctions in Italy

Maria Cristina Gaudiano, PhD,* Livia Manna, PhD,* Andrea Luca Rodomonte, PhD,*
Monica Bartolomei, PhD,* Paola Bertocchi, PhD,* Bruno Gallinella, PhD,* Eleonora Antoniella, PhD,*
Nadia Muleri, PhD,[†] Gabriele Civitelli, PhD,* Stefano Alimonti,* Laura Romanini,* Leandro Rufini,* and
Luisa Valvo, PhD*

*Dipartimento del Farmaco, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy; [†]Faculty of Pharmacy, Sapienza University of Rome, Rome, Italy

Table 5 Overall evaluation

Classification of sample	% of total samples
Original	7
Illegal	54
Counterfeit	24
Illegal/counterfeit	12
Doubtful case	3
Potentially serious health risk for patient	19

**Riconosco e
tratto un
eiaculatore
precoce**



Emmanuele A. Jannini · Chris G. McMahon
Marcel D. Waldinger *Editors*

Premature Ejaculation

From Etiology to
Diagnosis
and Treatment

 Springer

1. Definizione della patologia



La PE, un sintomo in 3D

1. La perdita del controllo

2. Lo stress

3. Il tempo



La perdita del controllo

- La prospettiva del paziente:
 - *Un arciere che scocca la freccia senza essersi reso conto di averla estratta dalla faretra, averla incoccata, atteso la preda, preso la mira. La freccia scocca senza controllo.*
- La sensazione del paziente è di eiaculare senza controllo



Il tempo

- *Intravaginal Ejaculatory Latency Time* = **IELT** = tempo di latenza eiaculatoria intravaginale
- Misurato con cronometro (min / sec)



Lo stress

In uno studio osservazionale su 1587 uomini con EP e sulle loro partner si è dimostrata una significativa:

1. Riduzione dell'attività sessuale
2. Riduzione della soddisfazione sessuale
3. Riduzione della QoL
4. Aumento del distress
5. Aumento delle difficoltà interpersonali

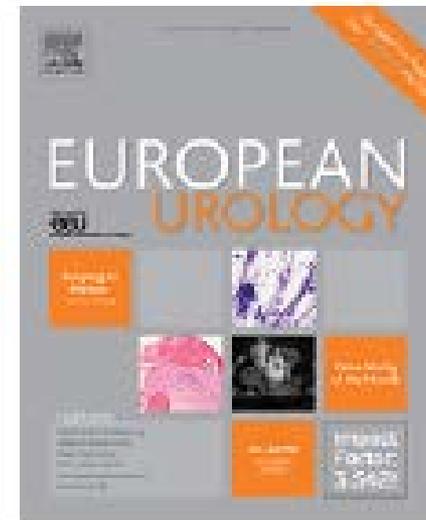


Development and Validation of a Premature Ejaculation Diagnostic Tool

Tara Symonds^{a,*}, Michael A. Perelman^b, Stanley Althof^c, François Giuliano^d,
Mona Martin^e, Kathryn May^a, Lucy Abraham^a, Anna Crossland^a, Mark Morris^a

2 (2007) 565-573

	Per niente difficile	Un po' difficile	Moderatamente difficile	Molto difficile	Estremamente difficile
1 Quanto è difficile per te ritardare l'eiaculazione?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Quasi mai o mai 0%	Meno di metà delle volte 25%	Circa metà delle volte 50%	Più della metà delle volte 75%	Quasi sempre o sempre 100%
2 Ti capita di eiaculare prima che lo desideri?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3 Ti capita di eiaculare a ogni minima stimolazione?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Per niente	Un po'	Moderatamente	Molto	Moltissimo
4 Eiaculare prima che lo desideri ti fa sentire frustrato?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 Quanto ti preoccupa che la tua velocità di eiaculazione lasci insoddisfatta la tua partner?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4



- < 9: no EP
- 9 - 11: probabile EP
- > 11: EP

Definizione *evidence-based* della EP-LL

L'eiaculazione precoce è una disfunzione sessuale caratterizzata da:

- Un'eiaculazione che si verifica sempre o quasi sempre prima o entro circa un minuto dalla penetrazione vaginale; e
- L'incapacità di ritardare l'eiaculazione in tutte o quasi tutte le penetrazioni vaginali; e
- Conseguenze personali negative come distress, disagio, frustrazione e/o rifiuto dell'intimità sessuale



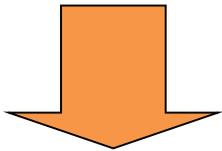
2. Cenni di epidemiologia



"...Premature balding, premature ageing...yes it all makes sense now."

Epidemiologia

1. La più frequente disfunzione sessuale maschile
2. Ma NON la più frequente causa di consultazione sessuologica o andrologica



1. Sottodiagnosticata
2. Sottotrattata



World Journal of Urology Springer-Verlag 2005

Ejaculatory disorders: epidemiology and current approaches to definition, classification and subtyping

Emmanuele A. Jannini (✉) · Andrea Lenzi

Ejaculatory disorders: epidemiology and current approaches to definition, classification and subtyping

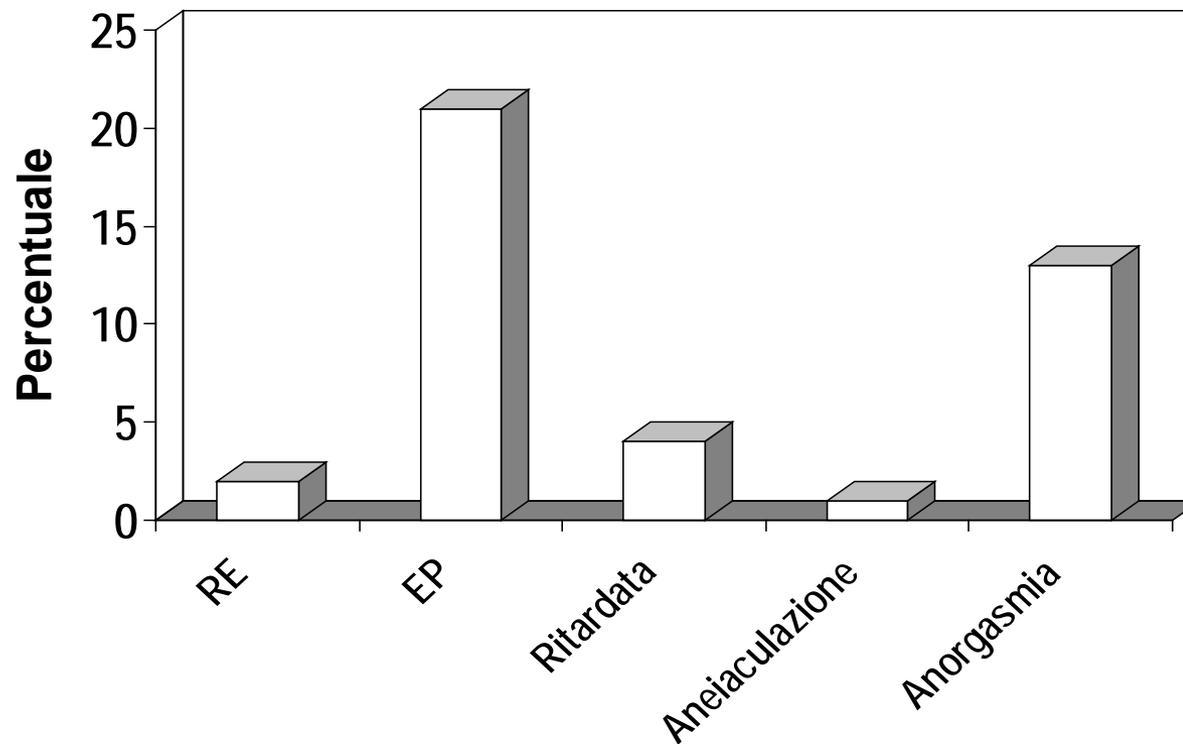
Emmanuele A. Jannini (✉) · Andrea Lenzi

World Journal of Urology

© Springer-Verlag 2005

DOI 10.1007/s00345-004-0486-9

Epidemiologia dei disordini eiaculatori

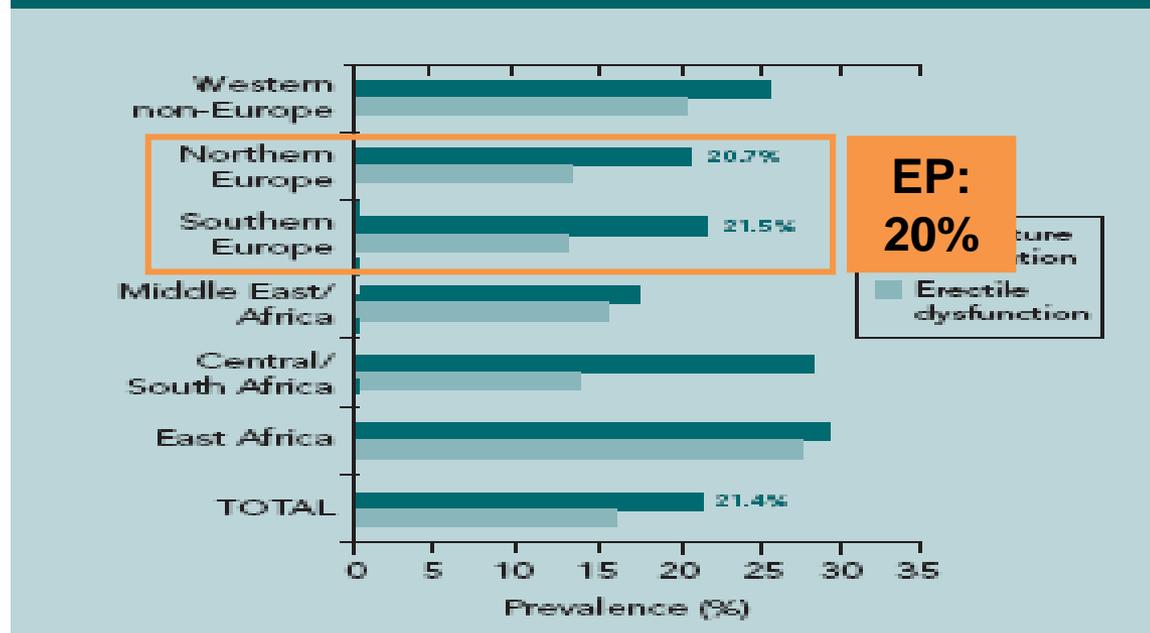


Epidemiologia: *the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours (GSSAB)*

Table 1. Age distribution and geographical location of male participants in the GSSAB survey (adapted from Gingell et al, 2003)

	Western non-Europe	Northern Europe	Southern Europe	Middle East/Africa	Central/South America	East Asia	Total
40-49	824	816	864	839	249	1,292	4,884
50-59	640	744	674	618	223	921	3,820
60-69	459	701	520	422	145	689	2,936
70-80	319	466	444	195	106	448	1,978
Total	2,242	2,727	2,502	2,074	723	3,350	13,618

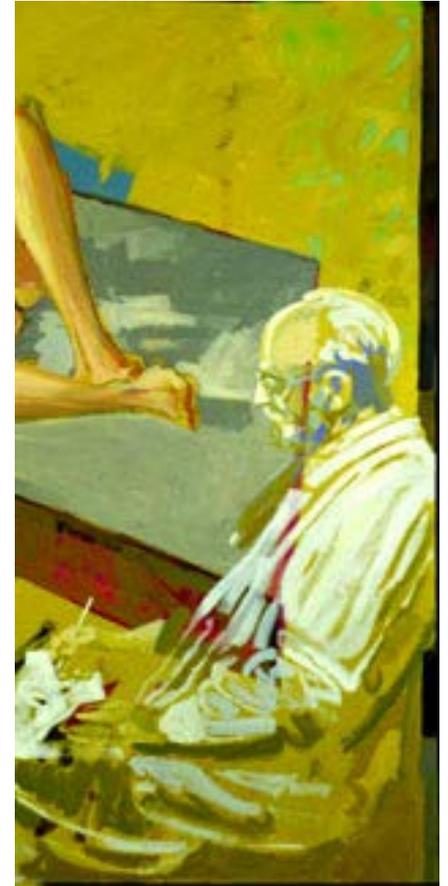
Figure 1. Prevalence of PE and erectile dysfunction across various European and non-European regions (adapted from Gingell et al, 2003)



Come iniziare a parlare di EP



L'Eiaculazione Precoce è la disfunzione sessuale maschile più diffusa ed ha un impatto importante sulla qualità di vita di chi ne soffre. Nonostante questo, però, gli uomini spesso sono riluttanti a parlare di questo disturbo con un medico, perché provano imbarazzo e vergogna.



Tuttavia, molti pazienti che hanno dei problemi sessuali **apprezzano** la volontà del medico di affrontarli con loro.

Ancora alcuni MMG hanno paura di parlare di sessualità?

Alcuni non hanno ricevuto **NESSUNA formazione** in sessuologia o andrologia

Alcuni risentono di **educazione** e pregiudizi

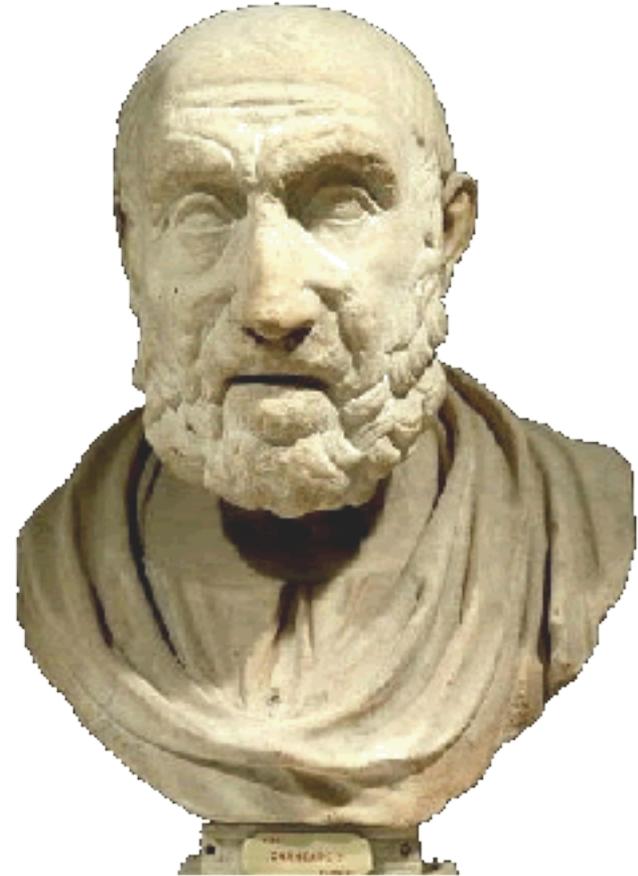
Alcuni non si ritengono all'**altezza**

Alcuni temono di non avere **TEMPO**

Alcuni pensano che non sia **IMPORTANTE**

Rolo dell'EP nel quotidiano del MMG

- L'EP è certamente un problema **medico** che investe la persona e la coppia nella sua totalità.
- Non può è non deve essere considerato semplicemente un aspetto che riguarda lo stile di vita o l'attività ricreazionale.

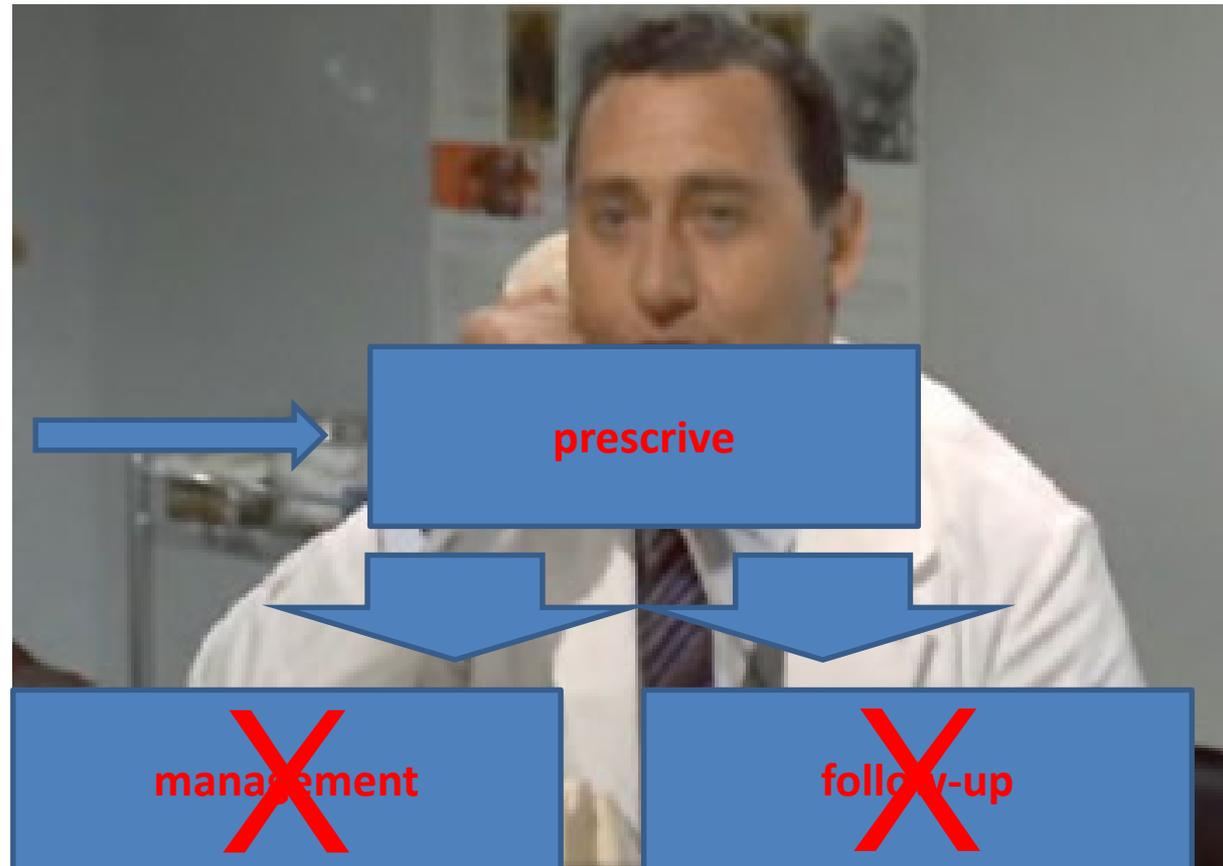


Cosa può accadere al MMG di fronte alla richiesta del paziente?

nega

Oppure:

banalizza



SOLUZIONE



La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sostiene che
**“la salute sessuale è parte integrante
della salute e del benessere
dell’individuo”**



La salute sessuale è uno stato di benessere fisico, emozionale, mentale e sociale associato alla sessualità. La salute sessuale quindi non è semplicemente correlata ad assenza di malattia, disfunzione o infermità.

La salute sessuale non può essere definita, compresa e vissuta senza una considerazione ampia della sessualità, che è una base importante dei comportamenti e degli esiti della vita sessuale

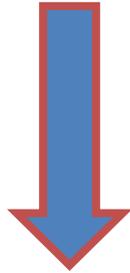


PERCHE' IL MMG DOVREBBE TRATTARE LA TEMATICA SESSUALE
CON I SUOI PAZIENTI?



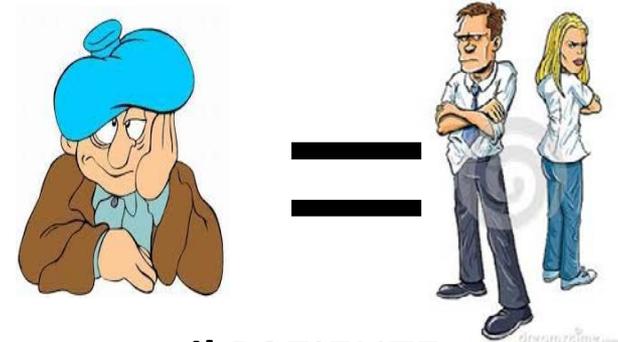
FIGURA PROFESSIONALE CHE SI INTERFACCIA
CON
MAGGIORE FREQUENZA CON I PAZIENTI

***Approccio somato-
psichico e
psico-somatico***

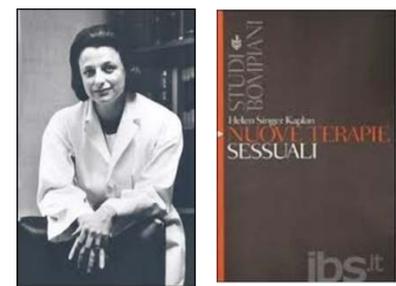


**Unico modo per comprendere
globalmente
la disfunzione sessuale**

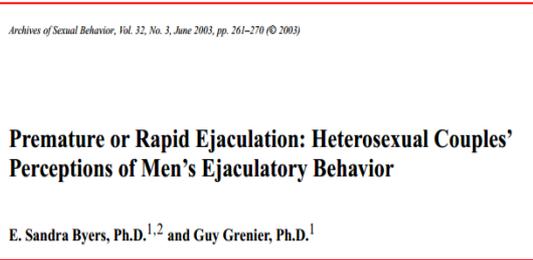




**il PAZIENTE
è
la COPPIA**



Come impatta l'EP sulla partner



- **Distress** for the partner, and/or the relationship as a whole
 - **Mistrust**
- **Frustration** and anger
 - Perceived selfishness of the male partner
- Breakdown of **intimacy** between partners



The Impact of Premature Ejaculation on Partners and Relationships

Tricia Barnes*

90 Harley Street, London W1G 7HS, United Kingdom

Table 2 - Female partners believe increased intravaginal ejaculatory latency time will positively impact

	Partners with premature ejaculation (N = 115)
Overall relationship ^a	57.9%
Sexual relationship ^b	77.4%

Partners reporting "important impact" or "dramatic impact," the highest ratings on a five-point scale.

If there were a way to increase the length of time between your first penetration and ejaculation, what do you think would be the impact...

^a Q27: on your overall relationship with your partner?
^b Q26: on your sexual relationship with your partner?

Table 3 - Relationship elements that partners of men with premature ejaculation desire to improve

Desired elements to improve	% Response [*] (N = 115)
Satisfaction of my partner with the sexual relationship	86.0
Quality of my sexual relationship	84.5
Frustration that I experience	73.6
Confidence in my partner's sexual ability	72.2
Level of distress that I experience	70.4
Quality of my overall relationship	67.9
Satisfaction of my partner with our overall relationship	62.3

^{*} Percentage of partners reporting desire to improve, strong desire to improve, or very strong desire to improve (highest ratings on a five-point scale) in response to the question "Given your current situation, which of the following elements do you want to improve?"

available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europeanurology.com



The Impact of Premature Ejaculation on Partners and Relationships

Tricia Barnes*

90 Harley Street, London W1G 7HS, United Kingdom

Table 4 - Discussions between female partners and physicians regarding sexual health

Status	Response* n (%)
Female partners have never had conversations and will not in the future	31 (26.7%)
would consider in the future	61 (53.4%)
Female partners have had conversations in the past, which were never helpful	7 (6.0%)
sometimes helpful	14 (12.1%)
always helpful	2 (1.7%)

* In response to the question, "Which of the following statements best represents your conversations on sexual health with doctors?"

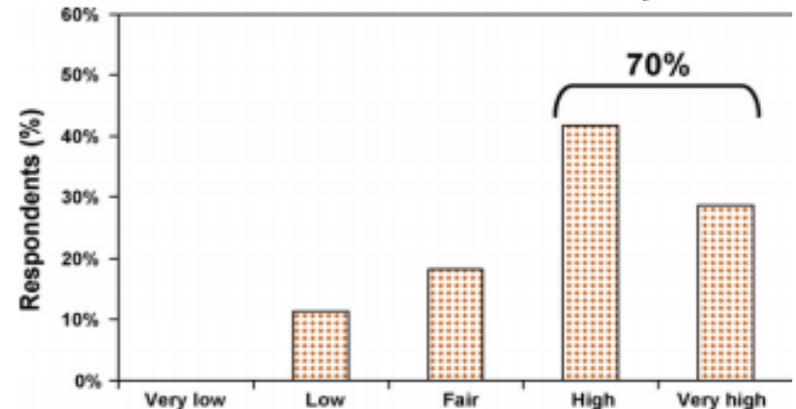


Fig. 2 - Female partners' desire to increase intravaginal ejaculatory latency time. Response to the question "How high is your desire to increase your partner's time from penetration to ejaculation?"



Sexual Medicine

The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) Survey: Prevalence, Comorbidities, and Professional Help-Seeking

Hartmut Porst ^{a,*}, Francesco Montorsi ^b, Raymond C. Rosen ^c, Lisa Gaynor ^d,
Stephanie Grupe ^d, Joseph Alexander ^d

^a Private Urological Practice, Hamburg, Germany

^b Sexual Medicine Centre, University Vita-Salute, Scientific Institute Hospital San Raffaele, Milan, Italy

^c Department of Psychiatry, University of Medicine and Dentistry of New Jersey, Robert Wood Johnson Medical School, Piscataway, NJ, United States

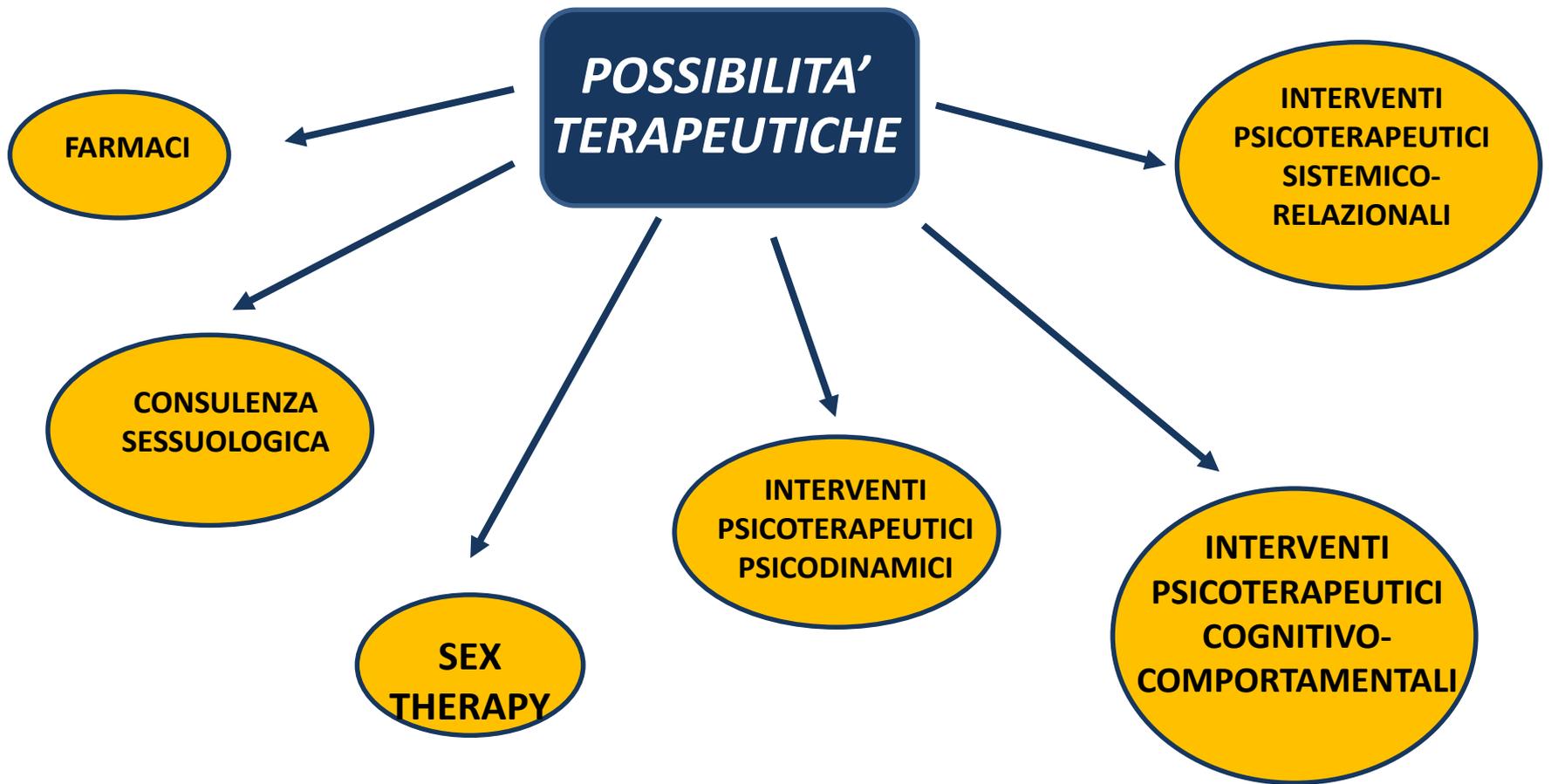
^d Johnson & Johnson Pharmaceutical Services LLC, Raritan, NJ, United States

Table 5 - Factors discouraging men from seeking treatment

	% of men with PE (n = 2754)
Response of "agree completely" or "agree somewhat" to:	
My doctor is the best source of information about health issues.	51.1
I don't like taking pills.	38.8
Less control over ejaculation is a natural part of aging.	20.6
I doubt any medicine can help me control when I climax.	20.1
I would rather discuss my sexual concerns with a doctor who is not my regular physician.	24.5
I worry about becoming dependent on a medication to perform sexually.	43.8
I have learned to live with the fact that I climax too soon.	37.1
I am not comfortable discussing sexual issues with my partner.	23.7
Reason for response of "slightly interested" or "not at all interested" in a medication for PE:	
I do not want to have to talk to a physician to get the medication.	17.0
I am too embarrassed to discuss this with anyone.	12.0
I don't think anything can help.	11.5
Positive response to "The main cause of my climaxing too soon is:"	
Performance anxiety.	26.6
Being too aroused sexually.	48.7
Being too sensitive to touch.	31.9
Having sex too infrequently.	30.6
A consequence of another medical condition.	5.4
PE is a medical condition.	6.6
Psychological or emotional issues.	10.4
Getting older.	23.6

PE = premature ejaculation.

La partner funge
da ruolo chiave
nel motivare il
maschio affetto
da EP a
richiedere aiuto





Individuazione di piani di
intervento efficaci che si adattano
alle esigenze della persona,
piuttosto
che ai principi di uno
specifico intervento!



SESSUOLOGIA: necessità di un «setting integrato»

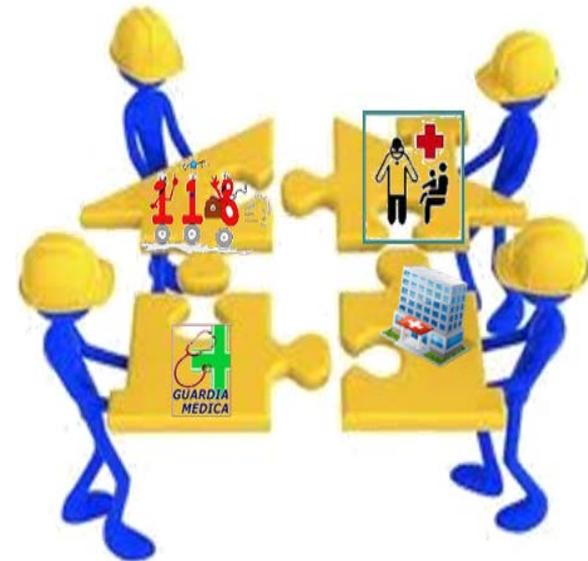
4 livelli di integrazione:

Integrazione all'interno della mente dello
psicoterapeuta

Integrazione tra strumenti utilizzati

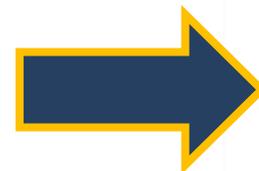
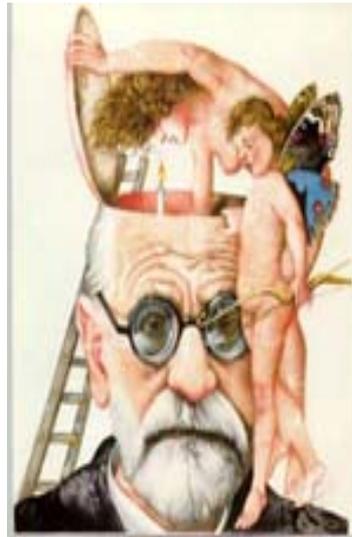
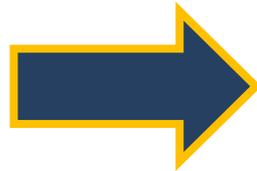
Integrazione fra modelli di riferimento

Integrazione tra figure professionali



Integrazione in sessuologia tra il medico e lo psico-sessuologo

Invio allo psico-sessuologo quando le cause organiche vengono escluse



COINVOLGIMENTO DEGLI MMG NELLA GESTIONE DELLE PROBLEMATICHE SESSUALI

Gli MMG discutono con il loro pazienti delle
problematiche sessuali?

The Proactive Sexual Health History

MARGARET R.H. NUSBAUM, D.O., M.P.H., University of North Carolina at Chapel Hill,
Chapel Hill, North Carolina
CAROL D. HAMILTON, ED.D., P.A.-C., Emory University, Atlanta, Georgia

NOVEMBER 1, 2002 / VOLUME 66, NUMBER 9

www.aafp.org/afp

AMERICAN FAMILY PHYSICIAN 1705



ORIGINAL RESEARCH—EDUCATION

Predictors of Physicians' Involvement in Addressing Sexual Health Issues

Zoi Tsimtsiou, MD, MSc, Konstantinos Hatzimouratidis, MD, PhD, Evangelia Nakopoulou, MSc, Evie Kyrana, MSc, George Salpigidis, MD, PhD, and Dimitris Hatzichristou, MD, PhD
Center for the Sexual and Reproductive Health, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

DOI: 10.1111/j.1743-6109.2006.00271.x

© 2006 International Society for Sexual Medicine

J Sex Med 2006;3:583-588

COINVOLGIMENTO DEGLI MMG NELLA GESTIONE DELLE PROBLEMATICHE SESSUALI

Gli MMG discutono con il loro pazienti delle
problematiche sessuali?

47

**Educating Physicians to Treat Erectile Dysfunction Patients:
Development and Evaluation of a Course on Communication and
Management Strategies**

Loukas Athanasiadis, MD, PhD,^{*†} Stamatis Papaharitou, MSc,[†] Georgios Salpiggidis, MD,[†]
Zoi Tsimitsiou, MD,[‡] Evangelia Nakopoulou, PhD,[†] Paraskevi-Sofia Kirana, MSc,[†]
Kyriakos Moisidis, MD,^{*†} and Dimitrios Hatzichristou, MD^{*†}

^{*}Papageorgiou General Hospital, Thessaloniki, Greece, [†]Center for Sexual and Reproductive Health, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece; [‡]AHEPA General Hospital, Thessaloniki, Greece

© 2006 International Society for Sexual Medicine

J Sex Med 2006;3:47-55

I MMG provano
vergogna,
discomfort
nell'affrontare con i
propri pazienti la
tematica sessuale

PARTE SECONDA

Health-Related Characteristics and Unmet Needs of Men with Erectile Dysfunction: A Survey in Five European Countries

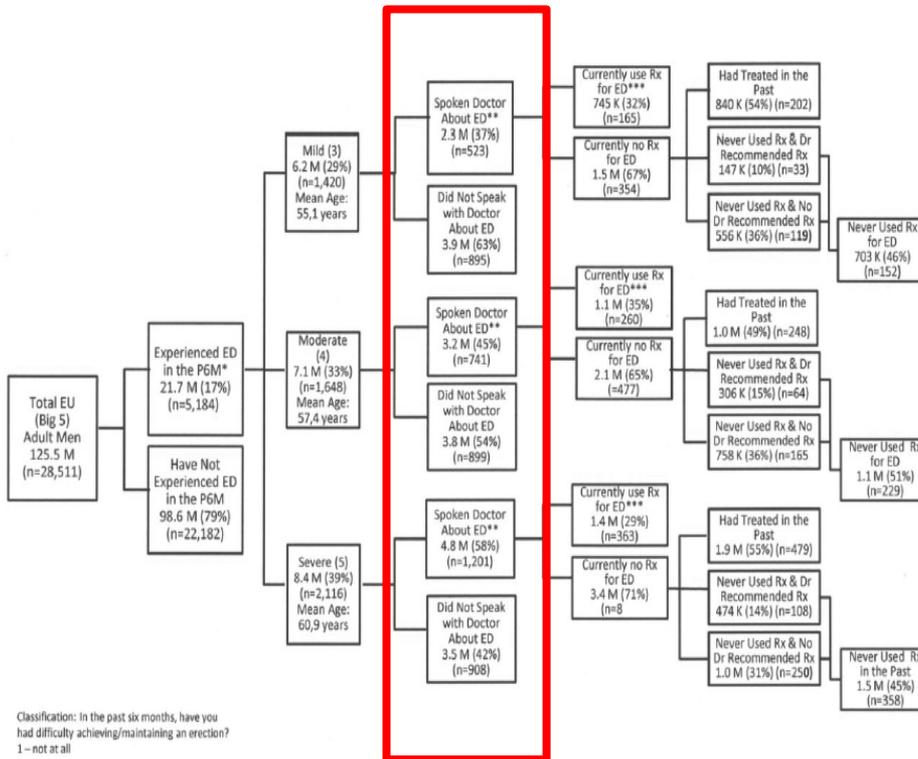
Emmanuele A. Jannini, MD,* Nikoletta Sternbach, BBA,[†] Erika Limoncin, PsyD, PhD,* Giacomo Ciocca, PsyD, PhD,* Giovanni Luca Gravina, MD,* Francesca Tripodi, PsyD,* Irene Petruccioli, PhD,[‡] Sylvia Keljzer, FH,[§] Gina Isherwood, PhD,** Britta Wiedemann,^{||} and Chiara Simonelli, PhD^{††}

*School of Sexology, Department of Clinical and Applied Sciences and Biotechnologies, University of L'Aquila, L'Aquila, Italy; [†]Kantar Health, New York, NY, USA; [‡]Institute of Clinical Sexology, Rome, Italy; [§]Faculty of Human and Social Sciences, ^{||}Kore University of Enna, Enna, Italy; ^{|||}Bayer S.p.A, Milan, Italy; ^{***}Kantar Health, Epsom, Surrey, UK; ^{†††}Bayer HealthCare Pharmaceuticals, Berlin, Germany; ^{††††}Faculty of Medicine and Psychology, ^{†††††}Sapienza University of Rome, Rome, Italy

DOI: 10.1111/jsm.12344

© 2013 International Society for Sexual Medicine

J Sex Med **:**:**



Classification: In the past six months, have you had difficulty achieving/maintaining an erection?
 1 – not at all
 2
 3
 4
 5 – a great deal

Circa la metà del campione di soggetti con DE (52%; 2.702/5.184) non parla della propria problematica sessuale con il MMG

Pazienti ≥60 anni: relazione più stretta con il proprio MMG

**Health-Related Characteristics and Unmet Needs of Men with
Erectile Dysfunction: A Survey in Five European Countries**

Emmanuele A. Jannini, MD,* Nikoletta Sternbach, BBA,† Erika Limoncin, PsyD, PhD,*
Giacomo Ciocca, PsyD, PhD,* Giovanni Luca Gravina, MD,* Francesca Tripodi, PsyD,‡
Irene Petrucelli, PhD,§ Sylvia Keijzer, FH,¶ Gina Isherwood, PhD,** Britta Wiedemann,†† and
Chiara Simonelli, PhD†‡‡

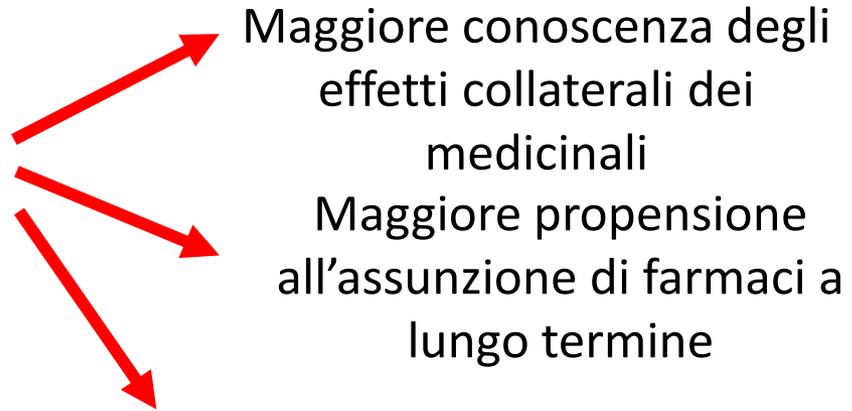
*School of Sexology, Department of Clinical and Applied Sciences and Biotechnologies, University of L'Aquila, L'Aquila, Italy; †Kantar Health, New York, NY, USA; ‡Institute of Clinical Sexology, Rome, Italy; §Faculty of Human and Social Sciences, "Kore" University of Enna, Enna, Italy; ¶Bayer S.p.A, Milan, Italy; **Kantar Health, Epsom, Surrey, UK; ††Bayer HealthCare Pharmaceuticals, Berlin, Germany; †‡Faculty of Medicine and Psychology, "Sapienza" University of Rome, Rome, Italy

DOI: 10.1111/jsm.12344

© 2013 International Society for Sexual Medicine

J Sex Med **,**-**-**

Migliore relazione con il
proprio medico



Maggiore conoscenza degli
effetti collaterali dei
medicinali

Maggiore propensione
all'assunzione di farmaci a
lungo termine

Minore frequenza di
assunzione di iPDE-5

**AVANAFIL
DAPOXETINA**

Predictors of Physicians' Involvement in Addressing Sexual Health Issues

Zoi Tsimtsiou, MD, MSc, Konstantinos Hatzimouratidis, MD, PhD, Evangelia Nakopoulou, MSc, Evie Kyra, MSc, George Salpigdis, MD, PhD, and Dimitris Hatzichristou, MD, PhD

Center for the Sexual and Reproductive Health, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

DOI: 10.1111/j.1743-6109.2006.00271.x

© 2006 International Society for Sexual Medicine

J Sex Med 2006;3:583–588

**PREDITTORI
NEGATIVI:**



- No adesione a un training di abilità comunicative
- Conoscenza insufficiente della fisiologia del comportamento sessuale
- Incapacità a gestire le richieste dei pazienti nei tempi prestabiliti
- Mancanza di un setting che favorisce la «privacy»
- Caratteristiche personali (età, genere femminile del medico/paziente, credenze personali, paure)

ORIGINAL RESEARCH—EDUCATION

Predictors of Physicians' Involvement in Addressing Sexual Health Issues

Zoi Tsimtsiou, MD, MSc, Konstantinos Hatzimouratidis, MD, PhD, Evangelia Nakopoulou, MSc, Evie Kyrana, MSc, George Salpigidis, MD, PhD, and Dimitris Hatzichristou, MD, PhD

Center for the Sexual and Reproductive Health, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

DOI: 10.1111/j.1743-6109.2006.00271.x

© 2006 International Society for Sexual Medicine

J Sex Med 2006;3:583–588

N= 222
MMG

Table 1 Demographic characteristics of the sample

Physicians' characteristics	N (%)
Age (years)	44.93 ± 9.17 (27–67)*
<40	64 (29.0)
40–54	120 (54.4)
>54	38 (16.6)
Gender	
Male	200 (90.1)
Female	22 (9.9)
Family status	
Single	85 (38.1)
Married	172 (79.3)
Divorced	8 (3.7)
Widowed	2 (0.9)
Relationship with religion	
None	33 (15.4)
Some	46 (21.5)
Good	102 (47.7)
Excellent	33 (15.4)

Table 2 Professional, practice, and education data

Physicians' characteristics	N (%)
Medical specialty	
Internists	96 (43.2%)
General practitioners	28 (12.6%)
Cardiologists	36 (16.3%)
Urologists	62 (27.9%)
Postgraduate education	
PhD	27 (12.2%)
Masters degree	41 (18.5%)
Fellowship abroad	32 (14.4%)
None	135 (60.8%)
Professional status	
Registrant	83 (37.6%)
Private practice	127 (57.2%)
National system of health	55 (24.7%)
Academics	5 (2.3%)
Region of practice	
Urban area	163 (73.4%)
Suburban area	47 (21.2%)
Rural area	12 (5.4%)
Training in communication	
Yes	64 (29.5%)
No	153 (70.5%)
Years of practice	16.85 ± 8.92 (1–42)*
Patients per week	133 ± 101 (0–560)*

*Mean ± SD (range).



Predictors of Physicians' Involvement in Addressing Sexual Health Issues

Zoi Tsimtsiou, MD, MSc, Konstantinos Hatzimouratidis, MD, PhD, Evangelia Nakopoulou, MSc, Evie Kyrana, MSc, George Salpigidis, MD, PhD, and Dimitris Hatzichristou, MD, PhD

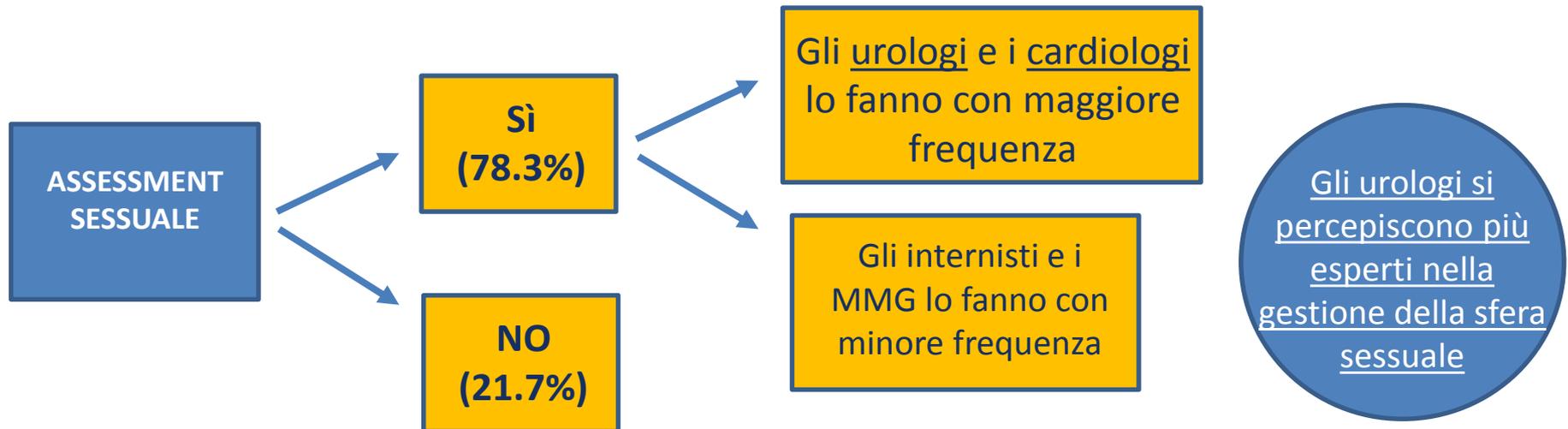
Center for the Sexual and Reproductive Health, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

DOI: 10.1111/j.1743-6109.2006.00271.x

© 2006 International Society for Sexual Medicine

J Sex Med 2006;3:583–588

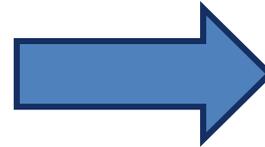
**APPROFONDIMENTO DELLA STORIA
SESSUALE**



Sex coaching for physicians: combination treatment for patient and partner

MA Perelman^{1*}

**NECESSITA' DI INCORPORARE
L'ASSESSMENT SESSUOLOGICO
NELLA PRATICA CLINICA**



Sex coaching for physicians: combination treatment for patient and partner

MA Perelman^{1*}

PERCHE' IL MEDICO NON CHIEDE?

- NECESSITA' DI UNA VISIONE GLOBALE DEL PROBLEMA**
- GESTIONE EFFICACE DEL TEMPO**





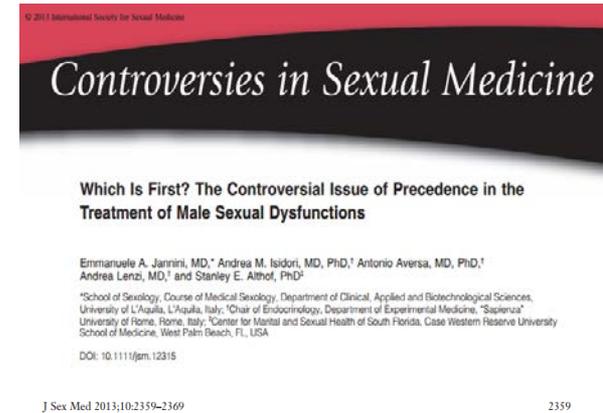
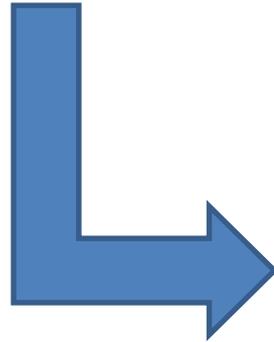
ORIGINAL ARTICLE

Attachment styles and sexual dysfunctions: a case-control study of female and male sexuality

G Ciocca¹, E Limoncin¹, S Di Tommaso¹, D Mollaioli¹, G Gravina¹, A Marcozzi², A Tullii³, E Carosa¹, S Di Sante¹, D Gianfrilli¹, A Lenzi³ and EA Jannini^{1,4}

**GLOBAL
PROBLEM'S VIEW**

**L'IMPORTANZA DEL PARTNER:
ABBANDONO DELLA TERAPIA**



- ❑ **Resistenze alla terapia: spesso di natura emotiva**
- ❑ **Il fattore relazionale è una tra le cause psicologiche più frequenti delle DS**

Sex coaching for physicians: combination treatment for patient and partner

MA Perelman^{1*}

GESTIONE CORRETTA DEL TEMPO

1. Il MMG ascolta per 1 min. la problematica riferita dal paziente
2. Enfasi sulla possibilità di aiuto
3. Il MMG sottolinea i limiti di tempo
4. Si fissa un nuovo appuntamento per la discussione della problematica sessuale



MODALITA' DI CONDUZIONE DI UN COLLOQUIO

COLLOQUIO: mezzo di scambio nella
comunicazione quotidiana

MODALITA' DI CONDUZIONE:

- dipende dal grado di strutturazione che si vuole dare al colloquio
- Dipende dal tipo di informazioni che vogliamo ottenere

***Scambio di
parole***

***Scambio di
comportamenti***



STILE DEL COLLOQUIO

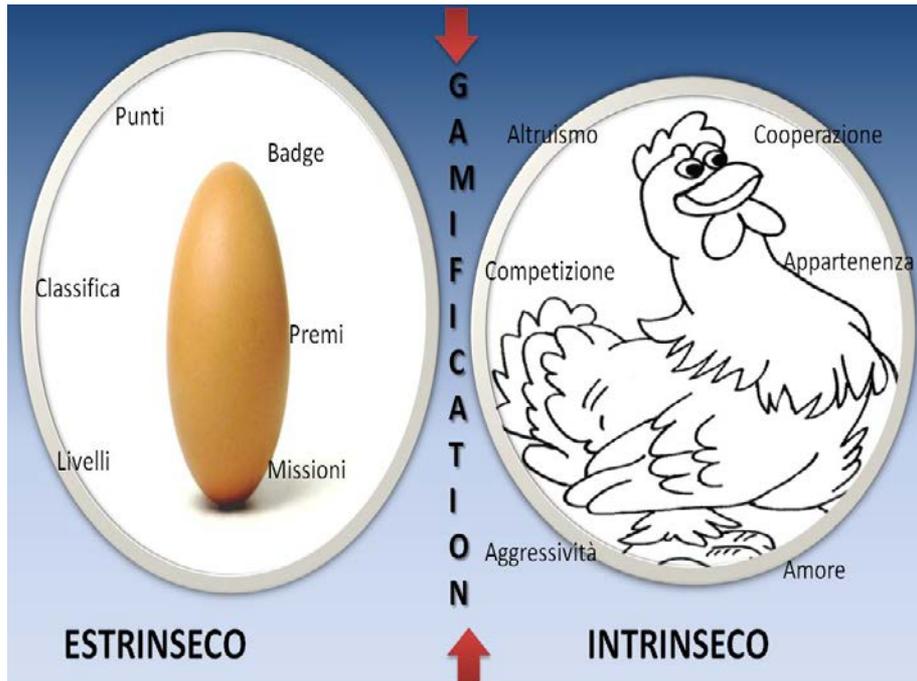
- ❑ ***STILE RIGIDO*** (*l'intervistatore impone le domande, risposte seguono un certo ordine*)
- ❑ ***STILE PERMISSIVO*** (*intervista condotta in maniera aperta; l'intervistatore assume libertà all'interno del dialogo*)
- ❑ ***STILE CONSULTIVO*** (*i due partecipanti collaborano; la condotta del conduttore si adegua all'utente*)
- ❑ ***STILE PARTECIPATIVO*** (*le parti coinvolte rimangono indipendenti ai fini del colloquio*)

EFFICACIA DEL COLLOQUIO

TIPO DI MOTIVAZIONE

MOTIVAZIONE INTRINSECA: si richiede il colloquio per raggiungere un certo processo di conoscenza. L'incontro è richiesto o accettato da entrambi i partecipanti.

MOTIVAZIONE ESTRINSECA: l'interesse per l'incontro e la conversazione riguarda un tema proposto dallo psicologo. L'incontro avviene a prescindere da un'adesione autentica del paziente



Uovo Oggi o Gallina Domani? Magari Entrambi!

Motivazioni intrinseche: Noi stessi decidiamo di fare o non fare qualcosa

Motivazioni estrinseche: Qualcun altro ci spinge a fare o non fare qualcosa

Gamification, in quanto tecnica agnostica, si colloca esattamente al centro del grafico andando a intersecare le due aree motivazionali

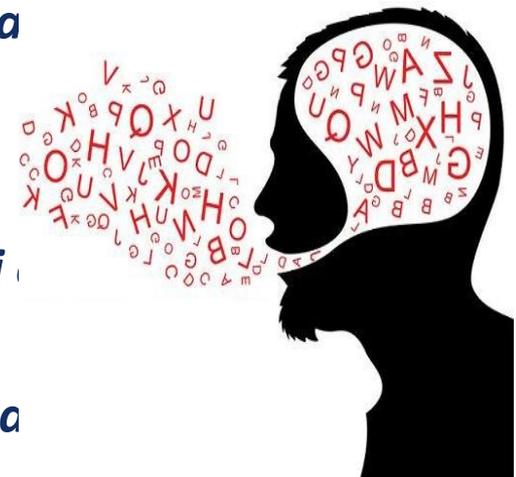
CARATTERISTICHE di PERSONALITA'

- PERSONALITA' ARMONICA ED
EQUILIBRATA***
- BUONA MATURAZIONE SUL PIANO
AFFETTIVO-EMOTIVO***
- DISPONIBILITA' AL RAPPORTO SOCIALE***
- CAPACITA' DI METTERSI NEI PANNI
DELL'ALTRO, MANTENENDO LA GIUSTA
Distanza EMOTIVA***
- EVITAMENTO DI STEREOTIPI E
PENSIERO GIUDICANTE***

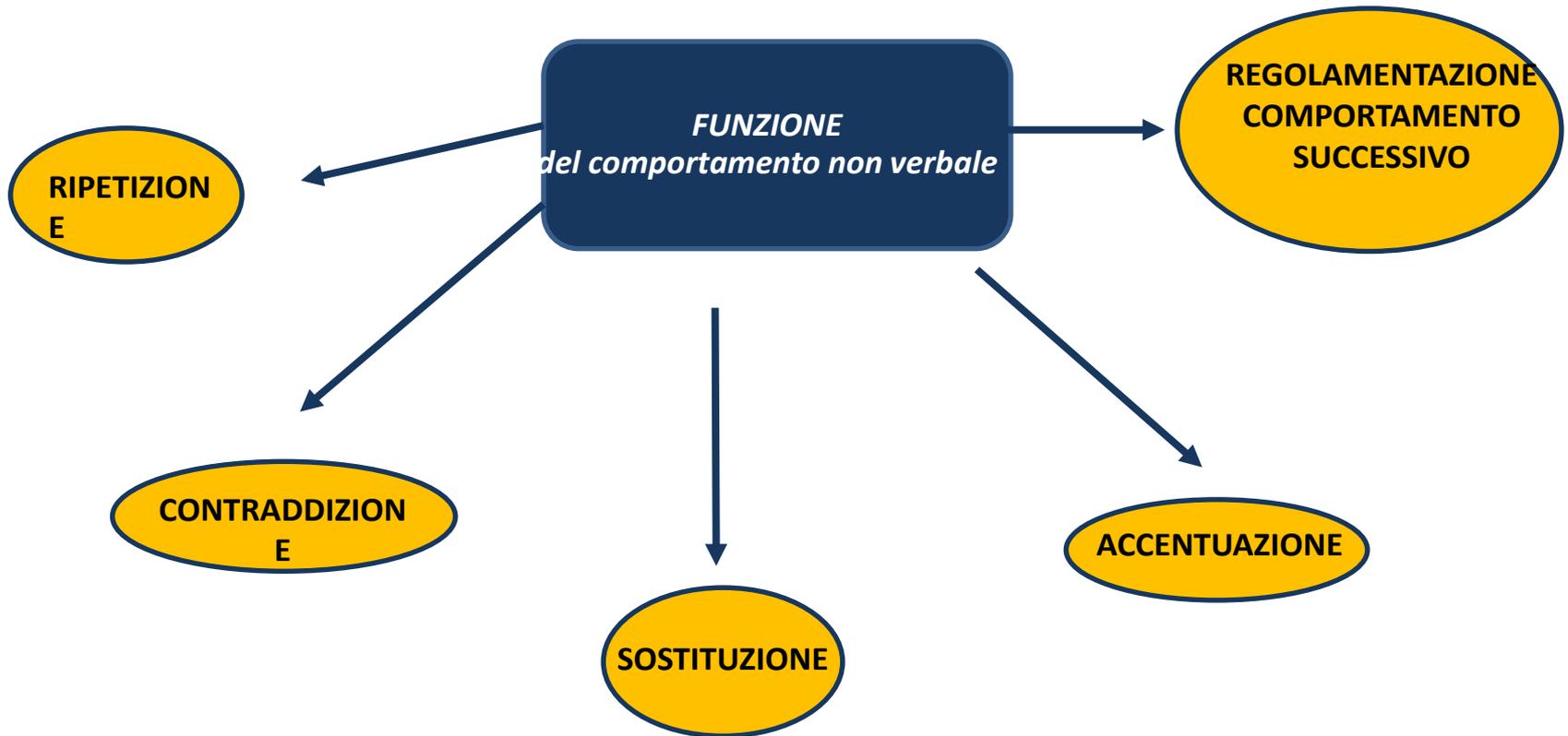


FASI DEL COLLOQUIO

- ❑ **INTRODUZIONE:** - *creazione di un clima accogliente*
 - *accoglimento (definizione di ruoli, contesti di appartenenza)*
 - *motivo del colloquio (problema riferito dal paziente)*
 - *scopo del colloquio (varia in base alla sequenza di incontro)*
- ❑ **SVOLGIMENTO** (*raccolta informazioni, elaborazione dei dati*)
- ❑ **CONCLUSIONE** (*sintesi dei dati ottenuti e pianificazione attività*)



COMUNICAZIONE NON VERBALE



MODALITA' COMUNICAZIONE NON VERBALE



- **MOVIMENTI DEL CORPO:** - *gesticolazione*
 - *movimenti del tronco/arti/mani*
 - *espressioni della mimica facciale*
 - *postura*

- **CARATTERISTICHE FISICHE:** -
 - abbigliamento*

 - *trucco,*

 - abbellimento*

MODALITA' COMUNICAZIONE NON VERBALE



□ **PARALINGUAGGIO:**

modo in cui un messaggio viene emesso -

qualità/timbro di voce

vocalizzazioni

□ **FATTORI AMBIENTALI:** - *arredo dello studio*

- *disposizione*

dell'arredamento

IL SILENZIO

Privo di

comunicazione

Connesso ad aspetti

emozionali

del paziente

Resistenza al

colloquio

Momento

riflessivo/di insight



Strategie per la conduzione di una buona consulenza sessuologica



- ❑ *Conoscere la fisiologia della sessualità e le sue componenti psicologiche*
- ❑ *Utilizzare un linguaggio semplice, senza troppi tecnicismi*
- ❑ *Evitare atteggiamenti giudicanti, cercando di mostrare interesse verso le tematiche proposte dal paziente*
- ❑ *Rapporto consapevole con la propria sessualità*

Anamnesi sessuologica: quali variabili considerare

Primo colloquio in sessuologia

Età

Paese di origine e credo religioso

Famiglia di origine

Grado di istruzione, posizione lavorativa

Stato civile, prole

Pubertà

Educazione sessuale

Atteggiamento verso gli argomenti «spinti»

Atteggiamento verso il proprio corpo

Orientamento sessuale

Prime esperienze sessuali/traumi

Abitudini alimentari e uso di alcolici

Indice di benessere globale



Anamnesi sessuologica: quali variabili considerare

***PAESE DI ORIGINE: la sessualità è il
prodotto del contesto socio-culturale di
appartenenza***

- SINDROME DI SRADICAMENTO (stress, disturbi psicopatologici, tra cui depressione disturbo dell'adattamento)***
- VIOLENZE GEO-POLITICHE (traumi, abusi, mutilazioni sessuali, torture, genocidio, prigionia)***



Anamnesi sessuologica: quali variabili considerare

***FAMIGLIA DI ORIGINE: la sessualità è il prodotto
del contesto FAMILIARE***

- ASPETTI EREDITARI/GENETICI (presenza di
patologie genetiche che possono determinare
l'insorgenza delle disfunzioni sessuali)***

- EDUCAZIONE E RELAZIONI FAMILIARI***

- ORDINE DI FRATRIA (influenza sulla struttura di
personalità e sul ruolo sessuale)***



Anamnesi sessuologica: quali variabili considerare

PUBERTA': valutazione delle prime modificazioni corporee

- Si ricorda quando il suo timbro di voce ha iniziato a modificarsi?***

- Quando ha iniziato a radersi?***

- Quando ha avuto la prima eiaculazione/il menarca?***

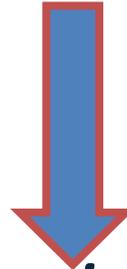
- Quando ha notato le prime modificazioni al seno?***



Anamnesi sessuologica: quali variabili considerare

EDUCAZIONE

SESSUALE



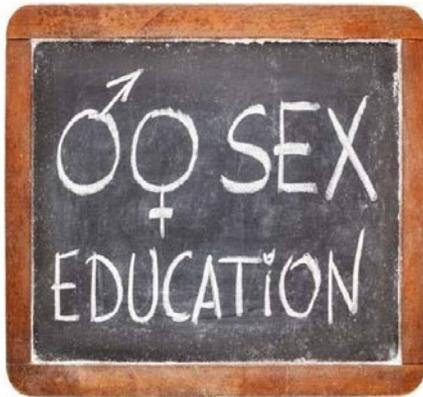
Tipo di educazione sessuale

ripartito in

famiglia/atteggiamento

genitoriale nei confronti

della sessualità



Anamnesi sessuologica: quali variabili considerare

PRIME ESPERIENZE SESSUALI

- A che età ha avuto il suo primo rapporto sessuale?***
- Che tipo di relazione aveva con il suo partner sessuale?***
- Quali sono state le motivazioni che l'hanno spinto ad avere il suo primo rapporto sessuale?***
- Come si è sentito/a dopo il rapporto?***



Anamnesi sessuologica: quali variabili considerare

- Vissuto negativo relativo ai giochi sessuali
infantili***
- L'essere stati scoperti dai genitori durante l'auto-
erotismo***
- Abuso sessuale/incesto***

EVENTI

TRAUMATICI



Anamnesi sessuologica: quali variabili considerare

DESIDERIO E ATTIVITA'

MASTURBATORIA

- ❑ **MASTURBAZIONE: atto, comportamento,**

struttura caratteriale

~~LEI SI
MASTURBA???~~

OK *Nell'adolescenza, lei saprà, è pratica comune
masturba.  capitato anche a lei?*

OK *Con che frequenza si masturba? Accompagna tale
pratica a delle fantasie?*



Anamnesi sessuologica: utilità dei test psicometrici

Sessualità maschile	Sessualità femminile
International Index of Erectile Function (IIEF)	Brief Sexual Function Index for Women (BSFI-W)
Sexual Health Inventory for Men (SHIM)	Female Sexual Function Index (FSFI)
Erectile function domain of IIEF-6	Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)
Brief Sexual Function Inventory for Urology (BSFI)	Sexual Function Questionnaire (SFQ)
Florida Sexual History Questionnaire (FSHQ)	Female Intervention Efficacy Index (FIEI)
Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ)	Profile of Female Sexual Function (PFSF)
Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)	Short form of the Personal Experience Questionnaire (SPEQ)
Erection Quality Scale (EQS)	Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ)
Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX)	
Derogatis Interview for Sexual Functioning Self Report (DSFI-SR)	
Derogatis Sexual Function Inventory (DSFI)	
Sexual Interaction Inventory (SII)	
Self-Esteem And Relationship Questionnaire (SEAR)	
Psychological Impact of Erectile dysfunction (PIED)	
Quality of Sexual Life Questionnaire (QVS)	
Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction (EDITS)	
Patient and Partner Treatment Satisfaction Scale (TSS)	
Chinese Index of Premature Ejaculation (CIPE-	

REVIEWS

Questionnaires for Assessment of Female Sexual Dysfunction: A Review and Proposal for a Standardized Screener

Annamaria Giraldi, MD, PhD,¹ Alessandra Rellini, PhD,¹ James G. Pfaus, PhD,¹ Johannes Bitzer, MD,¹ Ellen Laan, PhD,¹ Emmanuele A. Jannini, MD,^{1*} and Axel R. Fugl-Meyer, MD, PhD^{1†}

¹Department of Sexual Research, Psychiatric Center Copenhagen, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; ²Department of Psychology, University of Vermont, Burlington, Vermont, USA; ³Center for Studies in Behavioral Neurobiology, Department of Psychology, Concordia University, Montreal, Canada; ⁴Division of Family Planning, Sexuality & Psychoanalytic Obstetrics, University Hospital Basel, Switzerland; ⁵Department of Senology & Psychoanalytic Obstetrics and Gynecology, University of Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; ⁶School of Sexology, Department of Experimental Medicine, University of L'Aquila, Italy; ⁷Department of Neuroscience, University of Uppsala, Sweden



REVIEW

Inventories for male and female sexual dysfunctions

G Corona^{1,3}, EA Jannini^{2,3} and M Maggi¹

¹Andrology Unit, Department of Clinical Physiopathology, University of Florence, Florence, Italy and ²Course of Endocrinology & Medical Sexology, Department of Experimental Medicine, University of L'Aquila, L'Aquila, Italy

TAKE HOME MESSAGES

- APPROFONDIRE CON IL PROPRIO PAZIENTE LA SFERA SESSUALE
- DOMANDE APERTE, SEMPLICI
- CONSIDERARE IL CONTESTO SOCIO-CULTURALE DI APPARTENENZA
- PRENDERE IN CONSIDERAZIONE IL/LA PARTNER

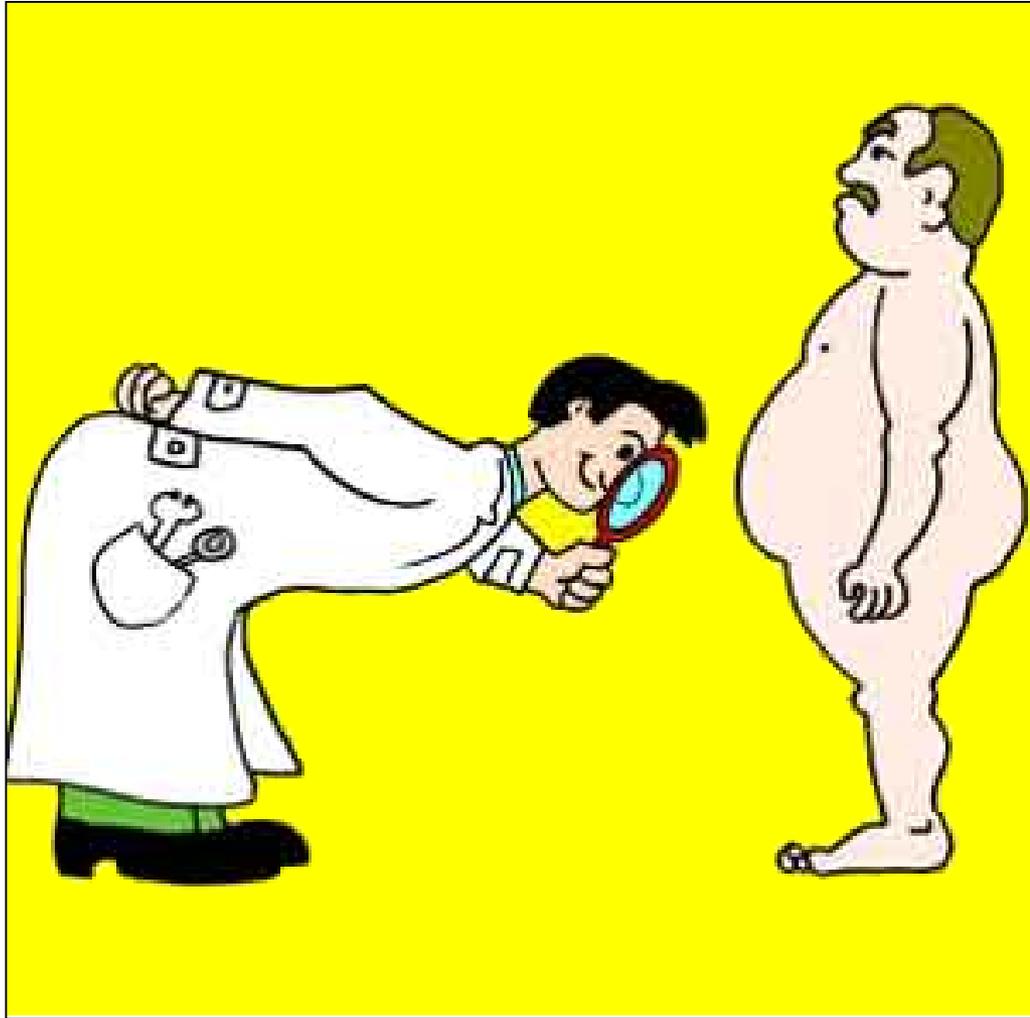
- UTILIZZO TEST PSICOMETRICI

- APPROCCIO MULTI-DISCIPLINARE

- VISIONE SOMATO-PSICHICA E PSICO-SOMATICA



3. Inquadramento fisiopatologico



Tassonomia dell'EP

CAUSA

- ORGANICA
 - Genetica
 - Neurobiologica
 - Urologica
 - Endocrina
 - Farmacologica
- NON-ORGANICA (idiopatica)
 - Funzionale (esperienze, educazione)
 - Costitutiva (abitus psicologico)
 - Stress-indotta (acuta o cronica)
 - Deficit culturale psicosessuale

ESORDIO

- LIFELONG
- ACQUISITA (dopo un periodo di normale controllo eiaculatorio)

TEMPO

- ANTE PORTAS (prima della penetrazione)
- INTRA MOENIA (durante la penetrazione)

TIPO

- ASSOLUTA (generalizzata, non dipendente dal partner o dal contesto)
- RELATIVA (situazionale, dipendente dal partner o dal contesto)

CO-MORBIDITÀ

- SEMPLICE (in assenza di altri sintomi sessuali)
- COMPLICATA (in presenza di altri sintomi sessuali, type II of Shapiro, 1947)
 - Con ED
 - Dovuta all'ED

REVIEW ARTICLE

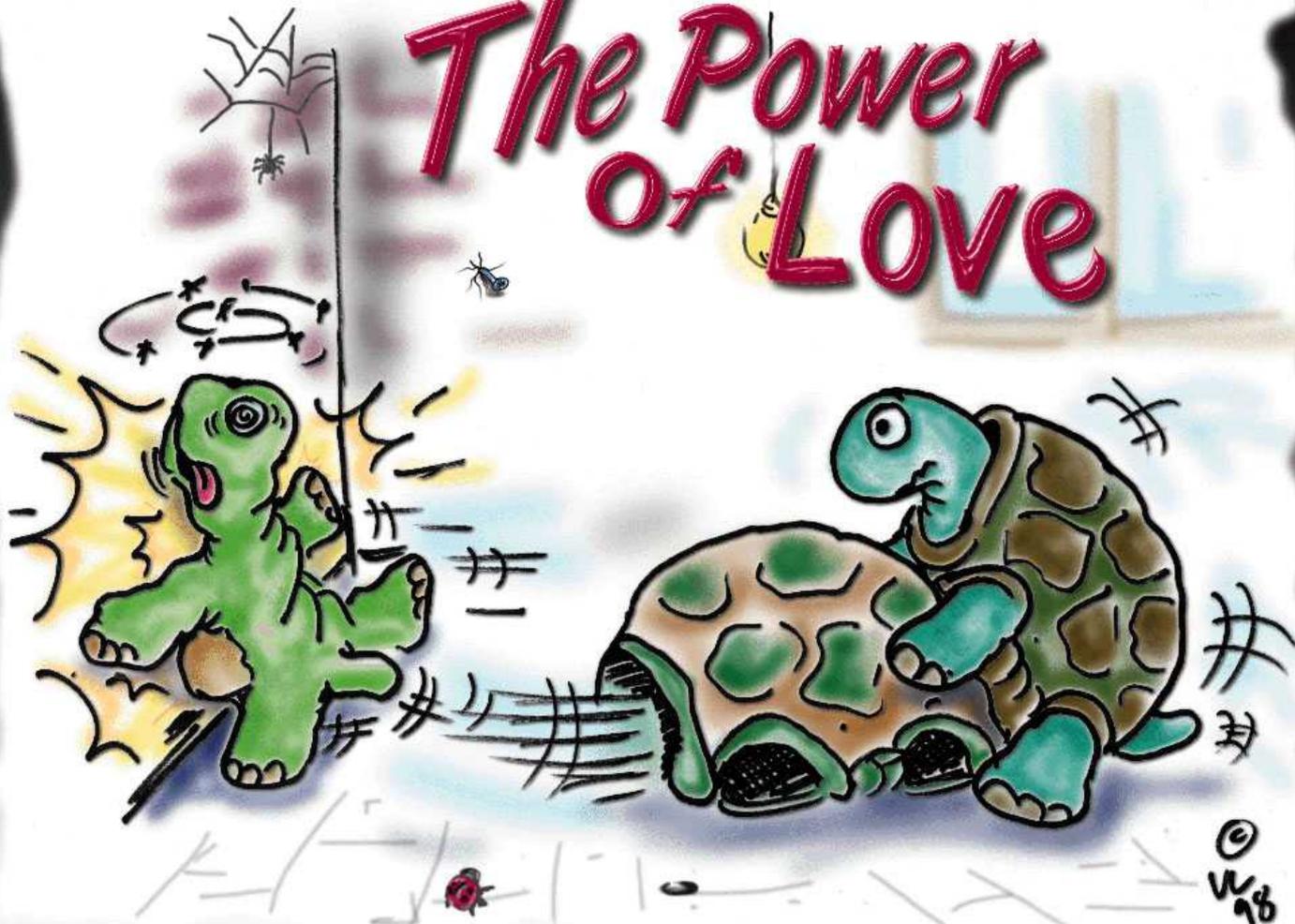
Disorders of ejaculation

E.A. Jannini*, C. Simonelli**, and A. Lenzi***

*Course of Medical Sexology at the Department of Experimental Medicine of the University of L'Aquila, L'Aquila; **Course of Psychology and Psychopathology of Sexual Behavior, Department of Psychology; ***Course of Clinical Pathology, Department of Medical Physiopathology, 1st University of Rome "La Sapienza", Rome, Italy

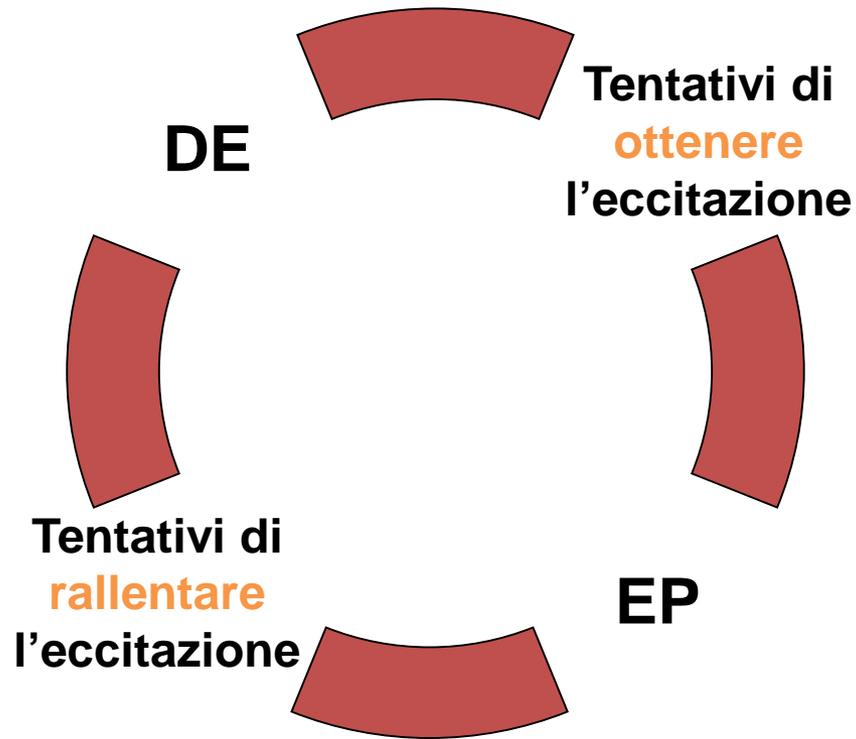
J. Endocrinol. Invest. 25: ??-??, 2002

The Power of Love



©
W
98

Comorbilità con altre disfunzioni sessuali



Correlation between ejaculatory and erectile dysfunction

E. A. JANNINI,* F. LOMBARDO† and A. LENZI†

international journal of andrology, 28 (Suppl. 2): 40–45 (2005)

- Paziente di 45 anni, ex fumatore (stop 7 anni fa), sposato con una buona relazione coniugale, 1 figlio
- Non assume farmaci
- Pregresso intervento di ernioplastica inguinale sinistra
- Il paziente lamenta disfunzione erettile da circa 1 anno, associata ad eiaculazione precoce

- All'esame obiettivo, non risultano alterazioni dei genitali esterni
- All'esplorazione rettale la prostata risulta di consistenza parenchimatosa, di dimensioni compatibili con l'età, a margini netti
- Presenza di modesto varicocele sinistro

Come procedere?

1. Test di tumescenza peniena notturna
2. Terapia al bisogno con inibitori della PDE-5 o ICI
3. Counselling psicologico per disfunzione erettile
4. Somministrazione del questionario IIEF, Power-color Doppler dinamico penieno, Chimica clinica e dosaggi ormonali

Il questionario IIEF evidenzia un dominio EF di 22

- Il power color Doppler dinamico penieno evidenzia una disfunzione erettile di grado lieve, a principale componente arteriogenica
- Testosterone: 350 ng/ml

Come procedere?

1. Paroxetina 10 mg/die
2. Si richiede counselling psicologico per impostare terapia comportamentale
3. Si consiglia al paziente una terapia al bisogno con Dapoxetina 30mg, con la possibilità di aumentare il dosaggio sino a 60mg se non efficace
4. Terapia cronica con inibitori della PDE5i a basso dosaggio
5. Terapia on-demand con PDE5i

- Successiva rivalutazione a 3 mesi

1° Controllo

- Dopo 3 mesi il paziente ritorna in ambulatorio e riferisce un miglioramento dell'erezione ma una persistente eiaculazione precoce
- Il paziente ammette nel frattempo di essere andato in internet a cercare altre soluzioni



- Il paziente riferisce anche di aver acquistato *on line* una crema ritardante senza beneficio



Come procedere?

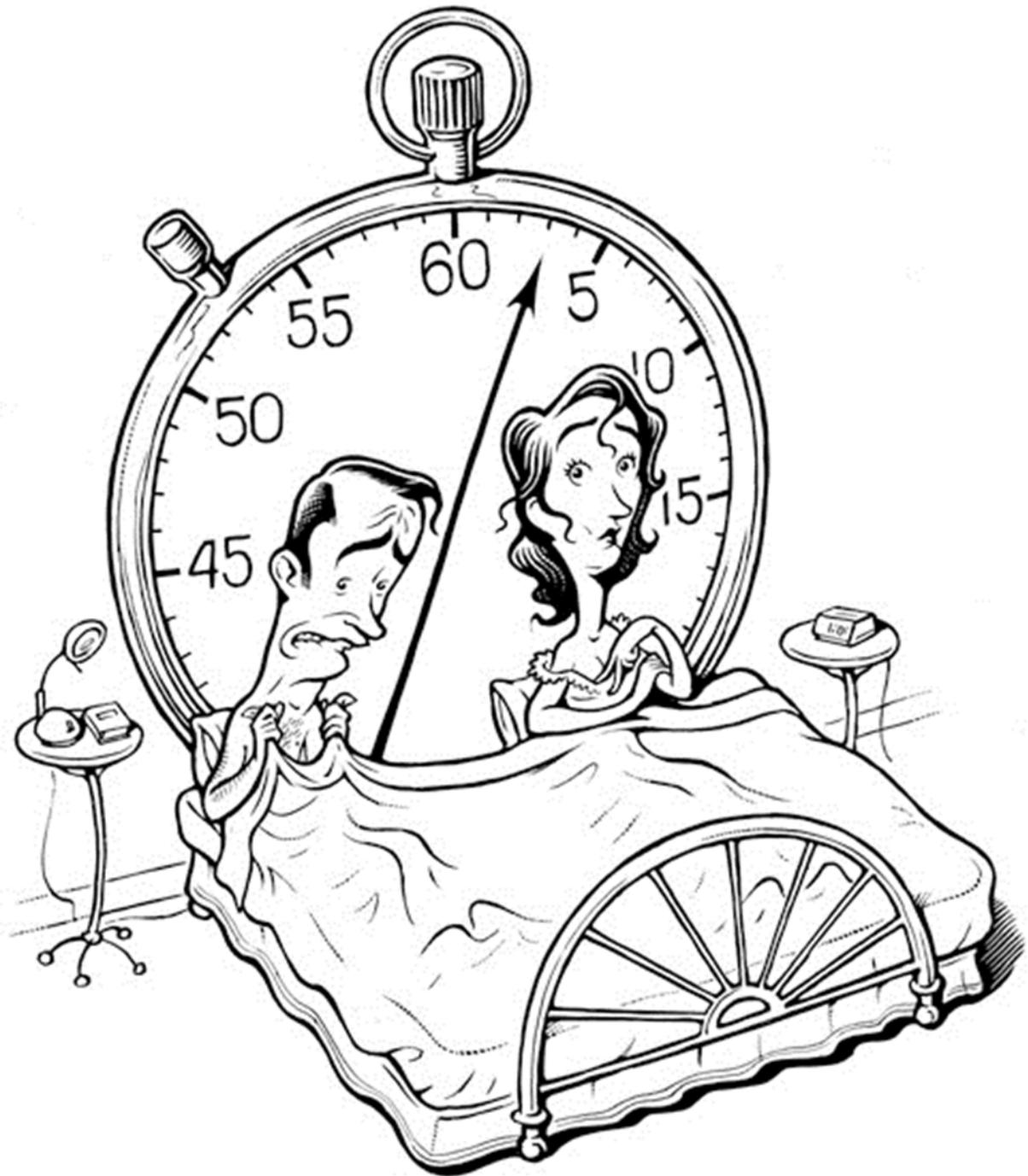
1. Si invia il paziente dallo psicologo
2. Si consiglia associazione di avanafil 200 mg e dapoxetina 30 mg al bisogno
3. Si invia il paziente dal sessuologo per impostare una terapia di coppia
4. Si aggiunge Paroxetina 10 mg/die

2° controllo

Dopo 3 mesi il paziente ritorna in ambulatorio e riferisce notevole miglioramento sia dell'erezione che dell'eiaculazione precoce

Linea guida

Una disfunzione sessuale in comorbilità (in particolare la DE) dovrebbe essere trattata prima di ogni tentativo di curare l'EP.



Conclusione 1

- L'EP è certamente un problema **medico** che investe la persona e la coppia nella sua totalità.
- Non può è non deve essere considerato semplicemente un aspetto che riguarda lo stile di vita o l'attività ricreazionale.



POWER IS NOTHING WITHOUT CONTROL



www.pirelli.com



5. MANAGEMENT DEL PAZIENTE CON EP

a. Manifestazioni Cliniche dell'EP



**Speedy
Arrives**

La EP-LL è un sintomo con fondamento neurobiologico

0022-5347/02/1686-2359/0
THE JOURNAL OF UROLOGY®
Copyright © 2002 by AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION, INC.®

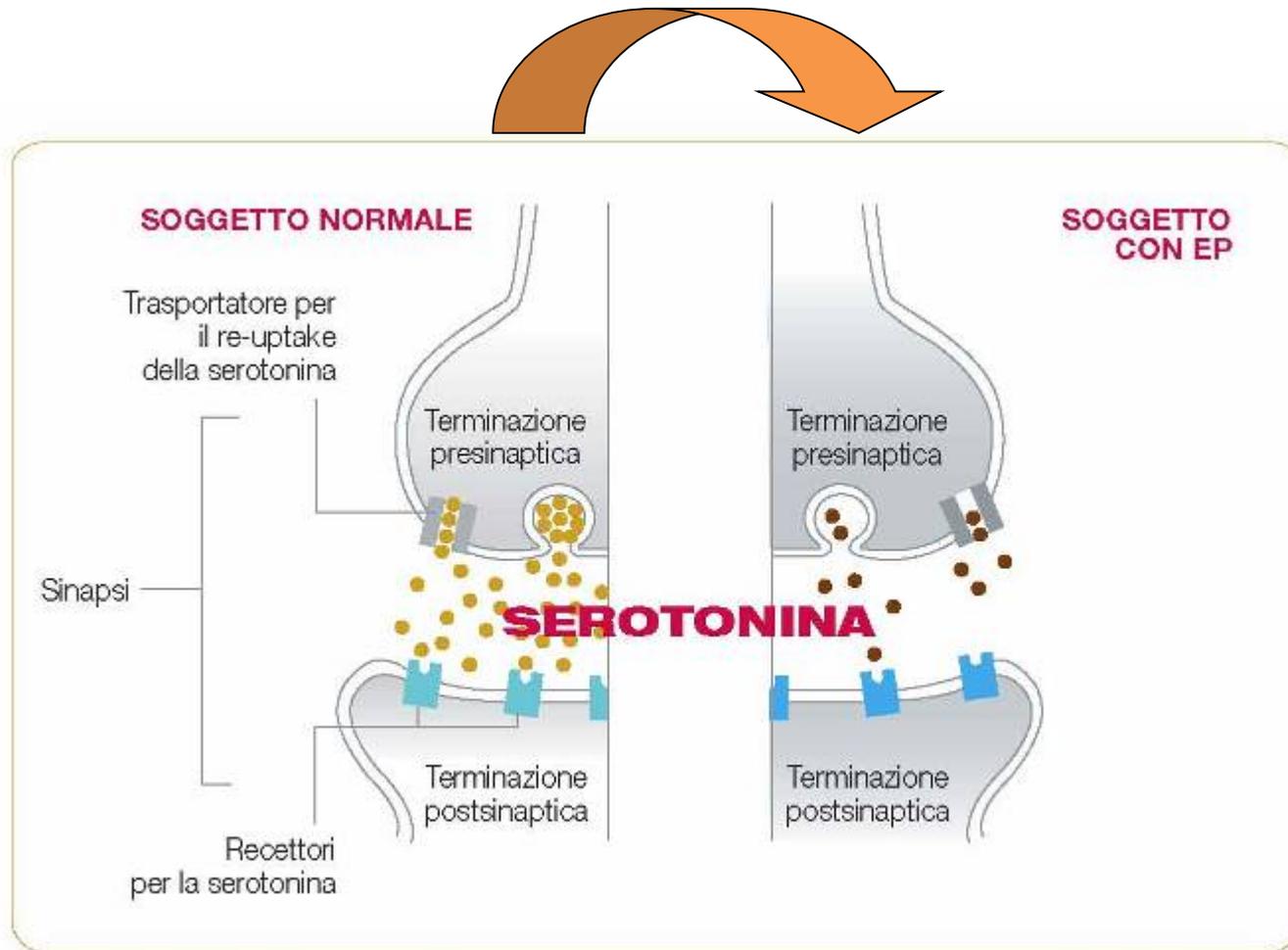
Vol. 168, 2359–2367, December 2002
Printed in U.S.A.
DOI: 10.1097/01.ju.0000035599.35887.8f

Review Article

THE NEUROBIOLOGICAL APPROACH TO PREMATURE EJACULATION

MARCEL D. WALDINGER

LL-EP: perché si manifesta



Alcune evidenze suggeriscono una alterazione genetica

In un campione di gemelli identici l'influenza genetica è presente ma moderata (28%). Gli effetti ambientali sembrano più efficienti nel generare l'EP

Genotipo	N	IELT	95% CI
LL	27	13.2	8.2–22.2
SL/LS	43	25.3	18.6–32.3
SS	19	26.0	14.8–40.6

Il polimorfismo del promotore del trasportatore della serotonina è associato a IELT più breve negli uomini con EP-LL

5-HTTLPR = 5-HT transporter gene-linked polymorphism; L = long variant; S = short variant

La EP-A è un sintomo psico- neuro-endocrino-urologico



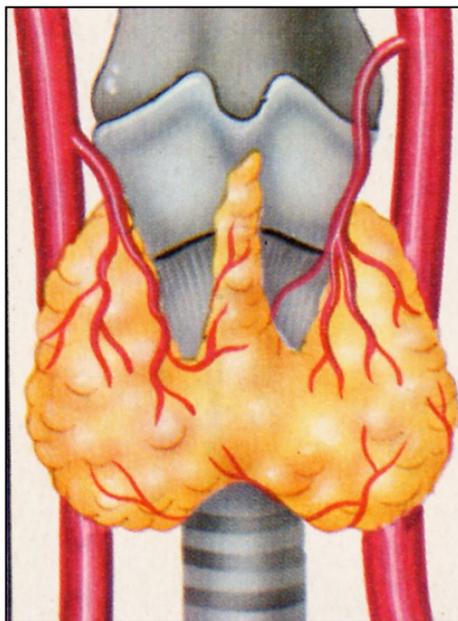
L'EP può essere sintomo di neuropatie

- Sclerosi multipla
- Neuropatie periferiche
- Processi espansivi midollari
- Alterazioni del pavimento pelvico

L'EP può essere sintomo di endocrinopatie

- Ipertiroidismo
 - Corona et al. *Eur. Urol.* 2004
 - Waldinger et al. *J. Sex. Med.*, 2005
 - Carani et al., *J. Clin. Endocr. Metab.*, 2005
- Testosterone
 - Corona et al., *J. Sex. Med.*, 2007
- Leptina
 - Nikoobakht et al., *J. Sex. Med.*, 2007
- Prolattina
 - Corona et al. *J. Sex. Med.*, 2008

Nella maggioranza dei pazienti con EP l'esame obiettivo è più che sufficiente per sospettare una endocrinopatia



- Paziente caucasico, 41 anni, divorziato
- Attualmente riferisce relazione stabile da circa 1 anno
- Riferisce GERD, in trattamento con pantoprazolo
- Fumatore (circa 15 sigarette/die), moderato consumo di alcolici

- Comparsa di eiaculazione precoce da circa 6 mesi, ad insorgenza improvvisa, con uno IELT stimato di circa 1 minuto
- Il paziente comunica 2 episodi simili negli ultimi 5 anni, con remissione spontanea, con partners differenti
- A domanda specifica, il paziente riferisce una sintomatologia disurica lieve, caratterizzata da occasionali episodi di bruciore minzionale e pollachiuria

- All'esame obiettivo, non risultano alterazioni dei genitali esterni
- Si riscontra una lieve dolorabilità alla palpazione del testicolo destro
- All'esplorazione rettale la prostata risulta di consistenza parenchimatosa, di dimensioni compatibili con l'età, a margini netti, dolorabile alla pressione a livello del lobo destro

Come procedere?

1. Impostazione di terapia antibiotica a largo spettro e terapia alfa-1 adrenergica
2. Si richiedono esame urine con urinocoltura, spermocoltura ed uroflussometria con valutazione del RPM per impostazione di terapia antibiotica mirata
3. Si consiglia al paziente una uretrocistografia retrograda e minzionale
4. Si suggerisce al paziente un tampone uretrale

- L'esame urine con urinocoltura risulta negativo
- La spermocoltura evidenzia la presenza di E. Coli (>100.000 colonie), sensibile a fluorochinoloni, gentamicina, vancomicina
- L'uroflussometria presenta Q-max di 28 ml/sec con Q-medio di 15 ml/sec

Come procedere?

1. Impostazione di terapia antibiotica mirata e rivalutazione ad 1 mese con urinocoltura e spermocoltura
2. Terapia antibiotica, alfalitica e paroxetina 10 mg/die e rivalutazione ad 1 mese
3. Terapia antibiotica ed ecografia trans-rettale di controllo ad 1 mese
4. Terapia antibiotica e terapia topica con lidocaina

- Si imposta terapia con fluorochinolone per 20 giorni
- Rivalutazione con urinocoltura e spermocoltura

1° Controllo

- Il paziente ritorna in ambulatorio, riferendo la scomparsa della sintomatologia disurica e miglioramento dell'eiaculazione precoce
- L'urinocoltura e la spermocoltura risultano negative

Se fosse residuata EP come procedere?

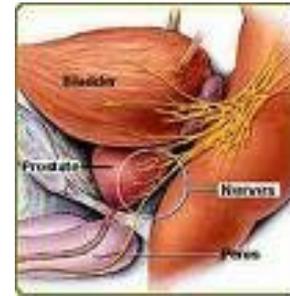
1. Paroxetina 10 mg/die
2. Si richiede counselling psicologico per impostare terapia comportamentale
3. Si consiglia al paziente una terapia al bisogno con Dapoxetina 30mg, con la possibilità di aumentare il dosaggio sino a 60mg
4. Prosecuzione della terapia antibiotica per la persistenza dell'eiaculazione precoce

- Ampia discussione con il paziente e la partner sulle possibili opzioni terapeutiche
- Counselling del paziente ed esplicazione della terapia comportamentale
- Viene proposto al paziente un trattamento con Dapoxetina 30mg al bisogno, con la possibilità di aumentare il dosaggio a 60mg

2° Controllo

- Il paziente ritorna in ambulatorio e riferisce notevole miglioramento dell'eiaculazione precoce, con IELT di circa 4 minuti
- Il paziente prosegue il trattamento in corso per la cura dell'EP (dapoxetina al bisogno)

L'EP può essere sintomo di uropatie



Prevalenza della infiammazione / infezione prostatica in pazienti con EP
(Summary)

Autore	n. di pazienti	Prostatite
Screponi et al., 2001	46	48-56%
Xing et al., 2003	106	40-46%
Basile-Fasolo et al., 2005	2658	15%
Shamloul & el-Nashaal, 2006	153	52-64%

Prevalenza dell'EP in pazienti con prostatite / LUTS
(Summary)

Autore	n. di pazienti	EP
Screponi et al., 2001	26	61.5%
Xing et al., 2003	120	47.5%
Liang et al., 2004	1749	33.7%
Gonen et al., 2005	66	92%
Trinchieri, 2007	399	55.5%

La PE può essere sintomo di sofferenze intrapsichiche e/o relazionali

1. Comportamento sadico /
narcisista
2. Ostilità nei confronti del
partner
3. Furto dell'orgasmo del
partner



b. Iter diagnostico

- L'iter diagnostico è volto alla ricerca dei fattori di rischio
- L'EP è utile per fare «prevenzione andrologica»



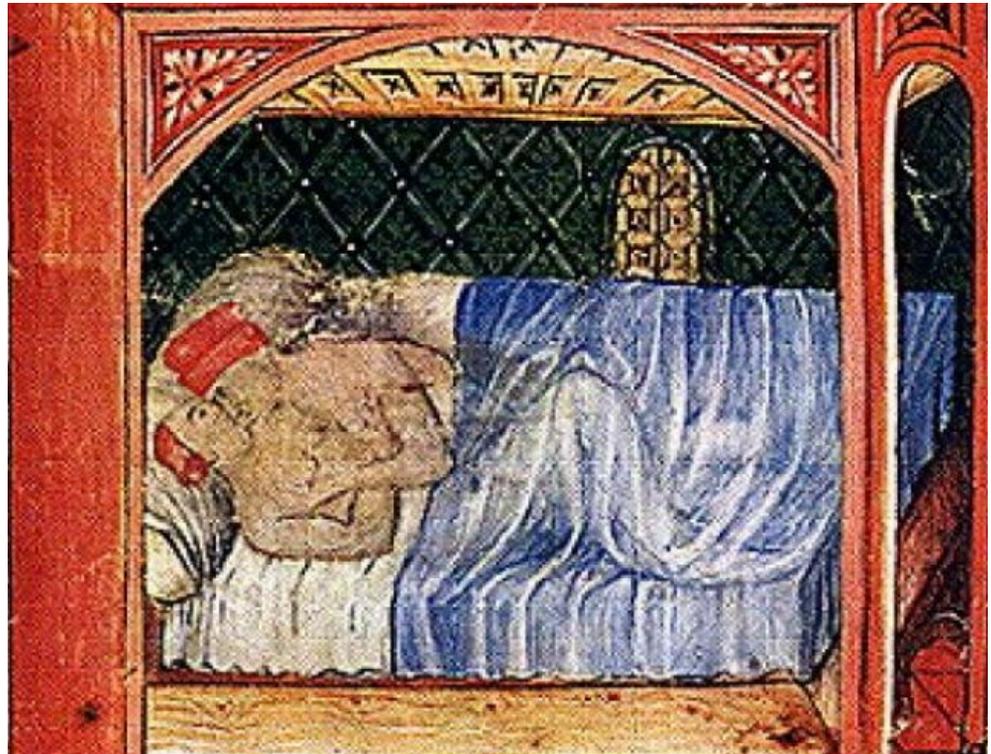
c. Trattamento dell'EP

- Lo scopo della terapia dell'EP è triplice:
 - Aumentare l'IELT
 - Aumentare il controllo
 - Diminuire lo stress



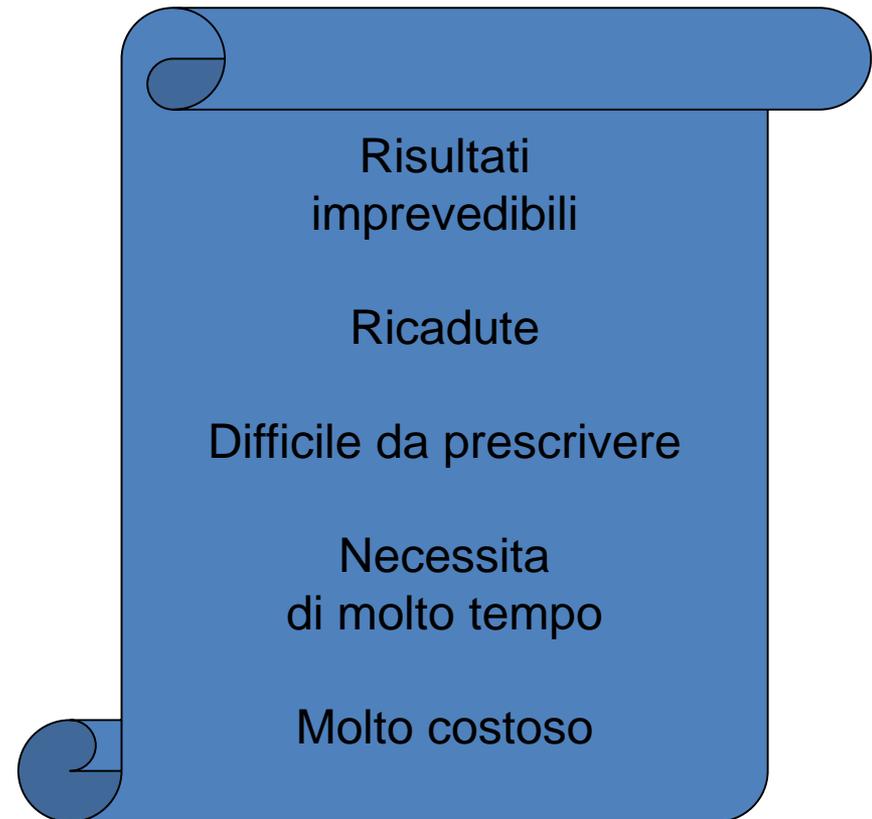
I 3 approcci

- Psicoterapia
- Diminuire la sensibilità peniena
- Aumentare la disponibilità di serotonina



a. Approccio psicoterapeutico

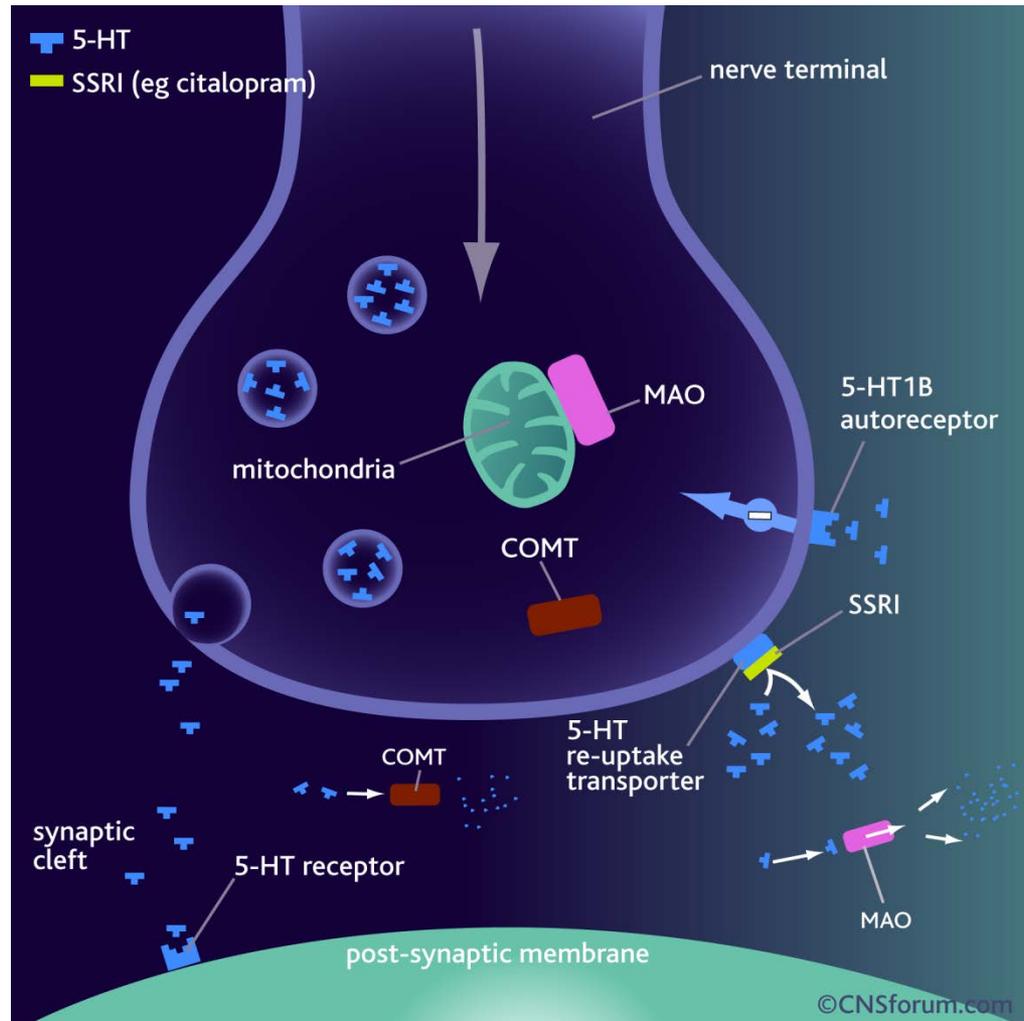
- Psicoterapia
- Terapia comportamentale:
 - Stop and start
 - Squeeze
- Esercizi di Kegel



b. Anestetici locali



Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI)



THE EFFICACY OF FLUOXETINE IN THE TREATMENT OF PREMATURE EJACULATION: A DOUBLE-BLIND PLACEBO CONTROLLED STUDY

HAYRETTIN KARA, SABAHATTIN AYDIN, M. ... AĞA ...
YÜKSEK ...

From the Departments of

- 17 pazienti (32.1%)
- Fluoxetina
- Fluoxetina
- Incremento con F
- 4 pazienti interrotto

FLUOXETINA Efficace nella
terapia dell'EP, ma il
trattamento è gravato da
importanti effetti collaterali

media

attati

enti hanno

Treatment of premature ejaculation with paroxetine hydrochloride

[McMahon CG, Toussaint](#)

Australian Cen

PAROXETINA efficace nella
terapia dell'EP, ma con molti effetti
collaterali e rischi, peggiori della
fluoxetina

• 94

• C

Pa

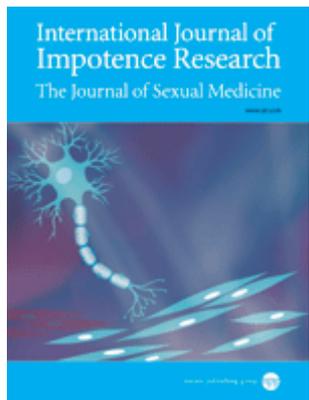
Gr

• Inc

• Even

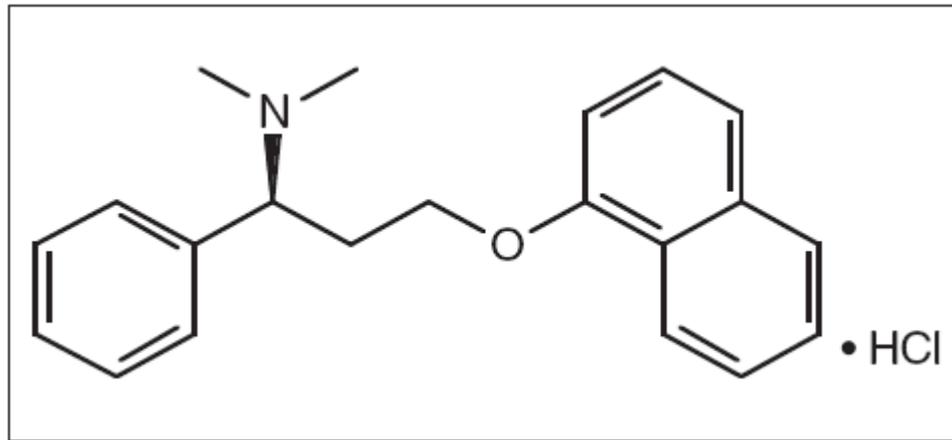
anorgasmia

Nessun evento avverso nel g

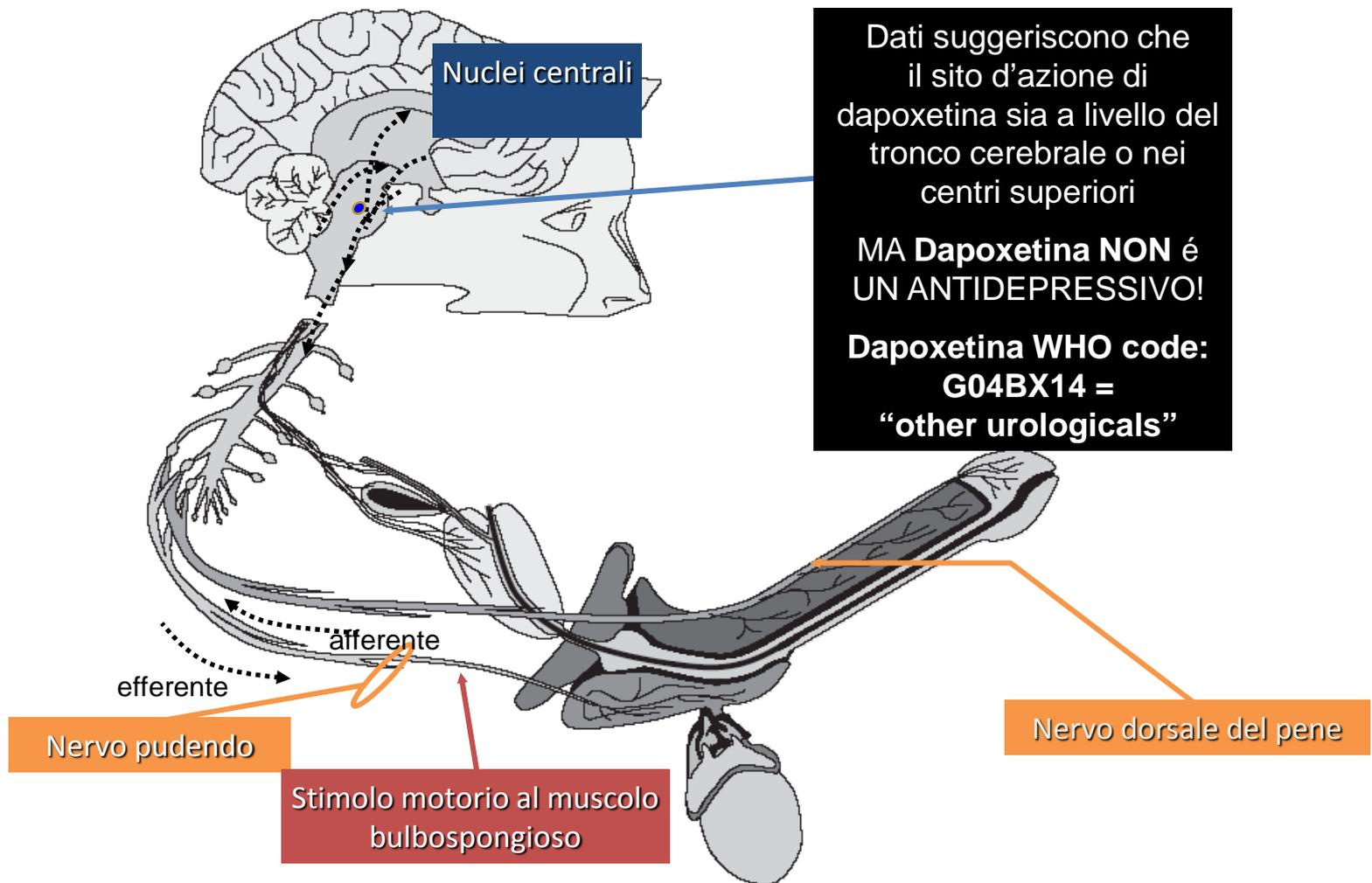


Dapoxetina

Caratteristiche biochimiche



Dapoxetina [LY 210448], un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina (SSRI), è **strutturalmente simile alla fluoxetina**



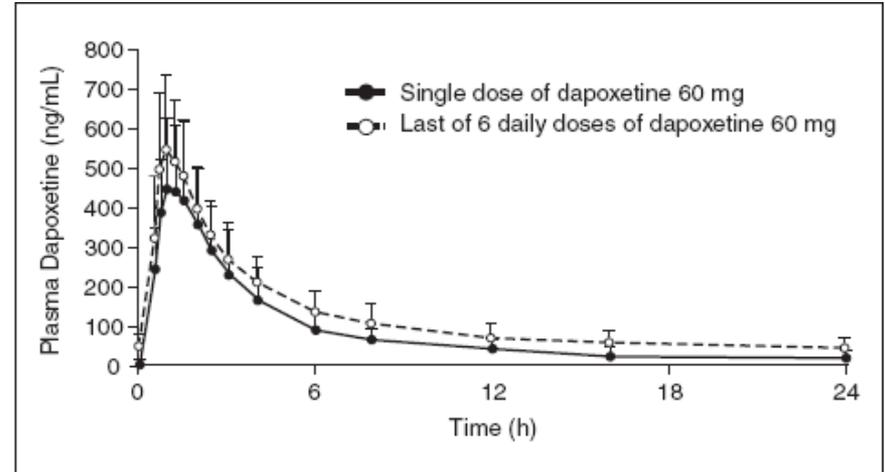
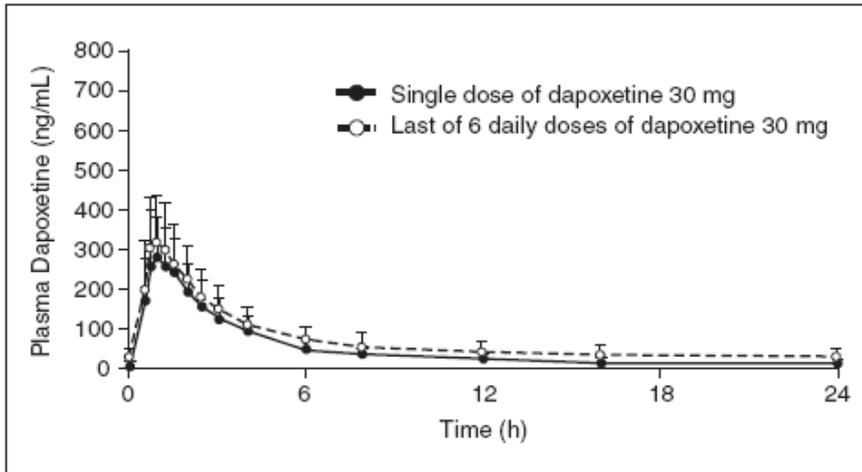
Dapoxetina

Caratteristiche farmacocinetiche

- Diversamente dagli SSRI antidepressivi, dapoxetina ha un profilo farmacocinetico caratterizzato da concentrazioni plasmatiche che arrivano **al picco dopo circa 1 ora** dalla somministrazione e con **un'emivita di circa 1.4 ore**
- Dopo 24 ore, le concentrazioni plasmatiche di dapoxetina arrivano circa al 5% dei valori di picco

Dapoxetina

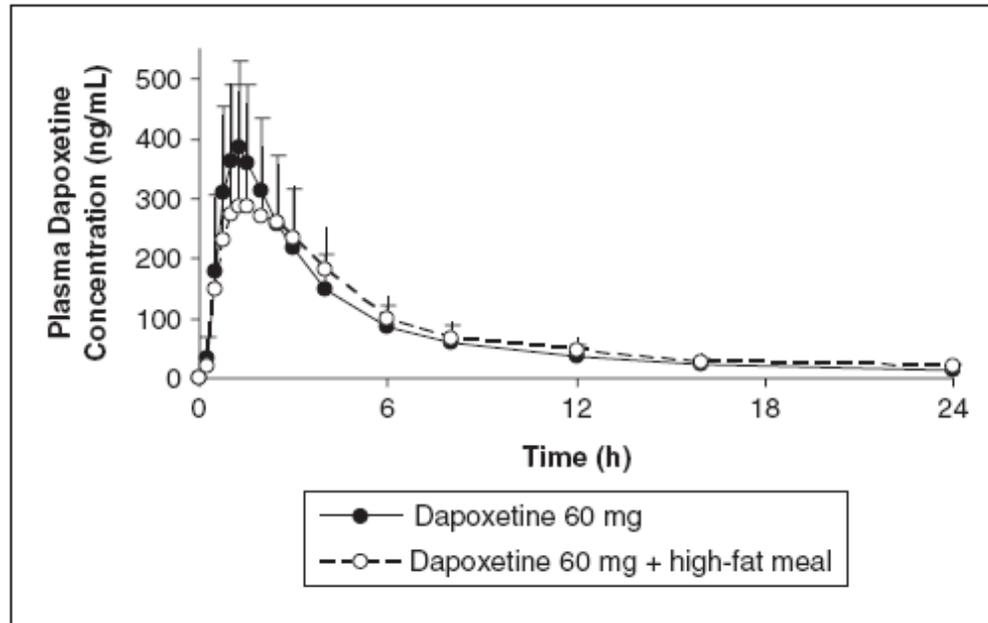
Caratteristiche farmacocinetiche



Le concentrazioni non cambiano dopo somministrazioni giornaliere per più giorni consecutivi

Dapoxetina

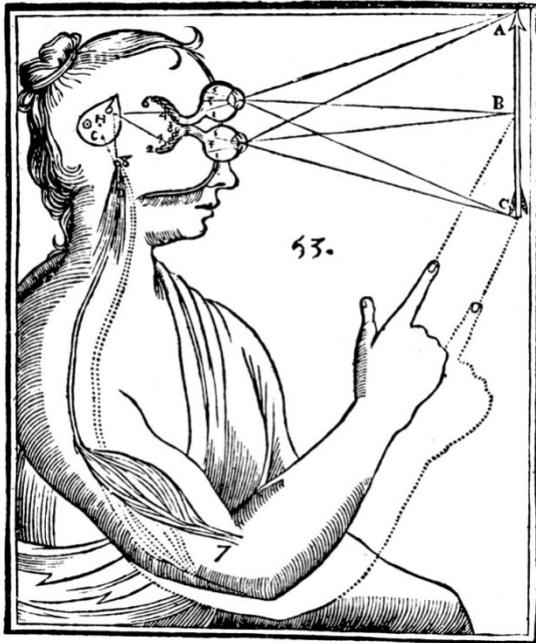
Caratteristiche farmacocinetiche



Le concentrazioni plasmatiche di dapoxetina non vengono significativamente alterate dall'assunzione di un pasto ad alto contenuto di lipidi

Dapoxetina

Caratteristiche farmacocinetiche



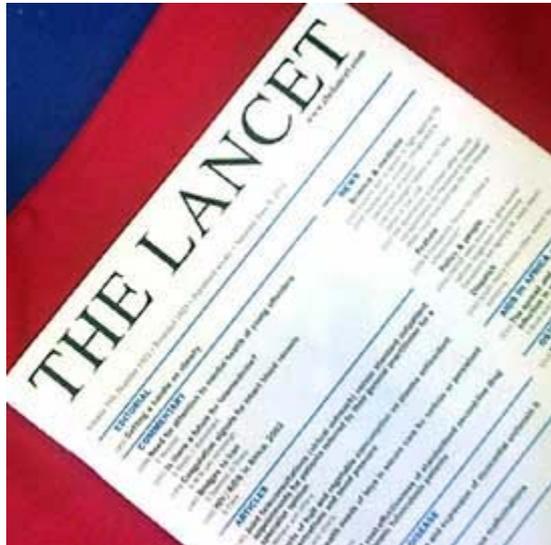
- Le caratteristiche farmacologiche di dapoxetina la rendono ideale per una terapia al bisogno dell'eiaculazione precoce
- Il fatto che le concentrazioni plasmatiche diminuiscono velocemente porta ad una riduzione degli effetti collaterali normalmente associati agli SSRI

Dapoxetina

Un nuovo farmaco per l'EP

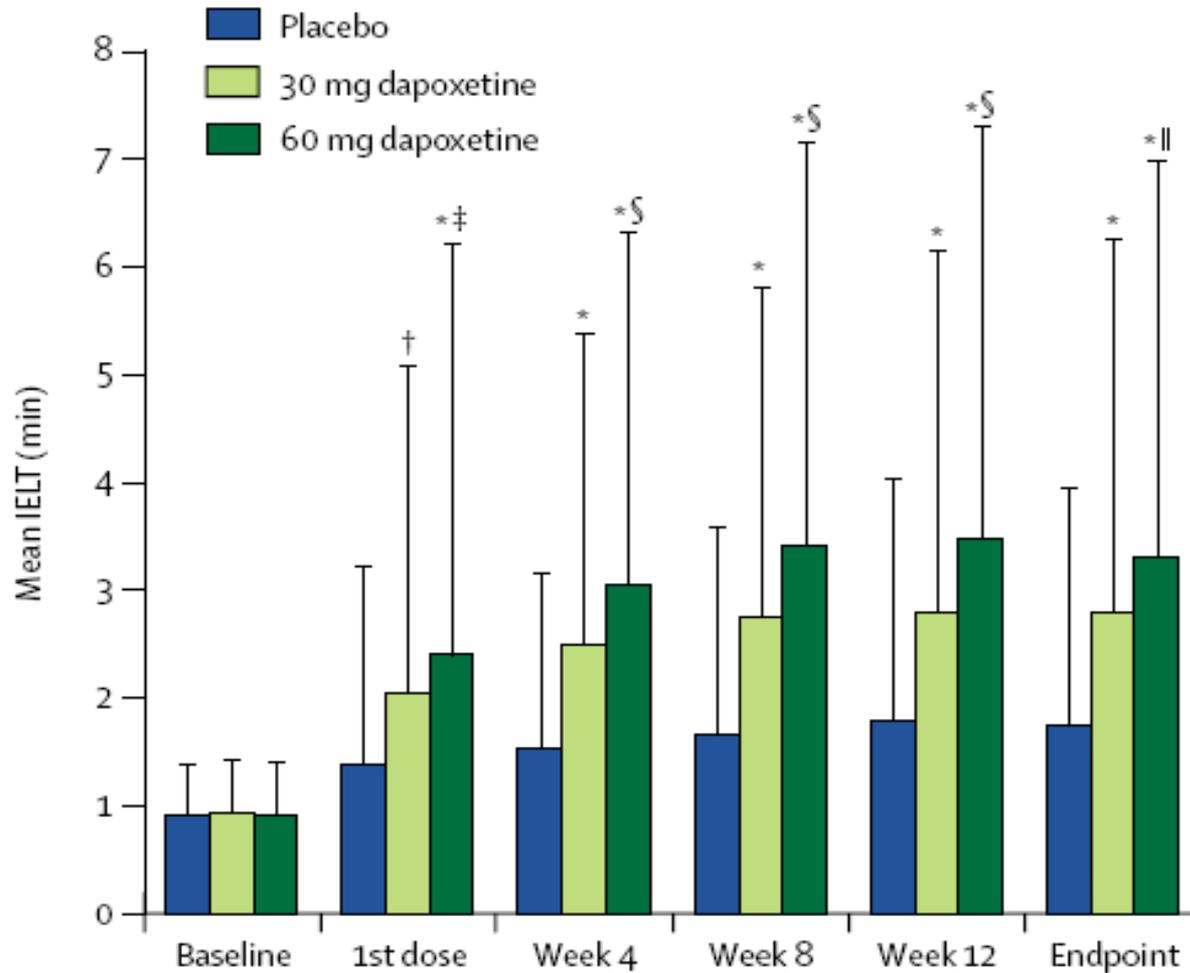
Efficacy and tolerability of dapoxetine in treatment of premature ejaculation: an integrated analysis of two double-blind, randomised controlled trials

Jon L Pryor, Stanley E Althof, Christopher Steidle, Raymond C Rosen, Wayne J G Hellstrom, Ridwan Shabsigh, Maja Miloslavsky, Sherron Kell, for the Dapoxetine Study Group



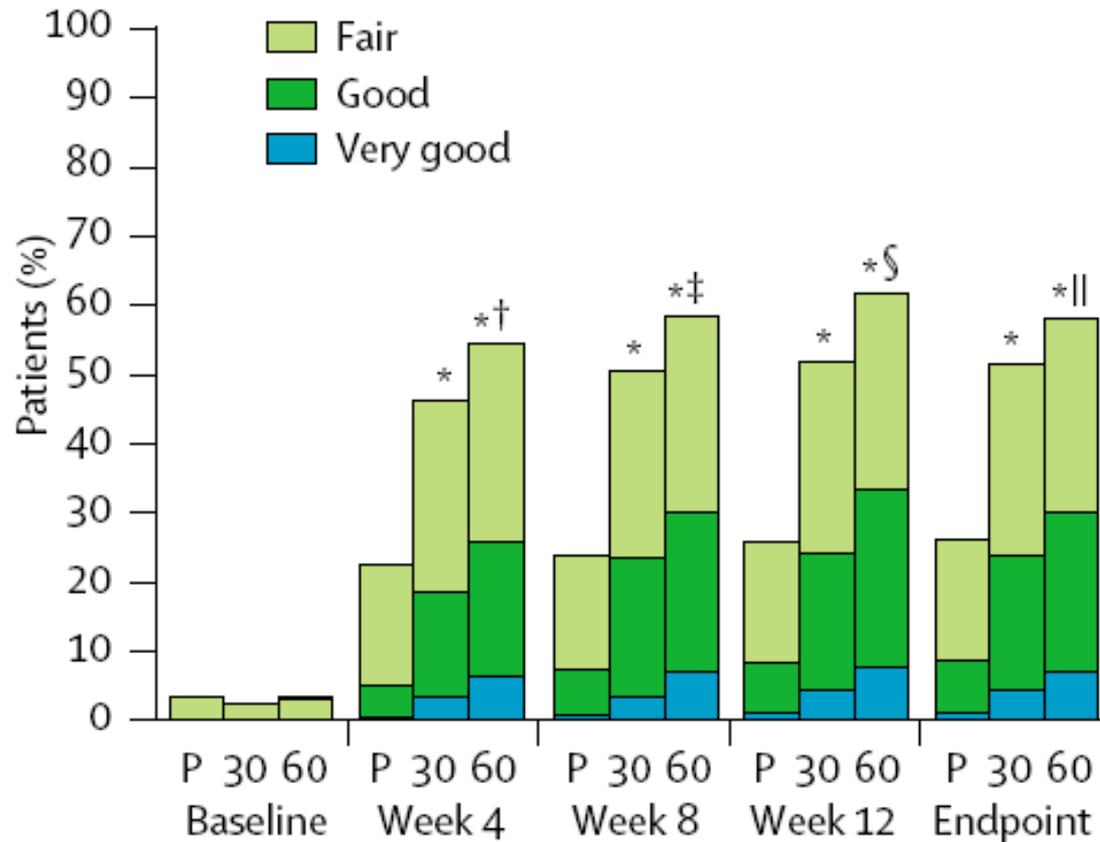
Risultati

Media dello IELT



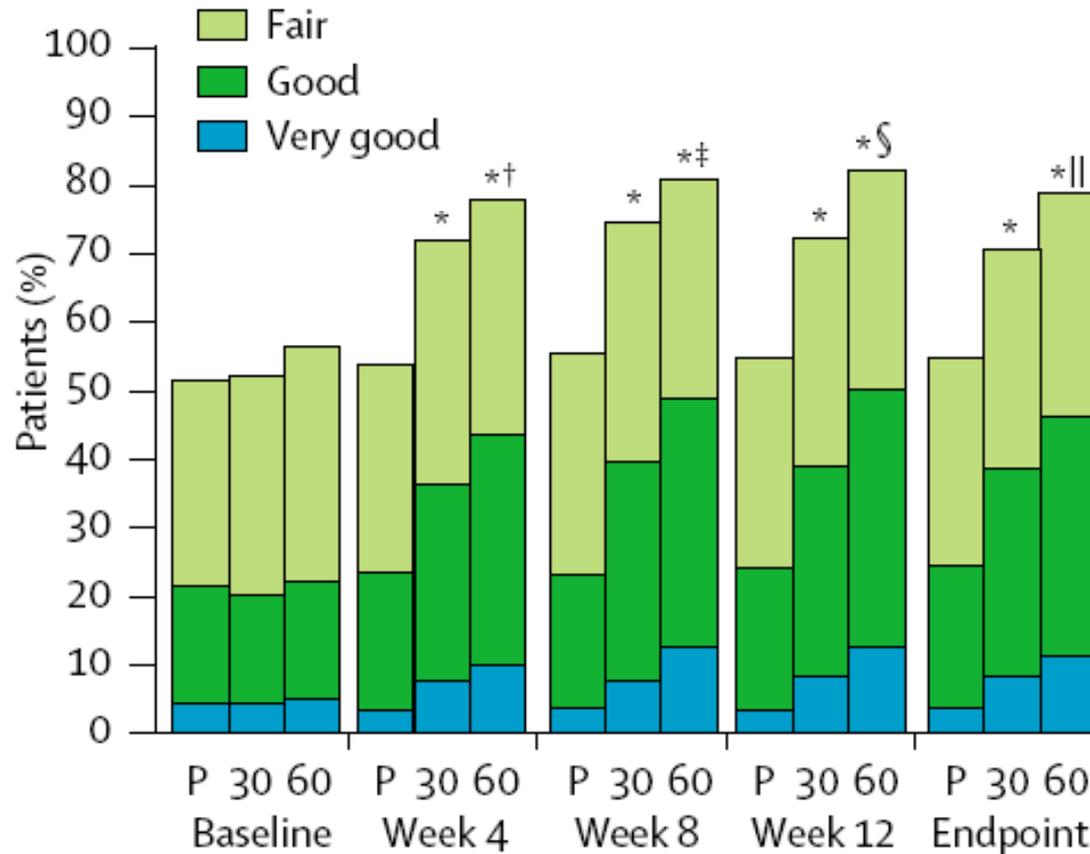
Risultati

Controllo dell'eiaculazione



Risultati

Soddisfazione nei rapporti



Eventi avversi

	Placebo (n=872)*	30 mg dapoxetine (n=876)*	60 mg dapoxetine (n=870)
Occurred more frequently on dapoxetine than placebo			
Nausea	17 (1.9%)	76 (8.7%)	175 (20.1%)
Diarrhoea	12 (1.4%)	34 (3.9%)	59 (6.8%)
Headache	35 (4.0%)	52 (5.9%)	59 (6.8%)
Dizziness	7 (0.8%)	26 (3.0%)	54 (6.2%)
Somnolence	2 (0.2%)	28 (3.2%)	32 (3.7%)

Conclusioni del lavoro

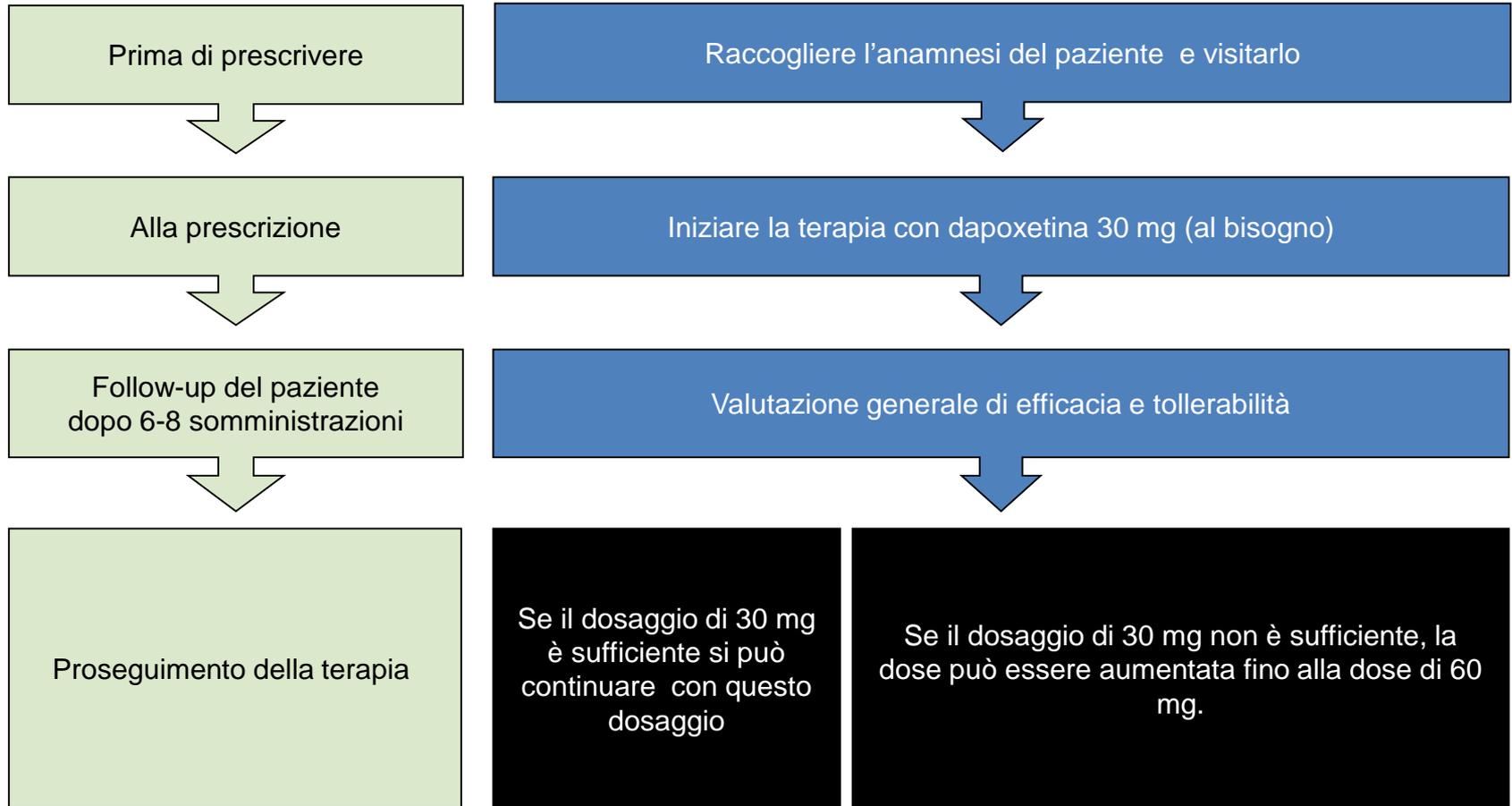
- Dapoxetina, somministrata 1-3 ore prima del coito, è in grado di aumentare significativamente lo IELT, già dalla prima dose
- Dapoxetina ha migliorato la percezione che il paziente ha del proprio controllo sull'eiaculazione, la soddisfazione del rapporto sessuale, e l'impressione globale riportata dal paziente circa il cambiamento della condizione medica
- Le partner hanno riferito maggior soddisfazione nei rapporti sessuali

Dapoxetina: programma clinico su più di 6.000 pazienti

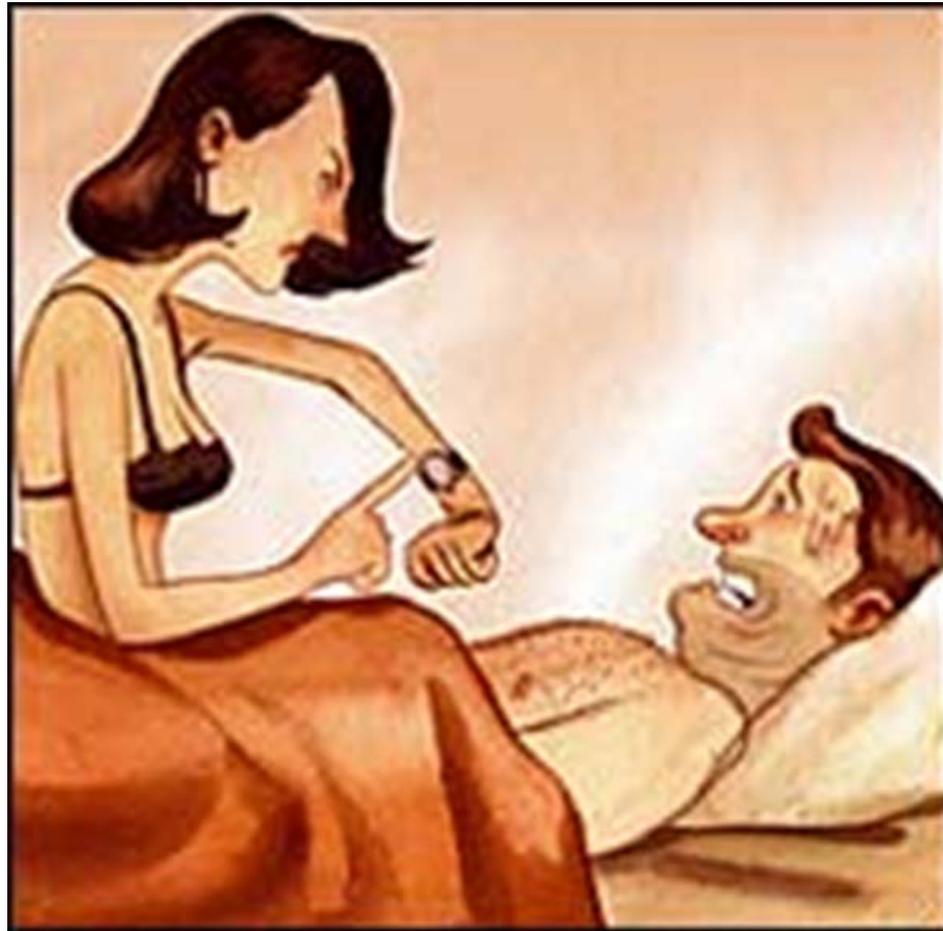
	Trial Randomizzati Placebo-Controllati di Fase III				
Studio / regione	012 US	013 US	3002 US/C	3001 Globale	3003 AP
Anno di completamento	2004	2004	2005	2007	2007
Numero dei soggetti	1294	1320	1238	1162	1067
IELT	X	X		X	X
Controllo sull'eiaculazione	X	X	X	X	X
Soddisfazione nei rapporti sessuali	X	X	X	X	X
Impressione globale di cambiamento	X	X	X	X	X
Distress personale			X	X	X
Difficoltà interpersonali			X	X	X
PRO della partner	X	X		X	
Effetti da sospensione (DESS)			X	X	

AP = Asia-Pacifico; C = Canada; DESS = Discontinuation-Emergent Signs and Symptoms (Segni e Sintomi che Emergono dopo la Sospensione); US = Stati Uniti

Come usare dapoxetina



4. L'importanza del Follow-up

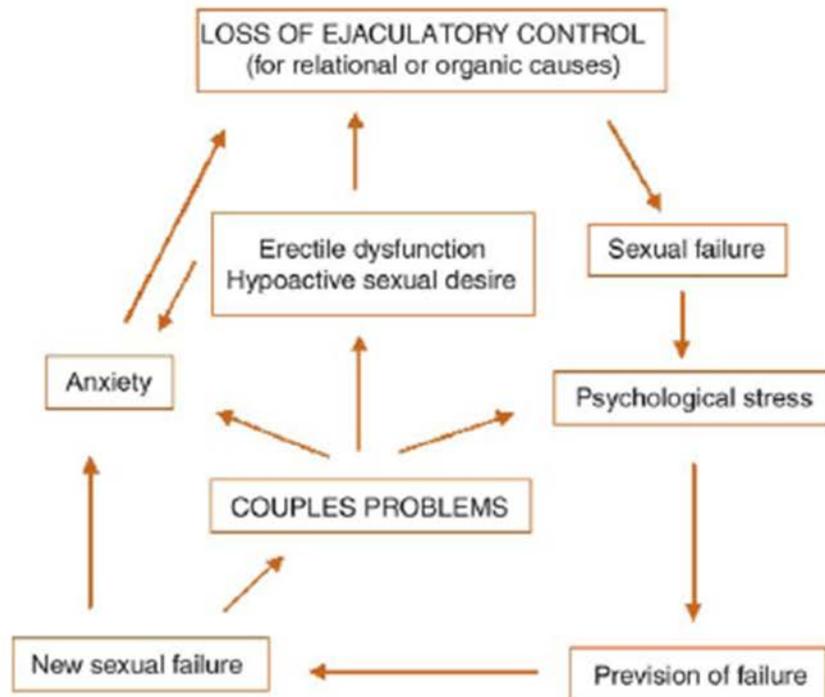




Update on Pathophysiology of Premature Ejaculation: The Bases for New Pharmacological Treatments

Emmanuele A. Jannini^{a,*}, Eleonora Carosa^a, Mario Pepe^b,
 Francesco Lombardo^c, Andrea Lenzi^c

(A) The Vicious Circle



(B) The Virtuous Circle

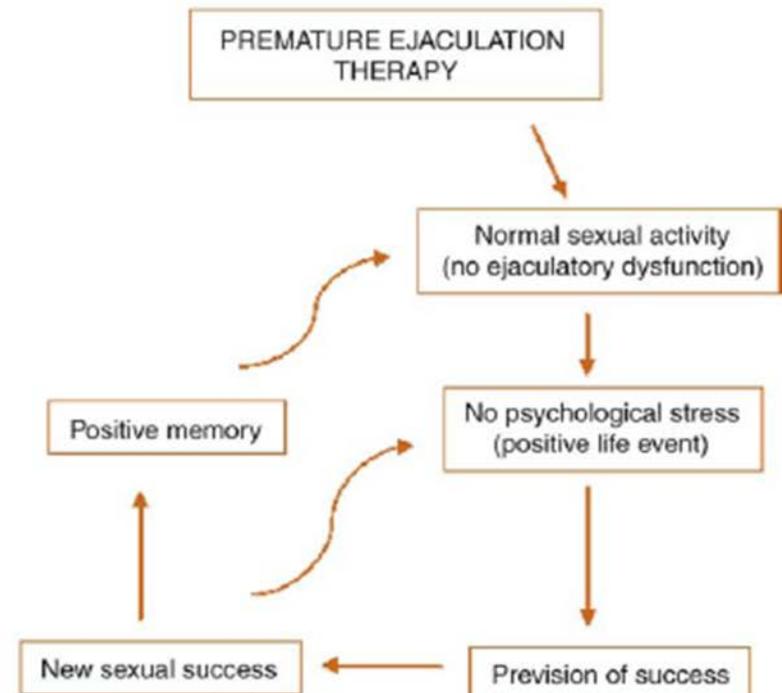


Fig. 1 - The vicious and the virtuous circle of premature ejaculation.

Come fare il follow-up?

- È estremamente importante che nel contratto terapeutico emerga la necessità di valutare il paziente dopo somministrazioni ripetute e MAI dopo 1-2 somministrazioni episodiche e casuali!



Conclusione 2

- L'EP è un problema medico che ha il medico al **centro**:
 - Nella definizione fisiopatologica
 - Nell'individuazione dei fattori di rischio
 - Nella gestione terapeutica
 - Nel follow-up



**Riconosco e
tratto una
anorgasmica**



Beyond the G-spot: clitourethrovaginal complex anatomy in female orgasm

Emmanuele A. Jannini, Odile Buisson and Alberto Rubio-Casillas

UROLOGY

© 2014 Macmillan Publishers Limited. All rights reserved



AUTOPHAGY AND PROSTATE CANCER

Targeting autophagy as a treatment option

Anatomy of the female orgasm

Role of a postulated clitourethrovaginal complex in female sexual function

Female Orgasm(s): One, Two, Several

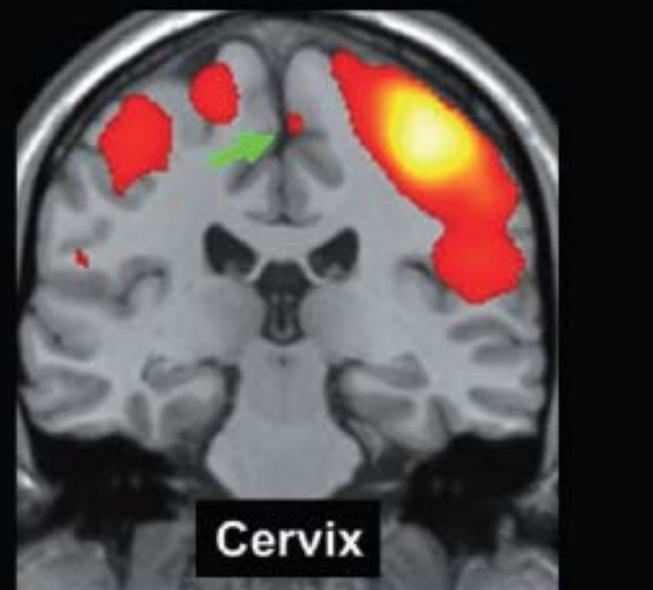
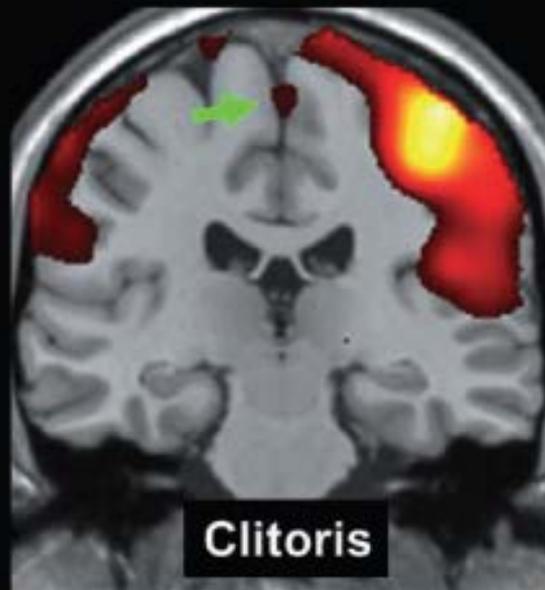
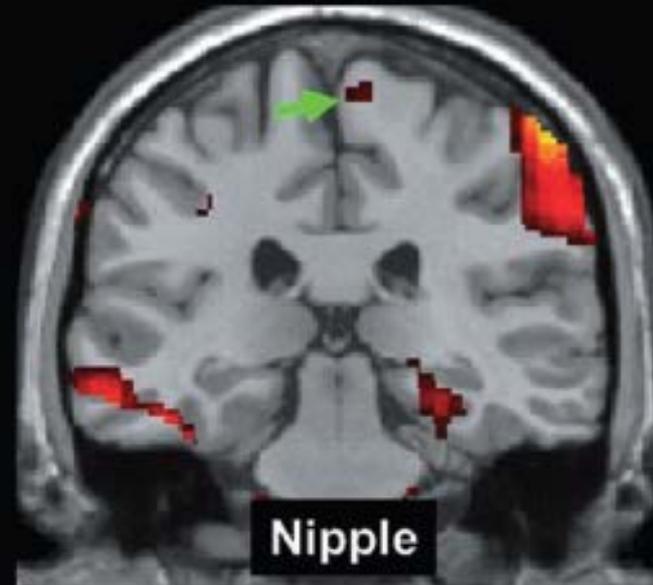
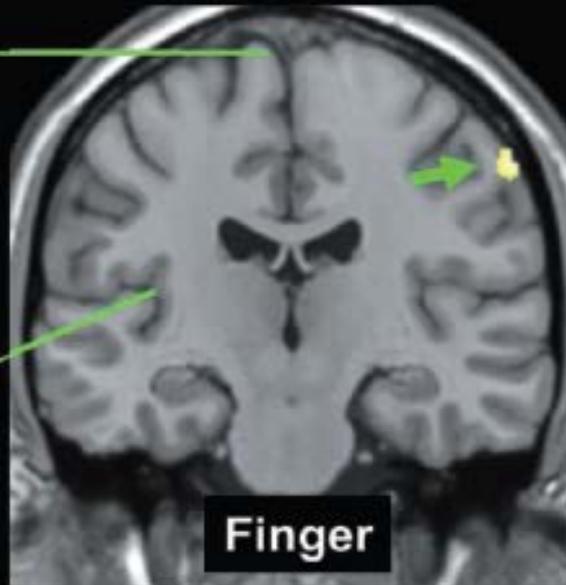
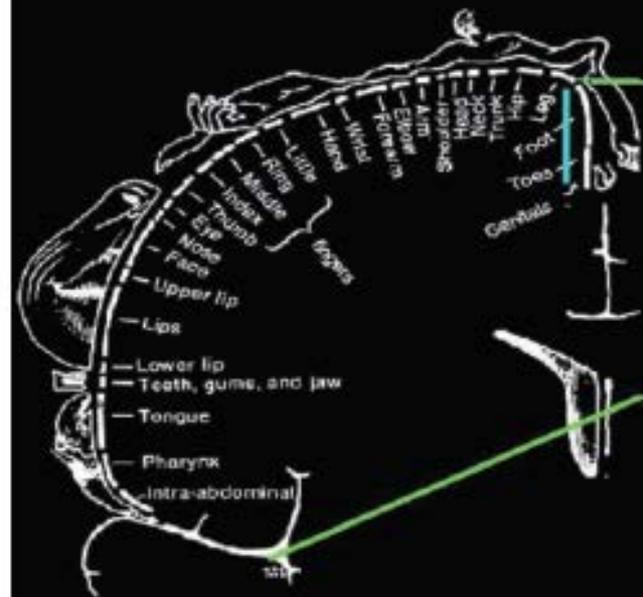
Emmanuele A. Jannini, MD,* Alberto Rubio-Casillas, Biologist,† Beverly Whipple, PhD, RN, FAAN,‡
Odile Buisson, MD,§ Barry R. Komisaruk, PhD,¶ and Stuart Brody, PhD**

J Sex Med 2012;9:956–965

QUANTI ORGASMI?



Genital Sensory Cortex in Women (N=11)





L'ORGASMO NASCOSTO

L'anorgasmia

È una malattia?

Terapia



**Riconosco e
tratto una
vaginista**

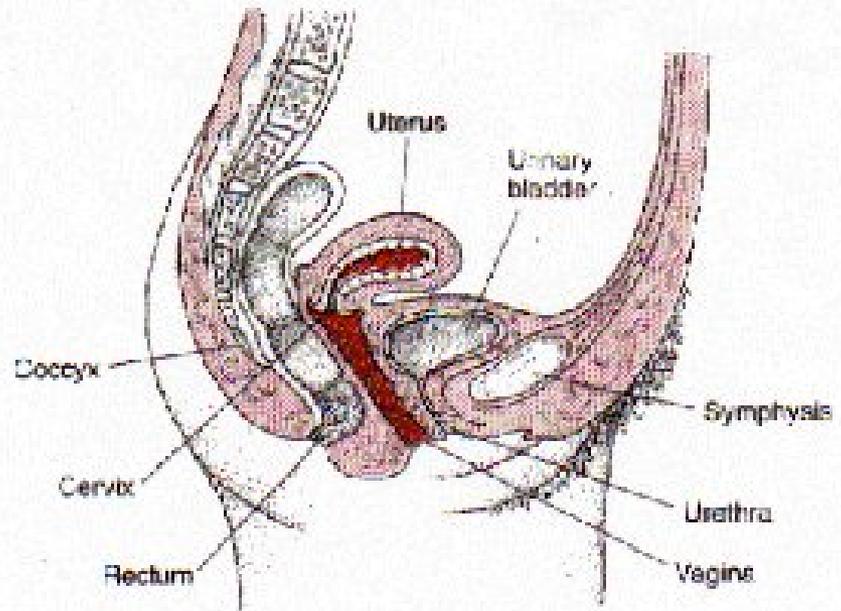
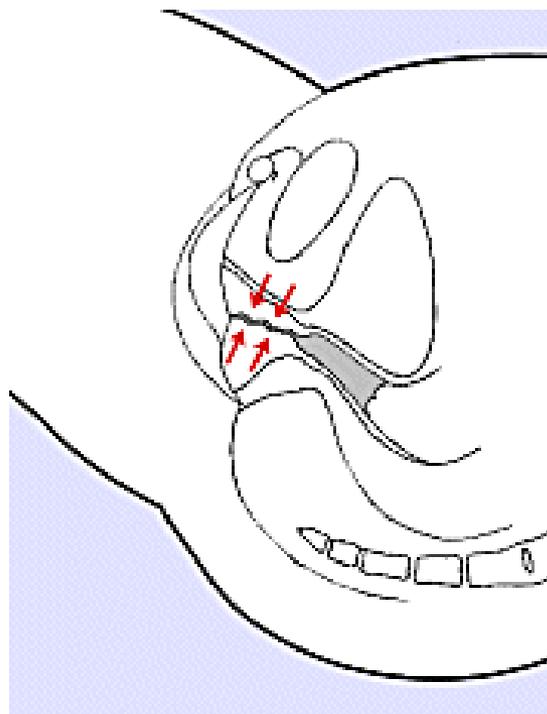


TABELLA 68.1**Definizioni di vaginismo.**

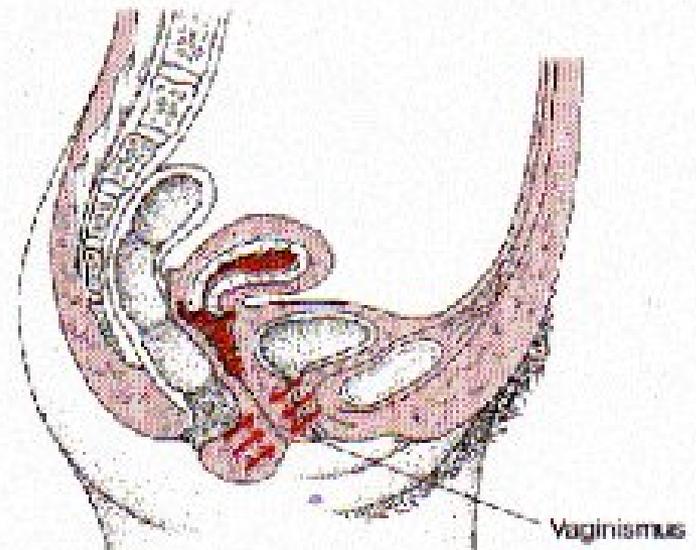
«Ricorrente o persistente spasmo involontario della muscolatura del terzo esterno della vagina che interferisce con la penetrazione» (American Psychiatric Association⁸)

«Spasmo involontario ricorrente o persistente della muscolatura del terzo vaginale inferiore, che interferisce con la penetrazione vaginale, associato o meno a un variabile grado di fobia della penetrazione» (Basson et al.¹)

«Persistente o ricorrente difficoltà della donna ad accettare la penetrazione vaginale del pene, di un dito o di un oggetto, nonostante l'espresso desiderio della donna di farlo. Ci sono spesso un evitamento fobico e una paura anticipatoria del dolore. Anomalie anatomiche o altre anomalie fisiche devono essere escluse o trattate» (Basson et al.²)



(a)



Cause e fattori di rischio di vaginismo

■ **NON-ORGANICHE**

- Educazione sessuale repressiva
- Abusi sessuali nell'infanzia
- Conflitti psicologici profondi

■ **ORGANICHE**

- Endocrinopatie
- Diabete mellito
- Dispareunia
- Sclerosi multipla



Principali fattori che modulano la prognosi del vaginismo. (Modificata da Graziottin¹⁷.)

Gravità del vaginismo, dal I al IV grado, in base all'intensità della contrazione dei muscoli perivaginali

Grado di fobia: lieve, medio, grave

Anni intercorsi dalla scoperta del problema alla richiesta di aiuto

Eventuale presenza di altre patologie associate

- Fisiche (stipsi, cistiti) e/o
- Psicoseessuali (disturbi del desiderio e dell'eccitazione, in particolare)

Grado di stress associato al problema

Motivazione *personale* alla soluzione

Conflitti inconsci della donna sull'identità o l'orientamento sessuali

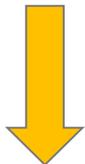
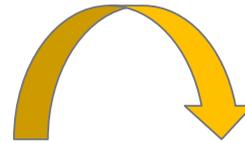
Situazione relazionale della donna (single o in coppia)

Qualità di tale relazione

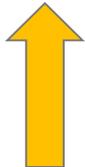
Presenza di eventuali problemi maschili associati

- Disturbi del desiderio, dell'eccitazione, con deficit erettivo, e/o dell'eiaculazione
- Orientamento omosessuale, cui il matrimonio non consumato faccia da copertura

- Richiesta d'intervento per problemi di fertilità



MOTIVAZIONE ALLA CURA DEL PROBLEMA SESSUALE



MOTIVAZIONE DESIDERIO MATERNITA'

EMBLEMA DI UN PARADOSSO

- Il disturbo si manifesta a partire dai primi tentativi di rapporti sessuali
- Vincolo di verginità fino al matrimonio



- **EDUCAZIONE DI TIPO RELIGIOSO RIGIDA**
- **FALSI MITI/CREDENZE SUL MATRIMONIO/ SESSUALITA'**

- Aspetto mascolino della donna

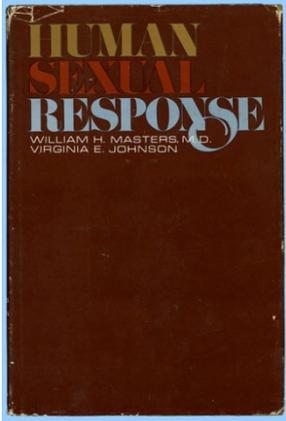


- **CONFLITTI RELATIVI ALL'IDENTITA' SESSUALE?**
- **ASPETTO MASCOLINO COME DIFESA DELLA**
- **SESSUALITA'?**

Opzioni terapeutiche per la cura del vaginismo: quali scegliere?

- **Trattamento farmacologico**
- **Terapia con tossina botulinica**
- **Sedute di fisioterapia**
- **Psicoterapia cognitivo-comportamentale**
- **Sex therapy**

Sex therapy: il gold standard



Obiettivo principale:

riduzione dell'ansia

associata al rapporto sessuale



Dilatatori di Hagar



Terapie del vaginismo

Usare lo specchio

Proibire la penetrazione

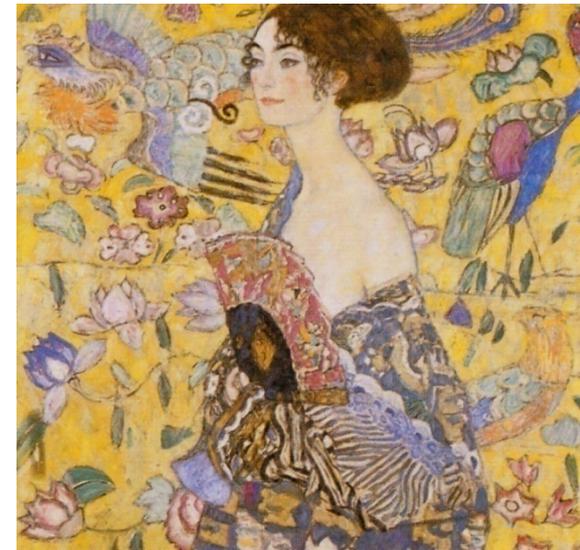
Usare i dilatatori di Hagar

- Non coitale (manuale/orale)
- Dito (da soli, quindi col partner)

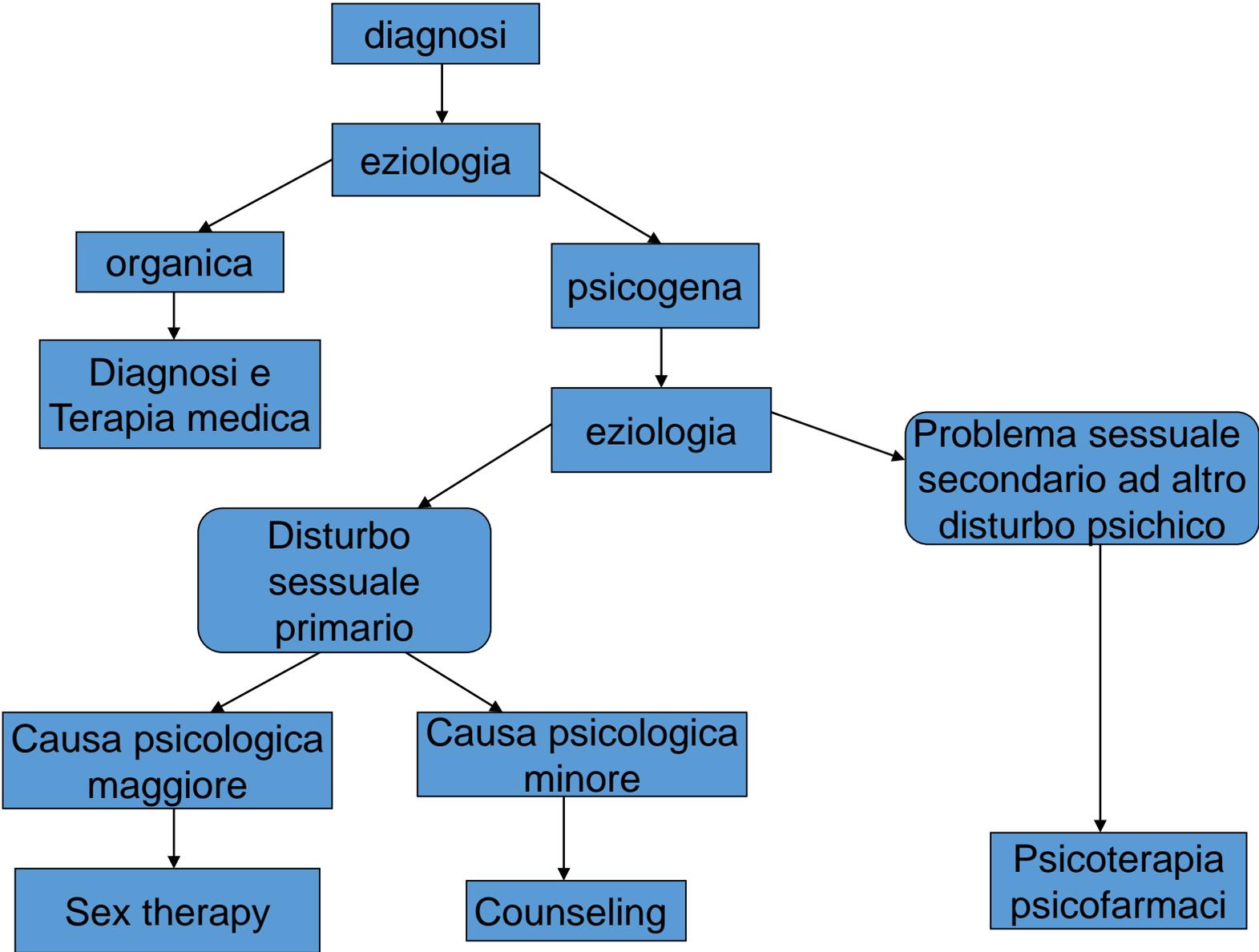
Tecniche di rilassamento

Ipnosi

Farmaci (benzodiazepine)

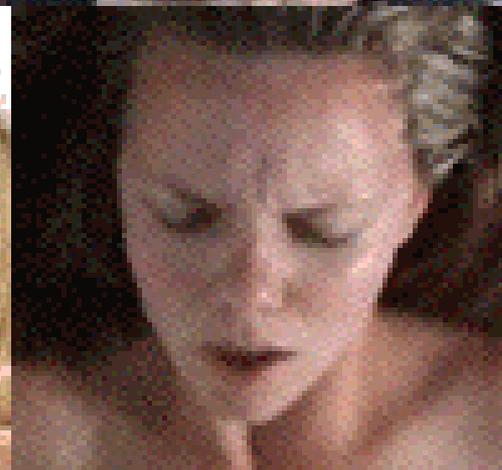
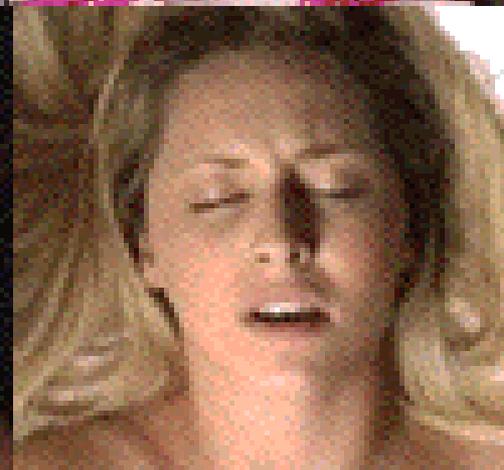
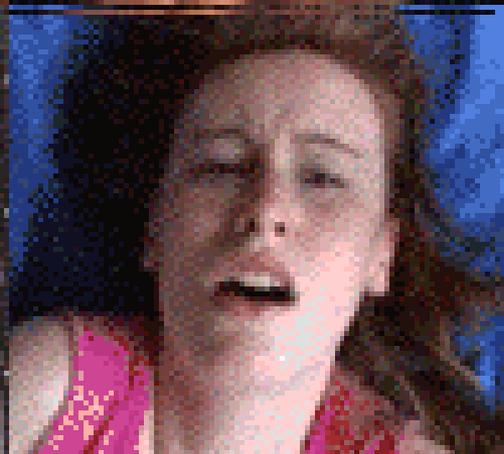
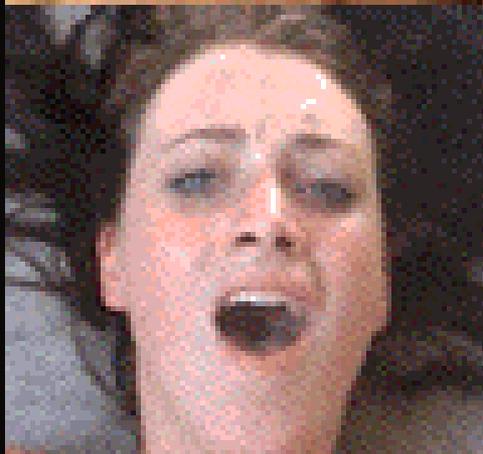


Flow chart riassuntiva



Emanuele: Giugno 2014





ARGOMENTO

Testo testo testo testo
testo testo testo testo
testo testo testo testo
testo testo testo testo
testo testo testo testo

Testo testo testo testo
testo testo testo testo
testo testo testo testo
testo testo testo testo
testo testo testo testo

ARGOMENTO

Testo testo testo testo testo
testo testo testo testo testo
testo testo testo testo testo
testo testo testo testo testo

