

La medicalizzazione della sessualità maschile

Stefano Lauretti



Specialista in Urologia.
Centro di Urologia Andrologia e Riabilitazione Uro Sessuale.
Casa della Salute S. Caterina della Rosa
ASL RM2, Roma.

Negli ultimi cinquant'anni il *mistero* fisiopatologico e culturale che avvolgeva la sessualità sembra essersi progressivamente diradato: se da un lato la biologia, la farmacologia, la chirurgia e la psicosessuologia hanno svelato i meccanismi organici e reso possibili efficaci interventi terapeutici impensabili fino a quarant'anni fa, dall'altro i contestuali percorsi filosofici, politici e sociali intrapresi a partire dagli anni Sessanta in poi ne hanno consolidato il ruolo di strumento di emancipazione, solo in apparenza democratico.

Supportato negli ultimi tempi da fervidi dibattiti a connotazione più ideologica che scientifica, il progresso medico e sociale sulla sessualità sembra oggi soprattutto incentrato sulla promozione e il raggiungimento di nuovi percorsi educativi ed informativi che a loro volta evocano nuove visioni culturali e successive scelte legislative coerenti che non sembrano essere in grado, tuttavia, di soddisfare la naturale richiesta di bene-essere della persona, inteso oltre il "semplice" soddisfacimento del livello organico-sensoriale.

È esperienza comune che, nonostante le conquiste mediche e culturali, la comparsa di una disfunzione sessuale, vera o presunta che sia, nel maschio ancora oggi lo "ridimensiona" e gli restituisce, *volens nolens*, quell'originaria e naturale fragilità e quell'angoscia mista a stupore di fronte al limite della propria natura - in questo caso la sua genitalità - e di fronte al profondo *iato* che questa determina ogni giorno nella sua vita personale e relazionale. La "ferita", infatti, non può essere ricondotta al solo deficit di una funzione biologica: pre-

scindendo se l'eziologia sia organica, psicologica o mista, essa interessa comunque l'identità personale¹ oltre quel diritto naturale che viene riconosciuto ad ogni uomo di godere della propria salute sessuale.

In tal senso, nella moderna concezione e tutela dei diritti, anche quello della *sexual health* è stato sancito in quasi tutti i paesi: se nella dichiarazione di Alma-Ata del 1978² la salute veniva definita "come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo come l'assenza di malattie o infermità", le prerogative riguardanti la sessualità venivano più dettagliatamente esplicitate nella Carta dei Diritti Sessuali redatta a Valencia nel 1997 e successivamente approvata dalla World Association of Sexology nel 1999³ in base alle quali "la sessualità è parte integrante della personalità di ogni essere umano. Il suo pieno sviluppo dipende dalle soddisfazioni dei bisogni umani basilari come il desiderio di contatto, intimità, espressione emozionale, piacere, tenerezza e amore. I diritti sessuali sono diritti umani universali basati sulla libertà, sulla dignità e sull'uguaglianza propri di ogni essere umano. Essendo la salute un diritto umano fondamentale, la salute sessuale deve essere un diritto umano basilare".

Per quanto riguarda in particolare l'uomo, l'International Consultation on Sexual Medicine⁴ ha definito le disfunzioni sessuali maschili come "eventi secondari ad un'ampia possibilità di condizioni organiche, psicologiche ed esperienziali, definite *predisponenti* o *precipitanti* che, in modalità e intensità differenti, sono in grado di alterare una o più delle quattro fasi del normale ciclo della risposta

sessuale” descritte da Masters e Johnson nel 1966⁵ ovvero l'eccitamento, il plateau, l'orgasmo e la risoluzione. Come giustamente sottolineato dalla Kaplan⁶, il desiderio non può essere a ragione incluso dal momento che, nella visione sessuologica attuale, è ritenuto soggettivamente variabile in base alla personale sensibilità: una variabile che mantiene, tuttavia, la sua fondamentale importanza nella valutazione dei conflitti di coppia, nella generazione di sentimenti di inadeguatezza o di colpa, nella genesi dell'ansia legata alla prestazione fino a veri e propri stati depressivi. Coniugare tutti questi aspetti e le giuste aspirazioni di cura in vista di una *restitutio ad integrum* con il concetto della medicalizzazione è al contempo facile e difficile.

La cosiddetta *secolarizzazione*, accompagnata dalla disponibilità in *real time* di conoscenze e di cure per ogni tipo di problema, ha determinato anche nel campo della sessualità umana, intesa nel senso più ampio, una avvilente banalizzazione nel momento in cui viene fatta coincidere con la sola dimensione biologica ponendo, di conseguenza, in secondo piano il suo ordine simbolico: una sorta

di moderna riproposizione di quel dualismo corpo-spirito che ci porta a separare la corporeità dalla dimensione propriamente umana e ad identificare il desiderio come puro istinto divenendo, in certo modo, una chiave di lettura della sessualità nel nostro tempo, con le sue aspettative e le sue teorie.

La maggiore consapevolezza della propria condizione di salute se ha certamente permesso di definire più compiutamente anche il concetto di dignità umana e il suo rispetto, ha anche tuttavia comportato allo stesso tempo, forse anche in risposta critica ad un *paternalismo* medico arrogante, il ricorso ad un'autodeterminazione *spinta* contro ogni forma di limitazione o imposizione.

Nonostante ciò, lo spirito libertario e autonomo della società contemporanea sembra

essersi paradossalmente smarrito in quella “estensione del concetto di salute” propria della “medicalizzazione della vita”⁷ che al contrario sembra accettare tacitamente, anzi dalla quale dipende e in vista della quale legittima qualunque tipo di procedura, sia essa educativa, preventiva o terapeutica che venga ritenuta o venga presentata utile per il perseguimento della salute, concretizzando così la previsione filosofica di Illich⁸ che tutta questa *insonorizzazione della vita* da parte della medicina tecnologica avrebbe rapidamente contribuito a condurre la nostra società a non accettare più il limite, la vecchiaia, la malattia e la morte.

Il concetto di *medicalizzazione* racchiude in sé una profonda valenza critica e negativa che scaturisce soprattutto dall'analisi della sociologia e della filosofia della medicina iniziata nei primi anni Settanta nei confronti dell'ingerenza del sapere medico che si è impadronito di ambiti della vita che prima non le appartenevano e che ha trasformato in “malattie” condizioni che non molto tempo prima venivano considerate e definite *naturali* come la vecchiaia, la calvizie o la menopausa tanto per citarne alcune.

Questi aspetti, secondo i sostenitori critici di questa tesi, hanno trovato linfa abbondante non solo nei prodigiosi progressi tecnologici e farmacologici, ma anche nei numerosi cambiamenti sociali e culturali che, negli ultimi sessant'anni, hanno finito per alimentare da una parte una mal celata presunta onnipotenza del sapere medico e con essa la convinzione che ci sia una cura in grado di risolvere ogni situazione e, dall'altra, hanno sviluppato e consolidato nuove visioni della sessualità, del corpo e dei suoi bisogni insieme ad una ricerca spesso sfrenata, in fasce d'età estremamente ampie, della sua efficienza, *humus* ideale per il florido sviluppo di questa deriva della medicina.

*Oggi la sessualità umana
soffre di una avvilente
banalizzazione nel
momento in cui viene
fatta coincidere con la
sola dimensione biologica
ponendo, di conseguenza,
in secondo piano il suo
ordine simbolico*

Il rischio insito in una *sessualità medicalizzata*, inserita all'interno di una dilagante mentalità secondo la quale si vale per quanto si ha o per come si appare o "si funziona" e dove ciò che conta è avere tutto e subito e al prezzo più conveniente, potrebbe allora essere quello di considerare l'uomo-paziente sempre più rappresentato esclusivamente dal suo corpo e, proprio per questo, da lui "separato".

Un "semplice" oggetto malato gestito secondo criteri tecnici e consumistici più che empatici alla costante ricerca della *performance* con il conseguente impoverimento, in modo tanto innaturale quanto grottesco, sia dell'originario rapporto medico-paziente sia della misteriosa complessità della sessualità umana.

La data del 28 marzo 1998, anno di comparsa del sildenafil citrato, più conosciuto come Viagra[®], è coincisa con due vere e proprie rivoluzioni: una terapeutica e una culturale.

È indubbia, allora come oggi, l'elevata efficacia di questa "semplice e discreta" classe di farmaci in grado di ripristinare una funzione carente: dall'uscita della prima molecola, l'attuale armamentario terapeutico dispone di tre altre molecole per somministrazione orale e di una per via intracavernosa. È altrettanto vero, tuttavia, che nel tempo il desiderio si è spinto in molti casi a qualcosa in più del *semplice ripristino funzionale*, facendo crescere la cosiddetta *logica della super-efficienza* e incentivando, in generale, un crescente interesse pubblico per questo e per altri problemi sessuali.

Né poteva essere altrimenti... Fin dall'inizio questi farmaci hanno determinato echi sociali e culturali entusiastici pari a quelli che ebbero, con le dovute proporzioni e in contesti storici ben differenti, la scoperta della penicillina o dei vaccini: essi hanno "sottratto all'invisibilità - come osserva acutamente la sociologa Dane Rosenfeld - il corpo maschile, la sua sessualità e la sua maschilità"⁹.

Non deve stupire allora che i media si siano da tempo attribuiti un ruolo di amplificatori e di educatori per tutte le nuove istanze e aspirazioni, spesso ipertrofiche, di una mentalità che ritiene, ad esempio, non solo normale ma anzi doveroso, il ricorso ai farmaci o alla chirurgia per raggiungere un *miglioramento-poten-*

ziamento di funzioni psico-biologiche normo-funzionanti come potrebbe essere l'erezione, *pietra angolare* della risposta sessuale maschile. Curare o potenziare? Questo è il dilemma...

La ricerca della cura non è l'unica prerogativa e *dovere* di ogni medico: la stessa prescrizione di un farmaco, come lo sono il sildenafil¹⁰ ed gli altri inibitori delle 5-fosfodiesterasi¹¹ per la cura di una condizione patologica come la disfunzione erettile, è un atto che deve essere sempre "una diretta specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico" nel pieno rispetto della cosiddetta "alleanza terapeutica" con il paziente, come ricordava peraltro in modo estremamente chiaro anche il Comitato Nazionale di Bioetica, anche se tutto questo rischia oggi di non essere più così ovvio e garantito anche alla luce del nuovo Codice di Deontologia Medica¹².

A questo si deve aggiungere il fattore rappresentato dall'esplosione indiscriminata e incontrollata dell'universo *social* che sta sempre più proponendo, soprattutto a quei soggetti fragili proprio a causa della loro disfunzione o disinformazione, nuove figure di "*normalità*" con modelli, comportamenti e aspettative che possono causare essi stessi una dipendenza.

Si comprende allora come una delle debolezze legate a queste terapie così "particolari", è spesso il difficile, se non impossibile, controllo delle indicazioni, della modalità di acquisto, di assunzione e di valutazione a distanza dei risultati clinici e/o degli effetti collaterali e al contrario come invece uno dei punti di forza irrinunciabili rimanga la gestione coordinata da uno specialista andrologo.

Desti in tal senso non poche perplessità il risultato di uno studio coordinato da un endocrinologo italiano e presentato in occasione dell'ultimo Congresso della Società Europea di Urologia tenutosi a Londra, dal quale emerge come 6 uomini su 10 assumono le cosiddette *sexy pillole* senza né una diagnosi né una prescrizione medica, per un totale di circa cento milioni di compresse vendute in questo modo, di cui quasi quattro milioni attraverso il canale dei *sexy shop*¹³.

Sarebbe quanto meno miope considerare solo questo come uno degli aspetti critici le-

gati a una *sessualità medicalizzata*: le cause sono naturalmente ben più ampie e variegate. Ma proprio per questo lo specialista andrologo moderno è tenuto non solo a contrastare questi abusi e i potenziali rischi dell'*auto-terapia*, ma a informare, educare e accompagnare l'uomo e la coppia nella sua totalità anche al fine di evitare, come profeticamente temeva il Comitato di Bioetica Francese nel lontano 1998¹⁴, che la disponibilità di un farmaco con tali caratteristiche possa indurre un pericoloso effetto "*coperta di Linnus*" soprattutto nei più giovani o in chi cerca solo un risultato narcisistico e che, nella ricerca della gratificazione del solo effetto fisico, possa portare a "trascurare i tanti aspetti simbolici e ambientali insiti nel rapporto sessuale, a danno soprattutto della partner" nei suoi bisogni e nei suoi sentimenti.

NOTE

¹ A. FENELLI, R. LORENZINI, *Clinica delle disfunzioni sessuali*, Carocci Editore, 2003.

² WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR 6-12 Settembre 1978. Adottata alla Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria, fu sponsorizzata congiuntamente da OMS e UNICEF [<http://www.assimefac.it/old/articoli/dichalmaata.pdf>].

³ Per assicurare lo sviluppo di una sessualità sana negli esseri umani e nelle società i diritti sessuali seguenti devono essere riconosciuti, promossi, rispettati e difesi da tutte le società con ogni mezzo. La salute sessuale è il risultato di un ambiente che riconosce, rispetta ed esercita questi diritti sessuali che sono: 1) il diritto alla libertà sessuale; 2) all'autonomia, integrità e sicurezza del corpo; 3) alla privacy; 4) alla uguaglianza; 5) al piacere sessuale; 6) all'espressione delle emozioni sessuali; 7) alle libere associazioni sessuali; 8) a rendere libere e responsabili le scelte riproduttive; 9) all'informazione sessuale basata sulla conoscenza scientifica ed infine 10) all'educazione sessuale integrale.

⁴ F. MONTORSI, R. BASSON, G. ADAIKAN, E. BECHER, A. CLAYTON, F. GIULIANO, S. KHOURY, I. SHARLIP, *Sexual Dysfunctions in Men and Women. 3rd International Consultation on Sexual Medicine*, Parigi, 2010.

⁵ W.H. MASTERS, V.E. JOHNSON, *Human sexual response and human sexual inadequacy*, Little Brown, 1966. Trad. Ital. *Patologia e terapia del rapporto coniugale. Le insufficienze sessuali nell'uomo e nella donna*, Pigreco Editore, 2011.

⁶ H.S. KAPLAN, *Disorders of Sexual Desire*, Brunner/Mazel, New York, 1979.

⁷ Cfr. P. CONRAD, «Medicalization and social control», in *Ann Rev Soc* 18 (1992), 209-232; A. MATURO, P. CONRAD, *La medicalizzazione della vita*. Collana Salute e Società. Anno VIII, n. 2. Franco Angeli Editore, 2009.

⁸ I. ILLICH, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*. Bruno Mondadori, 2004.

⁹ D. ROSENFELD, C. FAIRCLOTH, *Medicalized masculinities*. Temple University Press, 2006.

¹⁰ La molecola del Viagra.

¹¹ La famiglia di molecole orali impiegate per il trattamento della disfunzione erettile: sildenafil, vardenafil, tadalafil, avanafil.

¹² Nell'ultima edizione (18 maggio 2014) del Codice di Deontologia Medica del nostro Paese è comparso per la prima all'interno dell'articolo 76 il concetto di *Medicina potenziativa*. Secondo questo articolo, il medico, quando gli siano richiesti interventi finalizzati al potenziamento delle fisiologiche capacità psico-fisiche dell'individuo, opera, sia nella fase di ricerca che nella pratica professionale, secondo i principi di precauzione, proporzionalità e rispetto dell'autodeterminazione della persona, acquisendo il consenso informato in forma scritta. Con tale estensione si viene di fatto a legittimare l'impiego di cure non più solo in condizioni alterate ma anche in quelle di per sé "normali".

¹³ Cfr. E. Jannini et al, *EDEUS Erectile Dysfunction European Users Survey. Excerpta 17th EAU Congress, 24-28 March*, London 2017.

¹⁴ B. KOUCHNER, *The medicalization of sexuality: the case of Viagra. Reply to the Secretary of State of Health*. From Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) pour le sciences de la vie et de la santé. November 18, n. 62, 1999.