



SCUOLA DI DOTTORATO
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA

Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale

Dottorato di Ricerca in Sociologia Applicata e Metodologia della Ricerca Sociale
Ciclo XXIX

Curriculum in Sociologia

LA MASCHILITÀ DA CURARE. DINAMICHE DI COSTRUZIONE DI REPERTORI DIAGNOSTICO- TERAPEUTICI

Cognome: Salis

Nome: Francesca

Matricola: 787780

Tutore / Tutor: Chiara Bertone

Cotutore / Co-tutor: Mara Graziella Tognetti

Coordinatore / Coordinator: Carmen Leccardi

ANNO ACCADEMICO: 2015/2016

INDICE

Introduzione	4
I. I confini mutevoli della diagnosi	10
1.1 La prospettiva sociocostruzionista nella sociologia della salute	10
1.2 La triade Disease/Illness/Sickness	15
1.3 Sociologia della diagnosi	26
1.4 Origini della medicalizzazione: la medicina come istituzione di controllo sociale	38
1.4.1 Conrad e la questione definitoria	42
1.4.2 Disease mongering	46
1.5 Innovazioni della biomedicina e nuove proposte definitorie	49
1.5.1 La farmacologizzazione	50
1.5.2 La biomedicalizzazione	54
1.6 Verso l'ottimizzazione. Tra suscettibilità e potenziamento	57
1.7 Tecnologie del Sé	62
1.8 Repertori diagnostico-terapeutici come strumenti euristici	65
II. La medicalizzazione della sessualità	68
2.1 La patologizzazione dell'underperformance maschile	74
2.1.1 Breve storia dell'impotenza	77
2.1.2 L'era del Viagra – cocostruzione tra farmacologizzazione ed espansione diagnostica	91
2.1.3 Drop-out e controdiscorsi dei pazienti consumatori	103
2.1.4 Nuovi scenari farmaco-mediati	108
III. Obiettivi e Metodo della ricerca	112
3.1 Contesto e domanda di ricerca	112
3.2 Costruzione della base empirica	115
3.2.1 Selezione del materiale documentario	116
3.2.2 Interviste ai saperi-esperti	119

3.2.2.1 Campionamento e conduzione delle interviste.....	123
3.3 Analisi	129
IV. Definizione dell'ambito professionale. Sistemi di significato terapeutici e strategie giurisdizionali	131
4.1 Gli specialisti del benessere sessuale maschile	132
4.1.1 La costruzione del settore andrologico.....	132
4.1.2 La costruzione del settore (psico-)sessuologico.....	146
4.2 La questione definitoria al centro della co-costruzione fra diagnosi, trattamenti e specialisti	159
V. Modelli diagnostico-terapeutici a confronto	175
5.1 Modello riduzionista-sequenziale	182
5.1.1 La forza del farmaco nella pratica diagnostica	189
5.1.2 L'andrologo come sarto per terapie su misura	192
5.1.3 Saper prescrivere, l'andrologo come counselor	198
5.1.4 Resistere al farmaco, preservare il monopolio sulla psiche	202
5.2 Modello integrato biopsicosociale	212
5.2.1 Integrare il farmaco per rafforzare la professione	227
5.3 Modello del sessuologo-medico	234
Conclusioni	240
Appendice 1 – Traccia di intervista	248
Appendice 2 – Caratteristiche generali intervistati	252
Riferimenti bibliografici e sitografici	256

Introduzione

Questo lavoro di tesi dottorale indaga sul forte peso delle scienze della salute nella regolazione della nostra vita quotidiana, attraverso la prospettiva della medicalizzazione della società quale processo che, nella sua accezione più generale, consiste nel “trattare i problemi della vita quotidiana come problemi medici: malattie, disturbi, sindromi” (Furedi, 2004: 124; cfr. Conrad, 2007). Alla base di questa scelta risiede un'attenzione verso il concetto di normalità in quanto costruzione sociale e dunque per i saperi-poteri (Foucault, 1976/2010) e le modalità attraverso cui vengono definite le sue categorie. In quest'ottica, per citare Freidson, si può dire che “la malattia di interesse del sociologo può avere o meno un fondamento nella realtà biologica, ma ha sempre un fondamento nella realtà sociale” (Freidson, 1970/1988: 212). Questo fondamento sarà indagato in particolare nell'ambito della medicalizzazione della sessualità maschile all'interno del quale si fa sempre più forte l'associazione tra salute maschile e potenza sessuale.

Secondo Furedi (2004: 30), ogni sistema culturale propone una certa immagine della natura umana, delle sue potenzialità e dei suoi limiti. Quella che lui definisce come “odierna cultura terapeutica” – scaturita dai processi collegati di medicalizzazione¹ e professionalizzazione – offre una delle reti di significati e simboli più caratteristiche dell'epoca contemporanea: “pur essendo in competizione con altre correnti, la cultura terapeutica ha acquisito una influenza potente sul comportamento individuale. Non ha il monopolio del senso ma è probabilmente il principale strumento interpretativo della vita quotidiana dell'individuo”. La facilità con cui viene accettata la progressiva patologizzazione del comportamento umano indica infatti che una generale medicalizzazione della vita sia ormai da considerarsi un fatto compiuto, sebbene in continuo sviluppo e aperta a frequenti ridefinizioni delle sue peculiari dimensioni (Furedi, 2004: 124; cfr. Conrad, 2007; Tiefer,

1 Sempre secondo Furedi (2004: 124) è altrettanto corretto parlare di psicologizzazione dal momento che la patologizzazione della vita include anche la reinterpretazione dei problemi personali come patologie psicologiche e non solo fisiche. Similmente si esprime Tiefer (2012: 312): “it is important to emphasize that medicalization is about a medical model mindset that can be implemented by diagnosis-driven psychotherapies as easily as biotherapies”.

2012).

Da queste premesse, il lavoro di introduzione teorica del primo capitolo si muove ai confini di più letterature e correnti di ricerca, dagli Science&Technology Studies alla Sociologia della salute e delle professioni. L'intento del capitolo è quello di fornire una panoramica che parte da una prospettiva sociocostruzionista nei confronti della malattia e della salute e si conclude con una disamina degli studi sui processi di medicalizzazione, biomedicalizzazione e farmacologizzazione della società. Tale rassegna trova la sua unità coerente nel concetto di diagnosi, nella sua accezione processuale e categoriale (Brown, 1990; 1995; Jutel 2009; 2010; 2011). La diagnosi, infatti, si configura come il principale dispositivo che fonda e definisce lo spazio di azione della medicina. Essa, inoltre, “non esiste ontologicamente” (Jutel, 2009: 294), ma si articola attraverso l'interazione fra *illness*, *disease* e *sickness* (Maturò, 2007; 2012), fra uno stato di sofferenza soggettivamente percepito, la sua spiegazione clinica e il suo riconoscimento sociale, e quindi fra il paziente, il professionista della salute e i modelli sociali di riferimento più ampi. È dunque un concetto che unisce insieme elementi biologici, tecnologici, sociali, politici, economici e di vita vissuta, in una chiara circolarità che ci permette di comprendere la natura interconnessa e co-prodotta tra corpi, scienza e tecnologia (Haraway, 1991; Barad, 1998; Rose, 2007/2008; Lupton, 2013; Fishman, 2017).

Uno degli ambiti specifici in cui tali processi hanno avuto maggiori opportunità di manifestarsi ed espandersi è senza dubbio quello legato alla sessualità (Potts, 2000; Mamo, Fishman, 2001; Marshall, 2002; 2006; Potts et al., 2004; Tiefer, 2004; 2007; 2012). Come notano Cacchioni e Tiefer (2012: 307), in apertura di un numero speciale sulla medicalizzazione della sessualità del *Journal of Sex Research*:

Over the past 150 years, sexual life and conduct has been exposed to increasing medical surveillance and subjected to expanding diagnostic, psychotherapeutic, psychiatric, surgical, and pharmaceutical interventions. A growing number of “health professions” are involved with sexual subjects, and “sexual health” is a common focus of media and institutional interest. The medicalization of sex is now a complex domain of personal and professional activity at the intersection of technology, culture, professional training, medicine, gender, sexuality, global capitalism, politics, and rapid social change.

Il secondo capitolo intende dunque approfondire i meccanismi di co-costruzione tra diagnosi, trattamenti, giurisdizioni professionali e soggettività incorporate che emergono all'interno del campo della sessualità. Il focus viene posto in maniera particolare sul campo della salute

sessuale maschile soggetto, nel tempo, ad una imponente medicalizzazione farmacologizzata dell'inadeguatezza sessuale. Tale processo è basato su una patologizzazione di quelle condizioni, come la disfunzione erettile e l'eiaculazione precoce al centro di questo lavoro che, interferendo con la possibilità di compiere un sano/normale/adeguato rapporto sessuale completo e soddisfacente, limitano anche la possibilità di esperire la performance di una maschilità (egemonica) di successo (Connell, 1995/1996; 2009/2011; Connell, Messerschmidt, 2005; Potts, 2000a; 2000b; 2002; 2005; Ferrero Camoletto, Bertone; 2016, Johnson et al., 2016).

Le due problematiche sono state dunque selezionate sia perché maggiormente diffuse a livello epidemiologico, sia perché sembrano contenere nella loro stessa definizione l'idea di performance sessuale adeguata, piacevole e ottimale. Per Disfunzione Erettile (DE) si intende infatti la persistente o ricorrente incapacità di raggiungere e mantenere un'erezione valida per avere un rapporto sessuale penetrativo completo e soddisfacente (Simonelli, 2006; Menchini Fabris et al. 2008). L' Eiaculazione Precoce (EP), invece, manca tutt'oggi di una definizione univoca. I criteri diagnostici più utilizzati variano infatti da un tentativo di “misurare” la precocità in termini di durata della latenza eiaculatoria intravaginale (circa < 1-2 minuti con una “normalità” attestata intorno ai 4-5 minuti) o di numero di spinte (< di 20) a definizioni che sottolineano l'importanza di elementi più soggettivi, e per questo non quantificabili, come l'assenza di controllo sul riflesso eiaculatorio e il senso di frustrazione generato dalla mancata soddisfazione, della partner e della coppia (APA, 2013; Simonelli, 2006; Menchini Fabris et al., 2008; Waldinger, 2008).

Centrale in questo contesto è il ruolo di quelli che Tiefer (2007; 2008) definisce “sexuopharmaceuticals”, ovvero le tecnologie farmaceutiche specifiche per le disfunzioni sessuali che, in particolare dall'avvento del Viagra in poi, hanno costituito una vera e propria rivoluzione terapeutica e culturale nel campo della salute sessuale in generale. Da un lato, infatti, essi funzionano da “protesi molecolari normative” (Preciado, 2008/2013: 151) che offrono la promessa di poter di performare un'identità sessuale e di genere adeguata e di successo (Mamo, Fishman, 2001; Tiefer, 2007, 2008; Preciado, 2008; Ferrero Camoletto, Bertone, 2016). Dall'altro, posizionandosi solitamente a cavallo fra intenti di cura e di potenziamento, rientrano nella categoria di quei *lifestyle drugs* che sembrano fornire risorse

rapide ed efficaci – “a portata di pillola” (Wilkes et al., 2000: 121) – per il miglioramento della qualità della vita (Mamo, Fishman, 2001; Fox, Ward, 2008; Preciado, 2008; Rose, 2008). Data quindi la loro profonda influenza sulla costruzione della domanda e dell'offerta per questo tipo di soluzioni *quick-fix*, e dunque sulla stessa definizione dei repertori diagnostico-terapeutici che ne presuppongono la prescrizione e la commercializzazione, i farmaci orali hanno segnato un grosso spartiacque a partire dal quale gli specialisti hanno dovuto ricalibrare gli spazi di azione- legittimazione del proprio ruolo.

Per quanto riguarda il lavoro di ricerca si è quindi voluto approfondire il tema relativo ai processi di co-costruzione che caratterizzano e sorreggono l'espansione diagnostico-terapeutica delle principali problematiche sessuali maschili. Avendo ben presente, come sottolinea Fishman (2017: 382), che i progetti di analisi non possono sempre, né devono, coprire l'intero spettro dei rapporti di co-costruzione tra categorie che sono in una relazione di reciproca costituzione, si è scelto di lavorare a partire dalle riflessioni di Furedi (2004: 124) secondo cui “il processo di medicalizzazione è inseparabile dalla professionalizzazione”. Dal momento che, infatti, nella “definizione della malattia” è contenuta la definizione della figura professionale legittimata ad occuparsene (Tousijn, 2000; 2009; 2013; Vicarelli, 2010), si sottolinea come solitamente la definizione della propria autorità giurisdizionale e i rapporti che su di essa sono costruiti non possano prescindere dalle definizioni diagnostiche e dalle linee terapeutiche derivanti proposte dalle diverse figure professionali in questo campo. Ciò appare importante a maggior ragione se si tiene conto del fatto che si ha in questo caso a che fare con problematiche sessuali la cui definizione e cura si strutturano in larga parte attorno al colloquio anamnestico con i pazienti-consumatori, portatori di vissuti soggettivi di *illness* e di abitudini e desideri sessuali di cui si deve tener conto per la stessa definizione contestuale/ibrida della diagnosi e della scelta terapeutica (Brown 1995; Jutel, 2009; Anspach, 2011).

A partire da queste considerazioni, il focus di analisi è ricaduto sui repertori diagnostico-terapeutici relativi ai principali disagi della sessualità maschile che, come del resto gran parte delle problematiche legate alla qualità della vita, hanno subito nel tempo un notevole processo di espansione diagnostica altamente medicalizzata e farmacologizzata. L'intento non è tanto quello di illustrare le effettive pratiche diagnostico-terapeutiche in sé,

quanto quello di delineare le modalità di descrizione, di interpretazione e di definizione di senso prodotte dai professionisti della salute sessuale (maschile) in modo da far emergere la dimensione normativa e di (auto)legittimazione (Orbuch, 1997) del loro operato e del loro ruolo di *gatekeeping*.

Utilizzando una modalità di ricerca qualitativa, articolata attraverso la raccolta e l'analisi sia di materiale documentario che di interviste in profondità ad esperti del settore andro- e psico-sessuologico italiano, la questione è stata indagata a partire dai discorsi ufficiali e dagli accounts di quei saperi esperti che basano una larga parte del loro lavoro, e dunque della loro giurisdizione professionale, sulla patologizzazione dell'inadeguatezza sessuale maschile e sulla conseguente razionalizzazione terapizzata (Furedi, 2004; Jackson, Scott, 2010; Cacchioni, 2015) delle condotte sessuali e dei rapporti di genere.

Una delle principali difficoltà che si è riscontrata sin dalle fasi di raccolta del materiale empirico è stata quella di riuscire a districarsi all'interno del contesto andro- e psico-sessuologico italiano, sia dal punto di vista inter-professionale che da quello intra-professionale. Anche solo attraverso una semplice ricerca on-line con parole chiave come “disfunzioni sessuali maschili”, “disfunzione erettile”, “eiaculazione precoce” si può notare come a disposizione del potenziale paziente si offrano principalmente i servizi di diversi profili professionali, il medico andrologo e il sessuologo, solitamente di impostazione psicologica. Eppure, nessuna di queste categorie professionali dispone attualmente di una specializzazione riconosciuta a livello ministeriale, né esiste un albo specialistico a cui poter fare riferimento.

Di conseguenza, il primo dei capitoli costruiti sul lavoro analitico/interpretativo – 4. Definizione dell'ambito professionale. Sistemi di significato terapeutici e strategie giurisdizionali – è nato proprio dalla necessità di fare chiarezza sulla specifica definizione del settore professionale, delineando innanzitutto un profilo di queste figure specialistiche. Successivamente, si è operata una ulteriore ricognizione del materiale testuale – composto sia da testi scientifici di recente pubblicazione (manualistica, libri e riviste di matrice andro- e psico-sessuologica) che materiale *public-oriented* (campagne di sensibilizzazione sulla disfunzione erettile e sull'eiaculazione precoce) – attraverso cui far emergere specificamente l'interazione tra differenti modelli terapeutici, da quello biomedico *disease-centered* a quello

biopsicosociale *patient-centered*, e le forme di farmacologizzazione dell'inadeguatezza sessuale maschile. In questo modo si è cercato di mettere in evidenza la circolarità che, strutturandosi attorno alla congiuntura fra sistemi eziologici, dispositivi terapeutici e giurisdizioni professionali, intercorre tra le modalità di costruzione delle problematiche sessuali maschili, del target dei pazienti-consumatori e dei professionisti più adatti ad occuparsene.

Nell'ultimo capitolo – 5. Modelli diagnostico-terapeutici a confronto – si sono approfonditi la natura e lo spessore dei meccanismi identificati in precedenza spostando il focus dal materiale testuale per andare a cogliere direttamente dalle riflessioni negli estratti di interviste, come il ruolo e l'operato degli esperti della sessualità maschile comporti un continuo lavoro di gestione dei confini della propria legittimazione professionale. Grazie a questa prospettiva sono emersi infatti alcuni dei legami profondi che collegano differenti concezioni ontologiche del corpo e delle identità a specifiche configurazioni di repertori diagnostico-terapeutici, alle quali sono quindi connessi diversi spazi di giurisdizione/azione professionale.

I. I confini mutevoli della diagnosi

1.1 La prospettiva sociocostruzionista nella sociologia della salute

É consuetudine, all'interno degli studi sociologici applicati al campo della salute e della medicina, distinguere fra due prospettive epistemologiche differenti: la sociologia *nella* medicina e la sociologia *della* medicina (Strauss, 1957). Tale distinzione è apertamente critica verso la “propensione a fare eccessivo affidamento sull'approccio dei medici con una chiara riluttanza ad usare i metodi suggeriti dalla disciplina sociologica, il che significa adottare la prospettiva della sociologia *nella* medicina e non quella della sociologia *della* medicina” (Strauss in Freidson, 2002: 197). Il bersaglio principale sembra essere soprattutto la tradizione struttural-funzionalista parsonsiana² degli anni '50 e, più in generale, un tipo di ricerca sociale che si occupa dello studio del campo della salute e della medicina inquadrando la prima come una condizione naturale dell'esistenza e la seconda nei termini di istituzione neutrale e super-partes, accettandone così acriticamente la cornice paradigmatica di orientamento biomedico. Dagli anni '60 si afferma così un atteggiamento più critico che pone le basi per una condizione di maggior distacco nei confronti del complesso concettuale e operativo della medicina, e di una retorica per certi versi “agiografica” (Lupton, 2003: 16) che interpreta la storia della medicina come un percorso costellato da continui e costanti progressi scientifici diretti a scoprire e debellare “la malattia” in modo da ripristinare e migliorare “la salute” (Siza, 2006: 105; Maturo, 2004: 43; Lupton, 2003: 12).

Un'impostazione epistemologica che, in questo campo, sembra accomunare prospettive critiche per altri versi molto distanti fra loro in quanto a interessi e profondità di analisi, dalle prospettive politico-economiche di derivazione marxista al post-strutturalismo femminista di matrice foucaultiana, dagli Science and Technologies Studies (STS) ai teorici della medicalizzazione, è il sociocostruzionismo. Tale orientamento, nella sua versione moderata e non radicale (Shilling, 2012), è da intendersi non tanto come una “teoria

² Parsons va comunque annoverato fra i pionieri della sociologia della medicina. Non essendosi limitato a considerare la malattia come un mero stato organico, “Parsons fu probabilmente il primo a concettualizzare la medicina nei termini di un'istituzione di controllo sociale” (Conrad, 1992: 210).

sistematica dell'agire sociale quanto piuttosto come insieme di concetti e prospettive che servono da protesi intellettuali per analizzare eventi ed oggetti particolari del mondo sociale” (Pearce, 1994: 38), a partire dal presupposto centrale che interpreta la realtà come socialmente costruita e condivisa intersoggettivamente (Berger, Luckmann, 1966/1997). L'enfasi viene dunque posta su come il significato dei fenomeni non risieda necessariamente dentro i fenomeni stessi ma si sviluppi attraverso le interazioni nei contesti sociali e la simultanea produzione di conoscenze, pratiche e soggetti. Negli ultimi cinquant'anni, le analisi ricadenti all'interno dell'ampio termine-ombrello (Shilling, 2012; Armstrong, 1997) del sociocostruzionismo sono dunque diventate un'area di ricerca principale all'interno del campo della sociologia (e dell'antropologia) della salute e della medicina, fornendo grandi contributi per una comprensione più ampia e profonda delle dimensioni storiche, sociali e culturali fondanti le soggettività e i corpi degli individui.

Il sociocostruzionismo, applicato allo studio della salute e del corpo, è quindi una cornice concettuale e metodologica che si pone come obiettivo primario il superamento della separazione ontologica, di cartesiana memoria, tra la materialità del corpo e il pensiero, tra natura e cultura, al fine di enfatizzare gli aspetti storico-culturali di fenomeni e condizioni solitamente intesi come esclusivamente naturali. Tenendo inoltre ben in conto il ruolo e l'influenza dei discorsi disciplinari e normativizzanti e del dispiegamento diffuso e reticolare delle pratiche di potere si mette dunque in dubbio l'esistenza di verità/conoscenze essenziali, anche quelle sviluppate all'interno del discorso (bio)scientifico dominante nella società occidentale. In questo senso esso si configura come una valida e necessaria “rottura epistemologica” (Shilling, 2012; cfr. Casper, Koenig, 1996: 527; Cardano, 2015) dalle derive riduzioniste dell'essentialismo naturale secondo cui, in ultima istanza, il profilo della società verrebbe modellato da fattori biologici (ormonali, genetici, neurochimici etc.) universali e deterministici (Foucault, 1975/1976, 1976/2010; Latour, Wooglar, 1986; Nicolson, Mc Laughlin, 1987, 1988; Brown, 1990, 1995; Petersen, Bunton, 1997; Lupton, 2003; Maturo, 2007; 2012; Conrad, Barker, 2010; Olafsdottir, 2013).

Questa visione è sorretta, secondo Milani (2011, 2015) dalla convinzione che sia necessario rivelare quei processi attraverso i quali relazioni, corpi, identità, fino agli stessi desideri finiscono per diventare ordinari, normali e normativi: “in other words, it is through

the deconstruction of what counts as ‘normal’ that we can undermine claims of biological and/or cultural essentialism, revealing instead the deeply social roots of such ‘normality’” (Milani, 2011: 184). È quindi proprio grazie a questa particolare lente attraverso cui guardare la realtà che ci circonda che sono state interrogate e sistematicamente problematizzate alcune dimensioni tra loro interrelate che stanno alla base della nostra concezione di normalità, come la salute (e la malattia), la sessualità, il genere e i legami, appunto socialmente e culturalmente costruiti, che esse intessono con il corpo e che vengono dati per scontati proprio perché considerati come biologicamente determinati e quindi naturali, oggettivi e universali (Armstrong, 1994; 1997; Milani, 2011; 2015). Solo in quest'ottica è dunque possibile rendere conto di quanto le dimensioni sovraccitate siano piuttosto realtà fluide e negoziate che hanno subito, nel tempo, trasformazioni più che considerevoli legate alla mutevole relazione, mutualmente co-costitutiva (Casper, Koenig, 1996; Haraway, 1991; Barad, 1998; Jasanoff, 2004; Lock, Nguyen, 2010; Fishman et al., 2017), esistente tra i concetti di natura/corpo e cultura/tecnologia a fronte, soprattutto, di un imponente avanzamento tecno-scientifico in campo biomedico che “ridefinisce le loro zone di penetrazione e i territori di significato” (Katz, Marshall, 2004: 54; cfr. Clarke et al., 2003; Rose, 2007/2008; Fishman et al., 2017).

I processi di incorporazione, infatti, ci ricorda Shilling (2012; cfr. Rinaldi, 2012), possono generare e allo stesso tempo essere modellati dagli sviluppi sociali e tecnologici e ciò impone quindi di interpretare gli stessi corpi come “realist fictions that are simultaneously natural and ideological, material and semiotic” (Haraway, 1991: 209).

Una volta riconosciuto come la conoscenza, in questo caso scientifica, si costituisca come “a set of socially constructed and nature-constructing practices” (Mc Alister, 2010), si può liberamente dirigere l'attenzione verso il concetto di normalità in quanto costruzione sociale, focalizzandosi su quei saper-poteri all'interno del campo della salute (Foucault, 1976/2010) - accomunati dallo “sguardo clinico” sui corpi (e sulle menti) degli individui - sulla base dei quali si strutturano le sue categorie dicotomiche più incisive come, per esempio, le opposizioni fra sano/malato, normale/anormale e funzionale/disfunzionale. All'interno di questa prospettiva dunque la malattia smette di essere intesa come un mero evento biologico, oggettivo, universale e invariato nel tempo, come un'entità sempre (e da sempre) presente in natura in attesa di essere scoperta dagli scienziati, e diventa un' “entità elusiva” (Rosenberg,

1989: 1). Essa infatti, per certi versi, non esiste finché non se ne è convenuta l'esistenza attraverso gli atti di percezione, nomina e negoziazione della risposta sociale nei suoi confronti, in una circolarità che ne evidenzia il carattere costantemente prodotto e riprodotto. Si tratta quindi innanzitutto di una “designazione sociale” (Gusfield in Conrad, Barker, 2010: 3) il cui significato ed esperienza sono modellati dal sistema socio-culturale e per questo sono soggetti al cambiamento.

In questo contesto si è ovviamente ben lungi dallo smentire l'esistenza di condizioni corporali biofisiche disabilitanti o il verificarsi di avvenimenti naturali invalidanti, ma soltanto che essi siano “ipso facto” definiti ed esperiti come malattie (Conrad, Barker, 2010: 68). Infatti, per citare Freidson (1970/1988: 212; 2002: 178), si può dire che:

“la malattia di interesse del sociologo può avere o meno un fondamento nella realtà biologica, ma ha sempre un fondamento nella realtà sociale [e] dal momento che il compito di decidere l'esistenza reale e la causa vera della malattia spetta al medico, il sociologo può occuparsi delle conseguenze sociali dell'attribuzione della malattia e del concetto sociale che essa rappresenta”

Il sociologo ha quindi, in primo luogo, a che fare con un sostanziale problema di sociologia della conoscenza inerente alla gestione dell'idea stessa di malattia, alle modalità tramite cui determinati segni e condizioni dell'individuo vengono etichettati e diagnosticati come sintomi e patologie, e all'influenza del processo di diagnosi e di trattamento sul comportamento sociale. Una prospettiva socio-costruzionista della conoscenza, infatti, sostengono Nicolson e McLaughlin³ (1988: 235; cfr. Latour, Wooglar, 1986):

“tries to explain the production of knowledge in terms of social and historical factors – [e.g.] the cognitive and technical skills which specific groups of scientists possess, their training, the equipment they have at their disposal, and so on. Knowledge is also understood in terms of the particular purposes it is devised to serve. The sociologist stresses, not that input from the non-social world is irrelevant, but that the processes whereby that input is generated, and incorporated into new scientific knowledge, are selective ones”.

E in questa direzione si esprime per esempio anche Brown (1995: 37) quando afferma che:

“rather than a given biomedical fact, we have a set of understanding, relationships, and actions that are shaped by diverse kinds of knowledge, experience, and power relations, and that are constantly in flux. This social constructionist perspective looks at how the phenomenon was identified and acted upon. This

3 Autori di diversi saggi sulla prospettiva socio-costruzionista applicata proprio alla sociologia della medicina. Si segnala in proposito l'interessante dibattito che i due studiosi hanno avuto con Bury proprio in merito alla portata teorica ed epistemologica della prospettiva sociocostruzionista (cfr. Bury, 1986, 1987; Nicolson, Mc Laughlin, 1987; 1988)

involves the impact of underlying social stratification system, and the roles of professionals, institutions, governments, media, pharmaceutical companies, patients, and people with illness and disabilities as well as their families”.

A questo punto può parere scontato, ma quantomeno doveroso, sottolineare come il fatto stesso che la conoscenza medica risulti, come qualsiasi altro tipo di conoscenza, socialmente costruita, non la rende per questo motivo squalificabile a priori. Anzi:

“È evidente che il sociologo ha cose interessanti da dire sulle origini e sullo sviluppo della conoscenza a cui la nostra società attribuisce più valore – cioè la fisica e quella medica. Ma queste forme di conoscenza debbono essere stigmatizzate e considerate come erronee allorché i sociologi hanno mostrato che la credenza in esse è contestuale e culturale? Non sembra [davvero] esserci alcuna ragione per svalutare la conoscenza in questo modo. È molto meglio [...] fare una distinzione tra l'investigazione sociologica di come la conoscenza si sviluppi e venga [socialmente] legittimata, da una parte, e come la conoscenza debba essere valutata, dall'altra” (Nicolson, McLaughlin, 1987: 118)⁴.

Mantenere quindi il focus sulla creazione, sulla rappresentazione, sulla legittimazione e sull'applicazione della conoscenza sul corpo, sulla salute e sulla malattia (Casper, Koenig, 1996: 525) permette di intravedere l'imponente frattura fra quella che può essere una condizione biologica e i significati socio-culturali ad essa attribuiti, riconoscendo, insieme a Good, come la stessa biologia non sia affatto esterna rispetto alla cultura essendone invece parte profonda (Good, 1994/1999: 103). La proposta di Good e di Kleinman, padri fondatori della Narrative-Based Medicine, in questo versante non si discosta troppo dalle tesi di Foucault sullo sguardo medico che modella il proprio oggetto di attenzione (Foucault, 1963; cfr. Maturo, 2007: 87). Secondo tale orientamento la medicina è da considerarsi infatti come una “formazione simbolica” (Good, 1994/1999: 108) vale a dire come un sistema culturale dotato di un insieme di significati simbolici che plasmano sia la realtà clinica in cui operano i professionisti sia la realtà dell'esperienza della malattia.

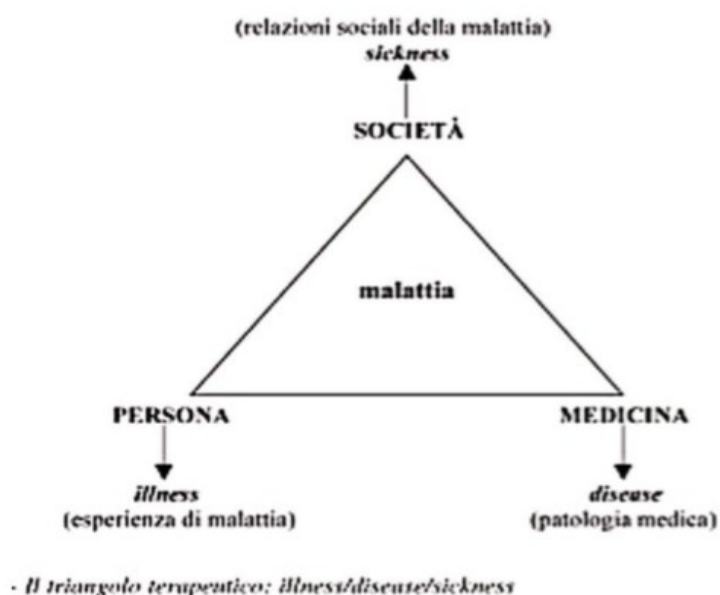
“La medicina è costituita da un insieme di concetti che 'adattano' la realtà alla medicina stessa e danno quindi una specifica forma alla realtà” (Maturo, 2007: 87). È necessario dunque prestare attenzione alle “pratiche formative della realtà” (Maturo, 2007: 87) andando in questo caso ad analizzare il modo in cui la medicina, in quanto sistema simbolico, “costruisce le persone, i pazienti, i corpi, le malattie e la fisiologia umana” (Good,

4 Traduzione in Maturo, 2007: 102

1994/1999: 103), ed è a sua volta mutualmente costituita attraverso una “coproduction of biologies and cultures that contributes to embodied experience, which, in turn, shapes discourse about the body” (Lock, 2001: 478).

1.2 La triade Disease/Illness/Sickness

A ben vedere dunque, diversi soggetti, tra loro mutualmente interconnessi, entrano in gioco quando si ha a che fare con il fenomeno della malattia: la persona malata, le istituzioni che operano nel campo clinico, tra expertise e (bio)tecnologie, e la società nel suo complesso. Ciascuno dei tre soggetti possiede un proprio punto di vista sulla malattia che diventa in questo modo un “sistema di interazione sociale di tipo triadico” (Giarelli, Venneri, 2009: 233) composto da differenti prospettive. Per approfondire questo punto fondamentale ci viene in aiuto uno strumento euristico ampiamente utilizzato nella sociologia della salute e nell'antropologia medica, ovvero la triade *disease/illness/sickness* (Twaddle, 1968; 1994; Kleinman, Eisenberg, Good, 1978; Young, 2006; Maturo, 2007; 2012) definito anche come triangolo terapeutico o della malattia (Giarelli, Venneri, 2009: 233).



In maniera schematica, si può iniziare a descrivere il *disease* come un problema di salute espresso in termini patologici. La patologia viene quindi localizzata sulla base dei sintomi e dei segni identificati all'interno del modello bio-medico occidentale, focalizzato sui processi di natura fisico-chimica. Esso “si riferisce alle anomalie nella struttura e/o nella funzione degli organi e dei sistemi di organi” (Young 2006: 117), e consiste dunque in malfunzionamento fisiologico, un'alterazione biologica ritenuta oggettivamente misurabile da un professionista medico. Il *disease* risulta quindi dall'impiego di nosologie ed eziologie specialistiche e implica la formulazione di una diagnosi espressa in un linguaggio altamente tecnico ed esoterico quale quello della medicina (Twaddle, 1994: 8; Maturo, 2007: 111-121; 2012: 22-25; Giarelli, Venneri, 2009: 232-235). L'*illness* è invece lo “stato di salute soggettivamente interpretato come indesiderabile” (Twaddle, 1994: 8), è il modo attraverso cui gli individui esperiscono ed interpretano le loro condizioni di sofferenza fisica o psicologica. In questo caso viene chiamata in causa la dimensione del malessere soggettivamente inteso in quanto la “*illness* implica processi di attenzione, percezione, risposta affettiva, cognizione e valutazione rivolti alla malattia e alle sue manifestazioni

(sintomi, inadeguatezza di ruolo, ecc.)” (Kleimann, 1980: 72).

Da queste due prime definizioni non deriva però, come sottolineano Giarelli e Venneri (2009: 235) che si possa semplicisticamente considerare il *disease* come condizione patologica “oggettiva” in rapporto alla condizione “soggettiva” rappresentata dalla *illness*. Riprendendo Kleinman (in Giarelli, Venneri, 2009: 234) “né la patologia né l'esperienza di malattia sono delle cose, delle entità: esse piuttosto rappresentano differenti modalità di spiegare la malattia, sono dunque differenti costruzioni sociali della realtà”. Non si tratta dunque di contrapporre una presunta oggettività ad uno stato soggettivo, quanto piuttosto di far emergere le diverse dimensioni di rilevanza implicate nell'interpretazione della medesima realtà della malattia:

“Anche se i concetti utilizzati dalla medicina sembrano all'apparenza più “oggettivi”, in quando hanno a che fare con “entità” che appaiono più “reali” come processi biochimici alterati, strutture anatomiche deformate, catene di reazioni neurofisiologiche [...] si tratta non della realtà della malattia in quanto tale, ma di modelli simbolici di interpretazione della realtà, sia pure fondati su di una base empirica che [...] ne fonda la pretesa di scientificità” (Giarelli, Venneri, 2009: 234).

Questa apparente contraddizione spiega la necessità di introdurre una terza dimensione che sopperisce alla parzialità della dicotomia *disease/illness*, un accostamento che non tiene in considerazione i modi in cui le relazioni sociali, interpretate soprattutto in termini di relazioni di potere, influiscono sulla definizione della malattia a livello societario. Un buon punto di partenza per analizzare il terzo termine, ovvero la *sickness*, lo fornisce Kleinman che la interpreta come “la comprensione di un disturbo che, nel suo senso generico, riguarda la popolazione in relazione a forze macrosociali” (Kleinman in Brown, 1995: 45) quali quelle politiche, economiche, istituzionali e culturali. Il concetto di *sickness* serve dunque ad osservare la malattia dal punto di vista esterno della società, per rendere conto delle “relazioni sociali della malattia” (Young 2006: 124). Secondo Young essa è “quel processo attraverso il quale i segni comportamentali e biologici preoccupanti, in particolare quelli che hanno origine nella patologia, vengono investiti di significati socialmente riconoscibili: essi vengono cioè convertiti in sintomi e risultati socialmente significativi” (Young, 2006: 124). Questo concetto riveste un ruolo di fondamentale importanza perché si pone spesso come presupposto delle altre due dimensioni sovraccitate:

“[in quanto] processo per la socializzazione della patologia (*disease*) e dell'esperienza di malattia (*illness*) [...] le relazioni sociali di malattia nella società occidentale assumono un aspetto per cui la stessa *sickness* porta a differenti *illnesses* e a differenti [diagnosi e] cure a seconda della particolare posizione sociale ed economica del malato”(Young, 2006: 125)⁵.

Similmente si esprime anche Aaronowitz (2008) quando parla dell'utilità di introdurre, all'interno sia delle scienze sociali che della stessa epidemiologia medica, lo studio dei meccanismi eziologici di “*social framing*” che, insieme a fattori di natura più strutturale come l'ineguaglianza di accesso al sistema sanitario, hanno il potere di modellare lo stato di salute della popolazione, a volte in maniera anche esplicita, influenzando, per esempio le credenze riguardo la salute e la malattia, i modelli di consumo sanitario, gli interventi di policy e le stesse pratiche cliniche dei professionisti. Secondo Aaronowitz (2008: 2) infatti:

“the health of individuals and populations results from how societies generally recognize, define, name, and categorize disease states and attribute them to a cause or set of causes. These framing ideas and practices can have profound effects by influencing individual and group behavior, clinical and public health practices, and societal responses to health problems”.

Vediamo come dunque la dimensione della *sickness* influisca anche sulle stesse pratiche mediche, stabilendone i confini, le competenze e il grado di autorità, andando conseguentemente ad incidere sulle diverse modalità con cui una determinata esperienza di sofferenza viene riconosciuta, interpretata, rappresentata e potenzialmente stigmatizzata (Brown, 1995; Maturo, 2007; 2012).

Da queste premesse si apre lo spazio per numerose considerazioni. Conrad e Barker, per esempio, nel loro saggio relativo proprio alla costruzione sociale della malattia (2010: 67-79), forniscono vari esempi di come la cultura “gets under the skin” (Aaronowitz, 2008: 2), sottolineando, fra gli altri, la rilevanza dei significati socio-culturali attribuiti alla malattia, alla salute, al corpo e alla stessa medicina attraverso l'utilizzo della metafora. L'uso più che frequente di questo artificio retorico in campo medico non è affatto singolare, dal momento che, come ci ricorda la Lupton (2003: 59; cfr. Maturo, 2007: 29-34) la metafora è usata in tutte le aree della comunicazione verbale come strumento epistemologico atto a fornire una concettualizzazione del mondo, che definisce la nozione della realtà che ci circonda e anche la

5 E a seconda della particolare posizione epistemologica e specialistica del medico che se ne occupa (cfr. Nicolson, McLaughlin, 1988).

nostra stessa soggettività⁶. Del resto proprio il modello biomedico contemporaneo è strutturato su due metaforizzazioni molto potenti e fra loro strettamente connesse che discendono dalla famosa separazione fra mente e corpo fatta da Cartesio: la malattia è infatti considerata come un “guasto” organico che si manifesta quando il “corpo-macchina” non lavora come dovrebbe, deviando così dal suo funzionamento normale. Si assiste così ad una vera e propria “assolutizzazione dell'aspetto biologico della malattia” (Maturò, 2007: 80) poiché, in questa retorica esplicativa vengono quasi del tutto trascurati gli aspetti sociali ed ambientali della malattia, così come la stessa soggettività del paziente che scompare nella sua interezza “per lasciare spazio alle sue parti” (Maturò, 2007: 79). Da qui dunque la tendenza alla specializzazione e al riduzionismo: al medico, infatti, viene sempre più richiesto di applicare la sua conoscenza tecnico-specialistica alla sola parte che non funziona più. La riparazione del guasto meccanico viene poi espletata attraverso interventi chirurgici, o per lo più farmacologici, sui quali viene riposta una elevata fiducia. Un vero e proprio “imperativo tecnologico” (Lupton, 2003: 63: cfr. Illich, 1976/2005) sembra difatti imporre la dipendenza dall'uso di macchinari e dispositivi tecnologici (tra cui i farmaci) per riparare il macchinario inceppato del sistema corporeo. Così, commenta Maturò riprendendo le osservazioni di Capra, la ricerca delle componenti essenziali della malattia derivante dai processi riduzionistici di specializzazione sempre più tecnica, “ha condotto i ricercatori a sminuzzare il corpo dell'uomo in parti sempre più piccole (cellule, molecole..) e ciò ha dato vita [...] a un bio-medico sempre più esperto del piccolo, ma sempre meno consapevole dell'intero (specializzazione) e sempre più dipendente dalla tecnologia” (Maturò, 2007: 80; cfr. Rose, 2007/2008).

Non di secondaria importanza risultano poi le connotazioni metaforiche “incorporate”, in maniera più o meno evidente, nelle definizioni delle malattie che hanno un impatto su come esse vengano diagnosticate, trattate e vissute. In merito a questo aspetto, risultano di particolare lucidità le riflessioni della scrittrice Susan Sontag che, in due influenti saggi, si è

6 Sempre la Lupton (2003: 59), riprendendo le riflessioni della Sontag, sottolinea come il discorso metaforico applicato alle malattie implichi una relazione riflessiva: così come dei concetti esterni sono utilizzati per connotare le malattie, così la stessa malattia è sovente impiegata come metafora. Quest'ultimo uso è raramente privo di connotazioni ideologiche negative, infatti solitamente le “disease metaphors” sono solitamente applicate per descrivere situazioni di disordine, caos e corruzione, basti pensare a quando si definisce qualche istituzione come il “cancro della società”.

occupata dei giudizi morali, per lo più negativi, insiti nell'uso di alcune metafore contemporanee, ripercorrendo il modo attraverso cui la cultura, soprattutto con la letteratura e la poesia, ha rappresentato malattie come la tubercolosi e il cancro (1977) e, in seguito, l'aids (1988). Sostiene infatti la Sontag (2002: 65-66):

“per oltre un secolo e mezzo la tubercolosi ha offerto un equilibrio metaforico della delicatezza, della sensibilità, della tristezza e dell'impotenza: mentre tutto ciò che sembrava spietato, implacabile, predatore poteva essere visto come analogo al cancro [...] La tbc era una metafora ambivalente, un flagello e insieme un simbolo di raffinatezza. Il cancro invece non è mai stato altro che un flagello; era, metaforicamente, il barbaro che è in noi” .

La nozione negativa insita nella metaforizzazione applicata in questo caso al cancro finisce così per dare vita ad una serie di “connotazioni parassitarie lesive” (Maturò, 2007: 31) poiché influiscono sulla concezione, svilente, che il malato ha di se stesso e quindi sull'esperienza di *illness*:

“Come un tempo si riteneva che la tbc derivasse da un eccesso di passione, e colpisse gli spericolati e i sensuali, così oggi [anni '70] molti credono che il cancro sia una malattia della passione insufficiente, e colpisca le persone sessualmente repressi, inibite, prive di spontaneità, incapaci di esprimere collera” (Sontag 2002: 26)⁷.

Dal punto di vista del sociocostruzionismo, le lezioni essenziali da cogliere negli scritti della Sontag, così come in tutte le indagini sociologiche che si occupano di condizioni stigmatizzate, riguardano, da un lato i modi attraverso cui i significati costruiti socialmente su determinate categorie di persone possano slittare in ambiti istituzionali e di senso comune agendo poi come profezie che si autoavverano e, dall'altro, il fatto che lo stigma non sia mai intrinseco alla condizione stessa ma derivi piuttosto dal tipo di risposta sociale che si crea verso di essa e risulta essere, per questo, mutevole nel tempo e nello spazio (cfr. Conrad, Barker, 2010: 69; Maturò, 2007).

Esempi sostanziali possono essere tratti dal filone dei *disabilities studies* le cui radici

⁷ La Sontag continua con la proposta di “sottrarre senso” alla malattia bloccando il meccanismo della metaforizzazione stigmatizzante. Per quanto si possa ritenere auspicabile operare una destigmatizzazione generale di tutte le malattie, le sue conclusioni sono state oggetto di critiche convincenti contro l'esortazione dell'autrice a basare l'interpretazione della malattia e la sua conseguente terapia esclusivamente sulla presunta oggettività di una definizione riduzionistica e materialistica bio-medica: “Le metafore e i miti, ne ero convinta, uccidono (per esempio rendono i pazienti timorosi senza ragione contro misure efficaci come la chemioterapia e incoraggiano fiducia infondata verso cure del tutto inutili come le diete e la psicoterapia)” (Sontag 2002: 101; cfr. Maturò, 2007: 35; Lock, Nguyen, 2010: 72).

si ritrovano nello storico lavoro di Goffman, *Stigma* (1963), all'interno del quale egli evidenzia come il significato sociale di un impedimento fisico non derivi dall'impedimento in sé ma venga acquisito durante l'interazione sociale: “Noi normali sviluppiamo certe concezioni, non sappiamo se oggettivamente fondate o no, riguardo alla sfera di vita in cui un particolare stigma squalifica subito una persona” (Goffman, 1963/1983). Mentre da una prospettiva biomedica, la questione della diseguaglianza sociale è attribuita alla condizione fisica e quindi ridotta a cause biologiche, molti autori (cfr. Oliver, 1996; Shakespeare, Watson, 2002; Maturo, 2007; Conrad, Barker, 2010) hanno messo in evidenza il peso giocato dalla cultura nel forgiare le etichette della disabilità e i ruoli sociali ad essa connessi. Bisogna quindi operare una ulteriore distinzione concettuale tra l'handicap prettamente fisico e l'esperienza sociale (e i significati) ad esso attribuita, ovvero la condizione di disabilità che da esso potenzialmente deriva e che, essendo socioculturalmente e storicamente contingente non può venire ridotta alla mera condizione di *impairment*. Infatti, il punto fino al quale gli handicap limitano la possibilità di rivestire determinati ruoli sociali varia nel tempo e nello spazio, basti anche solo pensare a quando “udire le voci” era considerato segno di santità o di veggenza e non il sintomo più evidente di quello scompenso a livello neurochimico del cervello che noi oggi definiamo schizofrenia (Cardano, 2012).

Data quindi la forte incidenza attribuita al tipo di risposta negativa della società nei confronti delle persone colpite da menomazioni fisiche (e mentali) relativamente alla creazione delle condizioni di ineguaglianza sociale, si arriva quindi a sostenere che, paradossalmente, la disabilità cessa di essere una caratteristica dell'individuo, rivelandosi invece come un attributo della società incapace, sia a livello strutturale che simbolico, di accogliere ed inserire chiunque non si adegui ai suoi standard di normalità⁸: “Gli verrà detto che per lui le cose saranno più facili se sta 'tra quelli che si trovano nelle sue stesse condizioni' e così imparerà che la concezione che aveva di sé era sbagliata e che questo modo di essere più limitativo è quello reale” (Goffman, 1963/1983: 44).

Ulteriori prove della povertà speculativa di visioni fondate esclusivamente su un

8 In questo caso l'emancipazione dallo stigma prevede diversi tipi di azioni ideologicamente orientate che portano sia alla costruzione di contro-discorsi identitari sia a rivendicazioni più politiche volte ad ottenere cambiamenti in senso strutturale e di policy di pari opportunità (cfr. Maturo, 2007; Conrad, Barker, 2010; Armstrong, Murphy, 2011; Cardano, 2012).

modello biomedico, materialistico e riduzionista, ci vengono fornite da quei numerosi studi, soprattutto di matrice antropologica (Lock, Nguyen, 2010) ma non solo, che hanno dichiaratamente adottato un approccio storico-etnografico. Grazie a questa prospettiva si può facilmente arrivare a cogliere quello che Pearce esprime in maniera fin troppo chiara quando sostiene che “ammalarsi non è dappertutto la stessa cosa” (Pearce, 1994: 39) e che, di conseguenza, “le persone non si ammalano tutte allo stesso modo” (Pearce, 1994: 40). In un saggio del 1966, Zola esprime considerazioni di rilievo circa l'influenza della società, sia nella sua dimensione strutturale che in termini di orientamenti valoriali dominanti, sulla stessa definizione di normalità. “La cultura e la struttura sociale possono influenzare la concezione che abbiamo della normalità e dell'anormalità” (Zola, 1966: 620, trad. mia) sostiene infatti Zola analizzando la mutua interazione fra il setting socio-culturale di riferimento e “la variabilità sistematica attraverso cui le condizioni corporali [giudicate come indesiderate] possono essere percepite e comunicate” (Zola, 1966: 626, trad. mia)⁹. Zola parte dal riconoscimento di quello che lui definisce “processo selettivo” circa il numero e la qualità dei sintomi presentati da individui appartenenti a background etnico-culturali diversi, in questo caso italiani, irlandesi cattolici e inglesi protestanti, a cui è stato alla fine diagnosticato lo stesso disturbo:

“Thus, even for the same diagnosis, the Italians expressed and complained of more symptoms, more bodily areas affected, and more kinds of dysfunctions, than did the Irish, and more often felt that their symptoms affected their interpersonal behavior [...] the Irish handling their troubles by denial and the Italians theirs by dramatization” (Zola, 1966: 624-625, 628).

Questo porta dunque l'autore a sostenere che il contesto socio-culturale in cui gli individui sono inseriti influisce fortemente sull'esperienza di *illness* delle persone, portando dunque a differenti percezioni, definizioni e reazioni a quella che, da un punto di vista strettamente biomedico, viene considerata essere la stessa malattia (*disease*):

“We have thus tried to present evidence showing that the very labelling and definition of a bodily state as a symptom or as a problem is, in itself, part of a social process. If there is a selection and definitional process,

9 Sempre in proposito Zola fa un interessante riferimento agli studi dell'antropologa Margaret Mead circa l'assenza, all'interno della comunità femminile del popolo Arapesh, di problematiche considerate come altamente comuni fra le donne della società occidentale: la nausea durante la gravidanza e la dismenorrea. Di fronte a questa evidenza Zola commenta: “it seems likely that the degree of recognition and treatment of certain gynecological problems may be traced to the prevailing definition of what constitutes the necessary part of the business of being a woman” (Zola, 1966: 619).

then focusing solely on reasons for deviation (the study of etiology) and ignoring what constitutes a deviation in the eyes of the individual and his society may obscure important aspects of our understanding and eventually our philosophies of treatment and control of illness” (Zola, 1966: 630).

In uno dei più noti articoli di sociologia della salute sulla tematica del costruzionismo sociale finora pubblicato: *Naming and Framing. The social construction of diagnosis*, Phil Brown (1995), prende spunto proprio dalla ricerca di Zola per fare ulteriori considerazioni riguardo le differenti trame di significato in cui si inserisce l'esperienza della malattia, sempre alla luce della triade DIS:

“Once there has been some form of discovery, the continuing forms in which people experience illness contribute to an ever-changing construction. Medical sociology counters a singular biomedical worldview with a social view that sees the interaction of biological and social factors. People may have the same disease, yet experience it quite differently [...] In light of the above, it is understandable that people do not always experience disease as illness. Conversely, not all experienced illness is the result of particular disease (Brown, 1995: 45-46).

È più che evidente a questo punto, ritornando alla triade DIS, che esistano condizioni duali che abbracciano solo due delle tre dimensioni di malattia, o spesso anche solo una sfera (Maturò, 2007: 111-126; 2012: 22-29). Ci sono situazioni, giusto per citarne alcune, in cui si possono riscontrare *disease* e *sickness* senza *illness*. Ciò accade, per esempio, quando la medicina scopre delle condizioni che non sfociano in sintomi avvertiti dal soggetto, come l'avere valori del sangue alti, o l'essere portatori “sani” di qualche patologia conclamata. In altri casi la medicina ufficiale non riesce a (o non ha intenzione di) rendere conto di alcune esperienze di *illness*. È il caso delle *enigmatic illnesses* di cui ci parla la Nettleton (et al., 2004) o delle *contested illnesses* descritte da Brown (1995) che si manifestano quando le persone si sentono male ma non riescono ad ottenere una diagnosi, una cura, né tantomeno un'adeguata legittimazione sociale. È questo il motivo per cui solitamente si creano associazioni di malati ad hoc che, attraverso forti azioni di *lobbying*, cercano di ottenere un riconoscimento medico della loro situazione problematica, come nel caso della sindrome della Guerra del Golfo o della sindrome della fatica cronica (Maturò, 2007: 116).

Anche da solo questi brevi cenni esemplificativi si può notare quanto la combinatoria DIS, per quanto criticabile e senza dubbio perfezionabile¹⁰, risulti essere uno strumento

¹⁰ Per critiche e altre proposte si indirizza a Maturò 2007; 2012.

euristico particolarmente utile per iniziare a ragionare sullo status delle malattie e interrogarsi sul ruolo della medicina nella società contemporanea. Essa per esempio ci aiuta a discriminare fra costruzione sociale della malattia e costruzione sociale della conoscenza medica. Mentre la prima ha a che fare per lo più con l'esperienza individuale e le interazioni del soggetto che soffre, la costruzione della conoscenza medica è collegata a fattori di natura più strutturale come “il frame del paradigma biomedico, visioni etiche e morali contemporanee, le pratiche professionali e istituzionali del servizio sanitario e con le più ampie strutture sociali della società” (Brown, 1995: 37; cfr. Latour, Wooglar, 1986).

Allo stesso tempo, però, come si è visto e come si vedrà nei prossimi paragrafi, le due definizioni sono altamente intrecciate e questo passaggio può risaltare in maniera maggiore se non ci si limita a interpretare le componenti della triade DIS come semplici poli analitici isolati e refrattari fra di loro. Maturo (2007: 126), per esempio, a questo proposito mette in guardia dall'uso “tutt'altro che pacifico” della nozione di *disease* come “fatto medico in sé” proprio perché esso può essere in realtà compreso solo nella sua combinazione, e continua interazione, con gli altri due poli. Tale interazione risulta quantomai evidente nel concetto di diagnosi. La diagnosi infatti, principale strumento fondante la legittimità e il campo della medicina, “non esiste ontologicamente” (Jutel, 2009: 294), ma trovandosi alla congiuntura fra *illness*, *disease* e *sickness* (Maturo, 2007), fra la lamentela circa uno stato di sofferenza e la sua spiegazione, e quindi fra il paziente, il professionista della salute e i modelli sociali di riferimento più ampi, è un concetto che vincola insieme elementi biologici, tecnologici, sociali, politici, economici e di vita vissuta, in una chiara circolarità ininterrotta fra pratiche e discorsi che, come ci ricorda Cardano (2015: 48-51), ha uno dei suoi momenti chiave nei processi di incorporazione.

Rimane dunque di vitale importanza, mettere a tema o quantomeno mai perdere di vista “l'imprescindibilità del corpo e dei processi di incorporazione” (Cardano, 2015: 48; cfr. Rinaldi, 2012) o, per usare le parole della Barad (1998: 87), la “reattività del corpo” intesa come un “efficace antidoto” contro quelle che Cardano (2015: 50) chiama “le inevitabili aporie delle forme estreme di costruttivismo”¹¹. Se infatti uno dei più validi contributi del

¹¹ Per Rinaldi (2012: 156) la nozione di *incorporazione* (*embodiment*) si riferisce “alle modalità e alle pratiche, culturalmente derivate, attraverso le quali gli individui fanno esperienza sia del proprio corpo che, tramite questi, del mondo, in quanto concetto processuale che si estende sia alle forme di *somatizzazione* della

socio-costruzionismo è, come si è visto, quello di liberarci da una visione pregiudiziale essenzialista e naturalizzante, allo stesso tempo si può rischiare di cadere nella “trappola” di quello che Shilling (2012; cfr. Haraway, 1991; Barad, 1998) definisce come “essenzialismo discorsivo”. All'interno di quest'altro polo essenzialista, portando a degli estremi banalizzanti la concettualizzazione foucaultiana¹², “il corpo viene svuotato delle proprie caratteristiche biologiche, materiali” risultando, fin troppo semplicisticamente, in un costrutto culturale, un “docile prodotto” forgiato “dai diversi regimi discorsivi [egemoni] che attraversano la società” (Cardano, 2015: 49-50). “Non si può essere costruttivisti con la natura e realisti con la società” mette in chiaro Bucchi (2004: 587) citando il pensiero di Latour.

Si rende dunque necessario un atteggiamento conoscitivo, a cavallo fra epistemologia ed ontologia (Barad, 1998), in cui la scienza non venga intesa né come il semplice riflesso della verità sulla natura né come un epifenomeno degli interessi sociali e politici (Armstrong, 1997). In questa luce “orderings of nature and society reinforce each other, creating conditions of stability as well as change, and consolidating as well as diversifying the forms of social life” (Jasanoff, 2004). Concetti come quello di co-produzione (Jasanoff, 2004; Fishman, 2017) o relazione co-constitutiva (Haraway, 1991) servono appunto a problematizzare la complessità del reale, sfumando la dicotomia fra ordine naturale e ordine sociale e sottolineandone invece il carattere processuale di “mutual shaping” (Lock, Nguyen, 2010: 89) che rende le condizioni e i fenomeni in oggetto, fino agli stessi corpi, sempre a cavallo fra il materiale e il semiotico (Haraway, 1991; Barad, 1998; Rose, 2007/2008; Lupton, 2013). All'interno di questa prospettiva che, come si è accennato, mette insieme sguardi sociologici, antropologici ed STS, assume un ruolo di fondamentale importanza la (bio)tecnologia, che in questo lavoro verrà presa in considerazione principalmente nella sua forma farmacologica, e la particolare relazione che essa intrattiene con le definizioni di salute e malattia e, più in generale, con i corpi e le identità degli individui. Secondo la Lupton (2013) infatti:

cultura che al ruolo del corpo nella produzione di forme e categorie culturali”.

12 Non è questo il luogo per affrontare temi come l'assoggettamento, la soggettivazione o la libertà nel pensiero di Foucault. Ottimi spunti di riflessione in merito si possono trovare nella rivista “Materials Foucaultiani” ed in particolare nel saggio di Sabot (2013) che si interroga sulla relazione fra soggetto, potere e discorso intendendo quest'ultimo come “una modalità dell'assoggettamento del soggetto, ma [che] forma allo stesso tempo il luogo di pratiche di soggettivazione che sono, o possono essere, pratiche di resistenza all'assegnazione discorsiva del soggetto” (Sabot, 2013: 144; cfr. Armstrong, 1997).

“human bodies cannot easily be categorised as one thing or another in a static binary opposition. Nor can technologies be singled out as separate entities from the human. Each contributes to the other: we understand our bodies/selves through technologies and our bodies/selves give meaning and configure technologies through the enactments of everyday life.

In questo senso, l'interazione fra diagnosi e (bio)tecnologie appare costantemente aperta a nuove articolazioni basate su pratiche storicamente e culturalmente situate che, combinando elementi materiali e discorsivi, hanno differenti effetti su differenti corpi e identità (Haraway, 1991; Casper, Koenig, 1996; Barad, 1998; Lupton, 2013).

1.3 Sociologia della diagnosi

Da questa prima traccia introduttiva, ci si ritrova in accordo con Maturo (2012: 28; cfr. Duchan, Kovarsky, 2005; McGann, Hutson, 2011) quando sostiene la raccomandazione di intensificare e consolidare gli studi di sociologia della diagnosi, così come a più riprese proposto da autori come Brown (1990; 1995) e la Jutel (2009; 2010; 2011) i quali si augurano di riuscire ad incentivare un filone di studi che, seguendo la logica sociocostruzionista, sia interessato a porsi domande come:

“why did a condition get identified at a certain point in time? Why was action taken or not taken? Who benefits, or at least avoid trouble, by identification and action? How did the divergent perspectives on the phenomenon merge or clash? How does the person's experience of the illness affect the course of the disease, as well as the social outcome of the illness?” (Brown, 1995: 37)

E ancora:

“How do structural variables such as gender, ‘race,’ age, and class permeate the diagnostic process? What are the social and experiential consequences of ‘expert’ and ‘lay’ diagnoses? How, and/or to what extent, do market forces contribute to the fabrication and dissemination of a diagnostic category? To what extent are diagnoses contested, challenged and or politicised? What are the drivers and the consequences of innovations in diagnostic and predictive technologies?” (Jutel, Nettleton, 2010).

Trattasi di una prospettiva all'interno della quale la costruzione sociale della diagnosi va ad articolarsi in termini di: social framing di riferimento, significati, applicazioni e conseguenze per tutti gli attori coinvolti nel network (Latour, Woolgar, 1986) della sua produzione e

riproduzione. La diagnosi, così come mette in luce Blaxter (in Brown, 1995: 39; cfr. Duchan, Kovarsky, 2005; Jutel, 2009: 278) è da intendersi contemporaneamente come un processo e come una categoria. In quanto processo può essere vista con il set di interazioni che porta storicamente alla definizione di una categoria e alla sua attribuzione ai casi particolari. E, in quanto classificazione, è la locazione nosologica all'interno della conoscenza medica, che definisce, reificandola, la condizione in oggetto. Nella sua veste categoriale, la diagnosi dunque fornisce “a stabilizing force between the natural and the social worlds. [It holds] in place sets of arrangements that allow us to read the natural as stable and objective and the social as tightly linked to it” (Bowker, Star in Jutel, 2009: 281). In entrambi questi casi la diagnosi svolge differenti funzioni a seconda degli attori coinvolti nel suo sviluppo e nella sua implicazione concreta.

Senza dubbio la sua principale prerogativa è quella di impostare, e rappresentare allo stesso tempo, i parametri di ciò che nella società più ampia viene, nel tempo, considerato fisicamente normale e ciò che invece viene definito come anormale/problematico. Aronowitz (2001: 803) a tale proposito sostiene che “although biological and clinical factors have set boundaries for which symptoms might plausibly be linked in a disease concept, social influences have largely determined which symptom clusters have become diseases”. Ed è proprio in quest'ottica si evidenzia tutta la sua storicità e dipendenza dai setting culturali di riferimento: “Diagnosis provides a cultural expression of what society is prepared to accept as normal and what it feels should be treated” (Jutel, 2009: 279). Non a caso, sostiene Brown (1995: 40), sempre citando Blaxter, la diagnosi è “un museo delle concezioni passate e presenti sulla natura della malattia”, o ancora un vero e proprio “archivio sociomedico” all'interno del quale ritrovare “la storia dell'azione a tutti i livelli [micro, meso, macro] del sistema sanitario” (Brown: 1995: 40). Del resto, basta consultare le varie edizioni del DSM (American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual) o la International Classification of Diseases (ICD) per farsi un'idea di come, e soprattutto quando, la drapetomania, l'isteria femminile, l'omosessualità, solo per citare alcuni esempi fra loro molto diversi, siano state definite e trattate come patologie (cfr. Maturo, 2007: 95; Conrad, 2007). La diagnosi inoltre include una doppia dimensione, interpretativa e organizzativa: fornisce un frame esplicativo alla *illness*, ne identifica le opzioni terapeutiche e ne prevede gli sviluppi,

servendo anche scopi tecnicamente più amministrativi come garantire l'accesso ai servizi sanitari, i rimborsi assicurativi, i permessi lavorativi etc. etc. tanto che si può tranquillamente riconoscere che “being diagnosed gives permission to be ill” (Jutel, 2009: 278). In questa prospettiva, la diagnosi è il lasciapassare, rilasciato esclusivamente dal medico, per ottenere i diritti (e i doveri) del sick-role parsonsiano. Una volta, infatti, assolto l'obbligo di ricercare un aiuto professionalmente competente e di impegnarsi per ottenere una guarigione, la diagnosi fornisce una spiegazione destigmatizzante, poiché socialmente accettata, per la devianza insita nello stato di malattia assicurando al soggetto riconosciuto come malato importanti esenzioni, morali e concrete, dalle normali responsabilità e incombenze quotidiane (Parsons, 1951/1981: cap. 10).

“Diagnosis is integral to the theory and practice of medicine” continua ancora Brown (1995: 38), identificandola come lo strumento portante dell'istituzione della medicina e delle professioni al suo interno, dal momento che ne fonda e ne legittima l'autorità stabilendo i suoi confini, il suo raggio d'azione e strutturando le relazioni all'interno delle diverse specializzazioni della professione stessa. La professione medica, in quanto “custode della diagnosi” (Freidson, 2002) detiene la giurisdizione su tutto ciò che riguarda la malattia. Il processo che ha portato alla professionalizzazione della classe medica ne racchiude anche il senso della sua posizione di dominanza - gerarchica, funzionale, scientifica e istituzionale (Tousijn, 2000, cfr. Freidson, 2002; Furedi, 2004). La professionalizzazione, infatti, può essere definita come:

“un processo mediante il quale un'occupazione organizzata, reclamando una speciale conoscenza esoterica e vantando l'elevata qualità dei propri servizi e i benefici che questi possono apportare alla società, ottiene il diritto esclusivo di svolgere un tipo particolare di lavoro, di controllare la formazione che permette di accedervi e di decidere e valutare il modo in cui viene svolto” (Freidson, 2002: 223).

Nel suo *The System of Professions* Abbott (1988; cfr. 2005) avanza un'analisi del sistema professionale che, come notano Swidler e Ardit (1994: 319), concettualizza le professioni come attori dentro un sistema articolato, che competono per definire e stabilire un controllo giurisdizionale. In quest'ottica vengono dunque messi in risalto i processi con cui le professioni sono impegnate nell'ottenere e nel mantenere, non sempre con successo, la facoltà di reclamare una giurisdizione, ovvero una sfera di competenza o “task area” esclusiva su cui

rivendicare il monopolio. Secondo Abbott dunque la “task area”, in questo caso diagnostico-terapeutica, viene definita dalla professione medica e, al tempo stesso, serve a definire l'autonomia, l'autorità e le risorse di quest'ultima in un modello tale per cui “jurisdictional claims and knowledge frames are intimately linked” (Swidler, Arditi, 1994: 320). Le professioni dunque, lungi dall'essere delle “unità indipendenti” (Abbott, 2005) esistono come un sistema interrelato, una “linked ecology” per usare una metafora di Abbott (2005) all'interno della quale vi è una tensione continua tra forze concorrenti che cercano di controllare e influenzare i confini della propria giurisdizione:

“The professions constitute an ecology [...] Professions wish to aggrandize themselves in competition, taking over this or that area of work, which they constitute into "jurisdiction" by means of professional knowledge systems. A variety of forces-both internal and external-perpetually create potentialities for gains and losses of jurisdiction. Professions proact and react by seizing openings and reinforcing or casting off their earlier jurisdictions. Alongside this symbolic constituting of tasks into construed, identified jurisdictions, the various structural apparatuses of professionalization- growing sometimes stronger, sometimes weaker - provide a structural anchoring for professions. Most important, each jurisdictional event that happens to one profession leads adjacent professions into new openings or new defeats. Such an argument captures the intensely ecological, contingent character of professions' histories and provides a theoretical alternative to a teleological historiography in which professions grow like independent units” (Abbott, 2005: 246)

È pressochè autoevidente dunque come le “questions of expertise interconnect with questions of power” (Nicolson, Mc Laughlin, 1988: 246) anche, e soprattutto, ad un livello intra e inter- professionale, dal momento che, come notano sia Tousijn (2000: 18; cfr. Abbott, 1988; 2005) che Halpern (1992: 996), in alcune professioni, come appunto quelle all'interno del campo della salute e della cura, il moltiplicarsi delle specialità ha raggiunto un punto tale da richiedere la necessità di trattarle come professioni a se stanti con bagagli educativi, training e competenze tecnico-cognitive differenti e talvolta anche in competizione fra loro proprio sulla gestione diagnostico-terapeutica di alcune problematiche che spesso si posizionano al confine fra differenti approcci e scuole di pensiero.

L'essenza della professionalizzazione sembra quindi effettivamente racchiudersi nell'incessante “processo di negoziazione e di conflitto con altri soggetti e forze sociali per il controllo di una base cognitiva e del mercato dei servizi professionali” (Tousijn, 2000: 202), come testimoniato da quegli studi che si sono occupati delle “lotte di potere” fra diverse specialità o scuole di pensiero all'interno della stessa sfera professionale per ottenere una

posizione dominante (cfr. Halpern, 1992). Spesso le linee di tensione si strutturano attorno all'imposizione di una determinata definizione diagnostica al fine di ottenere il monopolio sulla diagnosi, sulla linea terapeutica derivante e sul bacino di pazienti e potenziali pazienti ad esso connessa.

È da leggere in questo senso, secondo diversi autori, la svolta, per l'appunto definita "diagnostica" (cfr. Horwitz, Wakefield, 2007; Cardano, 2012), avvenuta in seno alla psichiatria come sottolinea Brown (1995: 44) commentando che "expansionist changes in DSM diagnoses have been due to the triumph of biopsychiatry over psychoanalysis and community psychiatry". In maniera simile si ricorda il dibattito, riportato da Jutel (2009: 283), fra le diverse scuole neuropatologiche europee impegnate a studiare le cause della demenza senile che all'inizio del 20° secolo ha portato alla definizione dell'Alzheimer, o ancora lo studio di Nicolson e McLaughlin (1988) sulla diagnosi della sclerosi multipla. Sia Jutel che Nicolson e McLaughlin riconoscono come l'imposizione di una specifica forma di expertise diagnostico-terapeutica sia stata dovuta, in larga parte, non tanto ad evidenti prove scientifiche inconfutabili¹³ quanto a questioni di maggiore prestigio di una "dottrina" rispetto all'altra e all'appoggio di altri attori determinanti, come per esempio le case farmaceutiche: "The debate over the causation and treatment of MS [multiple sclerosis] is not, therefore, an interchange of ideas between social equals, but is a competition between a large and powerful social group and a weak and marginal one" (Nicolson, McLaughlin, 1988: 246).

Ancora brevemente si può menzionare un esempio che si avrà modo di approfondire più avanti, relativo al cambio di prospettiva e pratica medica circa i problemi di erezione maschile, un vero e proprio cambio di paradigma eziologico, avvenuto a cavallo degli anni Ottanta, del tutto contenuto nella sostituzione del termine "impotenza" (psicologica) con quello, in uso oggi, di "disfunzione erettile", avente cause prettamente organico-vascolari, a cui in parallelo è corrisposta una marginalizzazione degli psico-terapeuti a favore di una gestione farmacologica quasi esclusivamente centrata nelle mani della categoria uro-andrologica (Bordo, 2000; Loe, 2004; Tiefer, 2004; Conrad, 2007).

¹³ A questo proposito Nicolson e McLaughlin (1988, 245-250) commentano: "The experimental and clinical evidence has no authority in itself to resolve the differences between the disputing parties [...] This process is in principle endless. The rival theories are sufficiently flexible and resourceful to be, formally and actually, indefeasible. The discrediting of scientific theories is not an evidential event but a social process, predicated upon conventions of evidence, plausibility and authority".

Grazie al contributo di diversi autori, da Foucault (1963) a Rosenberg (1989) e Armstrong (1994; 1995; 1997) solo per citarne alcuni, e al loro approccio “archeologico” sulla storia della medicina in generale, e sull'emergere della moderna diagnostica in particolare, si è potuto far luce sull'evolversi dello sguardo clinico in azione nella pratica diagnostica, nella classificazione delle malattie e nella diversa cognizione e percezione dei sintomi. A partire dai tempi della “Bedside Medicine” fino all'estensione della sorveglianza medica “from the detail of the corporeal body to the mind of everyone” (Armstrong, 1994: 39; cfr. 1995), lo sviluppo della moderna tecnologia diagnostica ha indubbiamente creato, e solidificato, un “muro interpretativo” (Anspach, 2011: xvi) tra l'esperienza soggettiva di *illness* dei pazienti e la visione tecnologicamente mediata, e quindi presumibilmente oggettiva, del *disease* fornita dalla classe medica, aumentando di fatto la già ampia autorità culturale ed epistemica (cfr. Starr, 1982; Wardrope, 2015) di quest'ultima e il suo monopolio sul campo della salute (Freidson, 2002).

Ma se da un lato alcuni autori arrivano a parlare di “privilegio ermeneutico” (Wardrope, 2015; cfr. Illich, 1977; Heritage, 2009) della categoria medica e di “surrender of private judgment” (Starr, 1982: 10) da parte dei pazienti considerati come dei partecipanti piuttosto marginali del processo diagnostico (Heritage, 2009; cfr. Armstrong, 1994), alcuni studiosi (Heritage, 2009; Johnson, Sjögren, Åsberg, 2016) problematizzano su più fronti l'autorità dei professionisti della salute legata al loro monopolio sulla facoltà diagnostica e terapeutica. Il caso più emblematico è rappresentato dalla categoria delle “*contested illness*” (Brown, 1995; Nettleton et al., 2004): quando il gap tra *disease* e *illness* sembra essere, almeno in una fase iniziale, inconciliabile, si assiste, sia al fiorire della cosiddetta medicina alternativa sia alla nascita di differenti movimenti sociali di *advocacy* che nel tempo si sono mossi per rivendicare la legittimazione pubblica di alcune condizioni non ancora ufficialmente diagnosticate (es. PTSD, fibromialgia), denunciare le cause socio-ambientali di determinate malattie o, ancora, contestare precise diagnosi stigmatizzanti reclamando il diritto a vivere la diversità in una maniera socialmente accettata senza essere considerati disabili oppure malati.

Senza dover arrivare a casi così estremi, bisogna comunque riconoscere che la “dominanza medica” di cui ci parla Freidson (2002) non sembra essersi mai risolta del tutto in

una totale compliance da parte dei pazienti (Heritage, 2009). Per quanto la diagnosi rimanga il primo sito di espressione dell'autorità medica (Heritage, 2009) infatti, sembra esserci una connessione diretta tra la “trasparenza oggettivabile” delle conclusioni tratte con l'ausilio dei test e della tecnologia biomedica e, per esempio, la possibilità di una negoziazione del risultato diagnostico, e soprattutto terapeutico, con i pazienti. Tale possibilità di negoziazione sembra del resto andare di pari passo alla proliferazione di tutta una serie di “mild” e “lifestyle distresses” (Furedi, 2004; Conrad, 2007; Heritage, 2009; Conrad, Maturo, 2011), ovvero problematiche legate alla qualità della vita la cui gestione spesso prevede un iter diagnostico ridotto al minimo e una “tailorizzazione” terapeutica a cavallo tra cura e potenziamento (Rose, 2008; Corona et al., 2011).

Inoltre, si riconosce, anche negli stessi ambienti interni al campo medico, la necessità di ridare dignità e piena importanza al vissuto del paziente troppo spesso messo in ombra dalla “presenza ingombrante della tecnologia” (Cardano, 2015: 53). Si sostiene quindi l'importanza di non basarsi esclusivamente sulle stime quantitative dell'*Evidence Based Medicine*, ma di selezionare una modalità diagnostica *Narrative Based* in cui viene tenuto in grande conto il momento anamnestico e dove quindi “la narrazione della patologia del paziente [viene] considerata fondamentale al pari dei segni e dei sintomi clinici della malattia stessa” (Virzi et al., 2005: 10; cfr. Cardano, 2015). Ma se l'obiettivo dichiarato di questa rifocalizzazione dello sguardo clinico è proprio quello di ottenere una maggiore efficacia diagnostico-terapeutica, allo stesso tempo però, in molti ambiti che proprio hanno a che fare con un incremento di disturbi legati alla qualità della vita, si riconosce una crescente difficoltà degli specialisti nell'individuare e nel ratificare la presenza dei disturbi lamentati dai pazienti, la cui diagnosi si basa appunto in larga misura esclusivamente sul momento anamnestico.

A riguardo risulta particolarmente interessante citare il recente lavoro di Johnson, Sjogren e Åsberg (2016; cfr. Åsberg, Johnson, 2009; Johnson, Åsberg, 2012) sulla costruzione sociale del “Viagra man” in Svezia. Un'intera sezione del libro ripercorre infatti il dibattito che, a livello governativo, ha interessato la mancata concessione della sovvenzione del servizio sanitario nazionale svedese per l'acquisto del Viagra. Le studiose svedesi sottolineano come la decisione del TLV¹⁴, principale organo regolatore della sanità pubblica

14 TLV - Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket - Dental and Pharmaceutical Benefits Agency

svedese, sia stata sostanzialmente legata ad un giudizio negativo circa l'estensione e la validità della definizione di disfunzione erettile, considerata appunto esageratamente ampia, vaga e mancante di “oggettività diagnostica” misurabile e comparabile:

“The diagnosis of ED is so wide that one can include everything from complete inability (to achieve an erection) to the occasional inability (to achieve an erection). The Board can therefore determine that the degree of suffering for all the individuals who are affected by ED is not so great that it can dictate that the group as a whole has a large need of care in relationship to many other patient groups. In addition, a gradual reduction in erectile ability is a natural part of aging. According to the Board's understanding, it can hardly be the general public's task to ensure that a person can live with the same functionality for entire life [...] the Board has considered if it would be possible to adopt a qualified decision which would allow a Viagra to be subsidized only for those who suffer from severe ED, which can be more appropriate to treat medically and where one can assume that the medicine would be cost-effective. The Board cannot, however, find appropriate restrictions which would make it possible in this case to limit the subsidy to only those who have socioeconomically reasonable need of subsidized treatment” (Pharmaceutical Benefits Board, 2003 in Johnson et al., 2016: 21).

L'impossibilità di ratificare la severità della condizione, necessaria per discriminare i pazienti meritevoli di ottenere la mutuabilità del farmaco, è collegata alla mancanza di strumenti diagnostici efficaci e alla stesso riconoscimento degli esperti interpellati di dover fare quasi totale affidamento sulle parole dei propri pazienti. Non solo quindi si ha a che fare, in questo caso, con una disputa sulla stessa legittimità di una condizione patologizzata, ma anche con una questione circa l'autorità e la capacità degli specialisti che, per loro stessa ammissione, sono considerati “powerless to deny the truth of patient's stories” (Johnson et al., 2016: 22). Carte processuali alla mano, viene quindi dimostrato quanto anche a livello ufficiale la “definitional issue” di problematiche sempre più legate alla qualità della vita (soggettiva) faccia sorgere innumerevoli quesiti che hanno paradossalmente a che fare con l'insoddisfatta esigenza, in questo caso amministrativo-governativa, di verificarne “oggettivamente” la presenza e quantificarne la severità.

Appare evidente dunque come la diagnosi sia passata dall'essere una questione di esclusivo dominio medico ad una vera e propria “*public issue*” dai connotati sempre più relazionali, negoziati e processuali (Duchan, Kovarsky, 2005; Jutel, 2009: 279). Anspach (2011) riassume questi passaggi sostenendo che:

“At the beginning of the nineteenth century, physicians based their diagnoses on patients' accounts of their subjective symptoms, accepted at face value. By the century's end, physicians regarded patients' narratives with skepticism, and required objective signs, often obtained from technology only experts could interpret. In the twentieth century, diagnostic practice moved out of the examining room and was contested publicly,

as organized patients, families, and corporations debated how diseases were to be defined, diagnosed, and treated. In the past two decades, the internet democratized diagnosis, as medical information became publicly available online to all those with access to a computer. No longer [...] were expert knowledge of disease and the patient's experience of illness two distinct cultural systems, but rather hybrid diagnostic repertoires that meet in the medical encounter”.

“The wide variety of organizations and social movements that have emerged around diagnoses suggest that the work of defining, classifying, and treating no longer belongs to medicine alone” prosegue ancora Anspach (2011: xx) sottolineando quanto il campo della medicina stia subendo sicuramente molte trasformazioni che vanno ad incidere profondamente sulla ridefinizione dei suoi confini e della sua autorità, tanto da poter dichiarare conclusa, secondo alcuni studiosi, la cosiddetta *golden age of doctoring* (McKinlay, Marceau, 2002; cfr. Pescosolido, 2006; Conrad, 2007: 14). Alla luce dei significativi cambiamenti nell'organizzazione del campo della medicina, risultano ancora valide le considerazioni di Freidson (1970/2004), il quale, pur scrivendo in un periodo in cui difficilmente si poteva prevedere una tale incrinatura del “professional domain” (Freidson, 1970/2004: 177), riconosce proprio quanto possa essere l'organizzazione di quest'ultimo e lo status percepito degli specialisti a forgiare in larga parte l'esperienza della malattia, a partire dalla relazione che il paziente instaura col medico:

“The status of the profession allows it to shape the official recognition of need for service as well as the way that need will be organized by the service it controls. It is in this sense that the social organization of treatment may be seen to create the conditions by which the experience of being ill, the relationships one has with others when ill, and the very life of the sick person become organized. [...] I wish to show how, once one enters the professional domain, that domain imposes organization on the experience and manifestation of illness” (Freidson, 1970/2004: 177)

Benchè siano ovviamente diverse le cause riconducibili al declino del potere degli specialisti del campo della salute - si pensi alla crescente managerializzazione dei contesti lavorativi ospedalieri o al sistema delle assicurazioni sanitarie così diffuso in ambito americano (Tousjin, 2000; 2013; Heritage, 2009) – alla base dell'erosione del potere dell'expertise medico e clinico ci sarebbe un nuovo modello di relazione medico-paziente, sempre più simile a quella esistente tra un provider e un consumatore di beni e servizi proprio come in un qualsiasi altro settore del mercato economico (Lupton, 1997b; Chambré, Goldner,

2008). Freidson (1970/2004), che negli anni '70, analizzava i diversi possibili modelli interazionali tra specialisti e pazienti, a partire da un tipo di rapporto paternalistico che prevede una totale dipendenza da parte di questi ultimi, non si aspettava di poter un giorno arrivare davvero a parlare di interazioni in cui il paziente assume un ruolo di maggiore controllo sul processo diagnostico-terapeutico. Eppure, a distanza di quasi mezzo secolo, complice anche il continuo sviluppo dei mezzi di comunicazione, delle tecnologie digitali e della circolazione di informazioni sanitarie, la logica del libero mercato sembra essersi del tutto inserita anche in questo tipo particolare di servizio, a totale beneficio, almeno a prima vista, dei pazienti (Lupton, 1997b; 2013; Sulik, Eich-Krohm, 2008).

“Lay people are changing the shape of what diagnosis means in practice” afferma non a caso la Jutel (2009), ed effettivamente il divario, apparentemente incolmabile, fra esperti e profani sembra ridursi di fronte a quello che viene definito da alcuni studiosi come *prosumerism – professional-consumerism* (Vandenburgh, 2001: 285; cfr. Lupton, 1997b; Chambré, Goldner, 2008; Wardrope, 2015) al centro del quale si trova l'ambivalente figura del paziente-consumatore. Con questo termine si vuole mettere in risalto l'empowerment di un soggetto attivo, razionale e riflessivo, capace di cercare e ottenere informazioni, scegliere in prima persona con occhio critico e responsabile. Un soggetto costantemente impegnato in un automonitoraggio, ormai quasi del tutto digitale, dei propri valori fisici, un “digitally engaged patient” come lo definisce la Lupton (2013: 8) che è anche in grado di richiedere direttamente specifici prodotti biomedici, rivendicando quindi un sempre maggiore controllo sulle pratiche connesse alla propria salute. A livello ideale quindi il nuovo paziente moderno, in quanto consumatore informato, è in grado di ristabilire completamente le regole del gioco nell'interazione con il medico, descritta, a livello ideale, dalla Jutel (2009) come una “co-operative interaction which brings patient and doctor together in a kind of hand-shake agreement about what ails the former and what the latter can do in response”.

Ancora una volta a fare da “ponte” tra la cultura medica e quella popolare sono i mass-media e, al giorno d'oggi, uno dei più potenti strumenti, veicolo di consumi e informazioni, è sicuramente Internet. Tutte le società farmaceutiche e la maggior parte dei gruppi di *advocacy* e delle categorie professionali mediche si avvalgono di siti *on-line* che contengono svariati tipi di messaggi al fine di promuovere una sorta di “alfabetizzazione scientifica” e una

maggiore consapevolezza (Rose, 2007/2008: 226): dalle pubblicità di farmaci dirette al consumatore¹⁵ a contenuti informativi e sensibilizzanti sulle patologie, fino ai test di screening auto-amministrati. Oltre ad impegnarsi in un percorso di autoformazione tramite il materiale divulgato dagli specialisti nel settore, gli individui hanno pure accesso a pagine web e *chat-room* in cui si possono condividere informazioni più personali, anche sotto forma di consigli pratici, come le narrazioni autobiografiche di altri pazienti o di chi accudisce i malati che trasformano in questo modo la malattia da un evento privato ad uno pubblico (Rose, 2007/2008: 225-226).

Non tutti gli studiosi che hanno analizzato da vicino il fenomeno del consumerismo sono pronti a descrivere l'indipendenza e l'empowerment dei pazienti in maniera così entusiastica. Per esempio la Lupton (1997b: 379-380) mette in rilievo quanto tale discorso tenda a tralasciare completamente altri elementi fondanti la particolare natura della relazione tra medico e paziente che difficilmente potrà essere ridotta ad un mero scambio di mercato tra domanda e offerta, proprio in virtù dell'alto contenuto emotivo e il carattere incorporato che la gestione di uno stato di sofferenza porta con sé:

Over and above this “asymmetry of knowledge”, however, is the almost unique nature of the medical encounter in relation to embodiment and emotional features. Dependency is a central feature of the illness experience and the medical encounter and serves to work against the full taking up of a consumer approach. Illness, disease, pain, disability and impending death are all highly emotional states, and they all tend to encourage a need on the part of the suffering person for dependency upon another [...] The privileged representation of the patient as the reflexive, autonomous consumer simply fails to recognize the often unconscious, unarticulated dependence that patients may have on doctors. This representation also tends to take up the mind/ body separation in its valorizing of rational thought over affective and embodied response. It is as if “the consumer” lacks the physically vulnerable, desiring, all-too-human body which is the primary object of medical care.

Inoltre, per quanto possa essere vero che ormai i medici sono sempre meno idealizzati come figure “eroi in camice bianco” e se ne riconosce la fallibilità solitamente espressa in termini di negligenza, incompetenza, insensibilità, è anche altrettanto riconosciuto quanto l'asimmetria di conoscenza (Lupton, 1997b: 379; cfr. Freidson, 1979/2004; Tousijn, 2013; Wardrope, 2015) su cui i professionisti della salute fondano il loro ruolo di *gatekeeping* (Pescosolido,

¹⁵ I *direct-to-consumer* – DTC - *advertisements* dei farmaci con obbligo di ricetta sono al momento legalizzati esclusivamente negli Stati Uniti e in Nuova Zelanda ma, proprio grazie alla globalizzazione della comunicazione favorita da internet, hanno avuto un grande impatto sul resto del mondo, basti pensare alla fama di farmaci come il Viagra o il Prozac.

2006) sia ancora forte e non sembra essere stata davvero intaccata nel profondo nonostante la maggiore quantità e qualità di informazioni a disposizione della gente comune. Oltretutto, è la stessa opportunità di informarsi a venire problematizzata mettendo in luce quanto in realtà la proliferazione di informazioni sanitarie abbia anche introdotto nuove e pesanti responsabilità individualizzate e individualizzanti, che spingono i soggetti a mantenersi al passo di odierni standard psico-fisici sempre più elevati e allo stesso tempo li lasciano soli davanti all'incombenza delle scelte in ambito sanitario (Sulik, Eich-Krohm, 2008: 4; cfr. Lupton, 1997b; Conrad, Leiter, 2004; Maturo, 2009)

Per quanto dunque, di fronte a questo quadro, parlare di vera e propria “democratizzazione della diagnosi” possa sembrare ancora esagerato dal momento che, come già sottolineato, la professione medica non ha affatto perso il suo ruolo chiave di *gatekeeping* (Pescosolido, 2006), è comunque interessante la proposta di Anspach (2011: xxii) di riferirsi alla pratica diagnostica odierna nei termini di “repertori diagnostici ibridi”

“I suggest we use the term ‘hybrid diagnostic repertoires’ to refer to the mix of expert cultural knowledge both physicians and patients bring to the medical encounter. The practice of diagnosis thus involves two kinds of diagnostic repertoire: the first, a highly heterogeneous collection of medical information, centered on the individual patient’s experiences and the second, an expert knowledge system of numerous diseases, intertwined with commonsense knowledge. The two repertoires meet in the examining room, sometimes colliding, sometimes coinciding”.

Giunti a questo punto la metafora usata da Brown (1995: 39; cfr. Jutel, 2009: 286) per descrivere le definizioni diagnostiche rappresentate come delle “dispute territoriali” appare, in effetti, particolarmente adeguata per descrivere le tensioni e gli interessi che ruotano attorno alla creazione, all'applicazione e al mantenimento di una determinata risoluzione diagnostico-terapeutica. Infatti, “whilst medicine holds the power to diagnose, many other agents hold the ability to promote particular diagnoses, if not to create them” (Jutel, 2009: 291). Con questa affermazione la Jutel si riferisce agli attori collettivi che, soprattutto negli ultimi decenni, sono emersi come veri e propri “engines of diagnosis” (Jutel, 2009: 291), sia in alleanza che in opposizione fra di loro e nei confronti della classe medica, come appunto i movimenti sociali di *advocacy*, il fenomeno del consumerismo tra i pazienti, le assicurazioni sanitarie e i colossi bio-farmaceutici. La Jutel in questo caso prende consapevolmente in prestito una metafora usata da Conrad nel suo saggio “*The shifting engines of medicalization*” (2005), che si

inserisce all'interno del più ampio dibattito sulla natura di un fenomeno, quello della medicalizzazione appunto, in cui è centrale il ruolo degli attori sopracitati nell'incentivare la pervasività delle definizioni diagnostiche e dei dispositivi terapeutici, soprattutto nella regolazione della vita quotidiana all'interno della società occidentale.

Nelle pagine seguenti verrà quindi presentato un breve excursus sulla storia del concetto di medicalizzazione, partendo dalla sua prima formulazione negli anni settanta, per arrivare fino agli sviluppi del dibattito più recente finalizzato a testarne le potenzialità euristiche nel confronto/scontro con le dinamiche contemporanee.

1.4 Origini della medicalizzazione: la medicina come istituzione di controllo sociale

La crescita della giurisdizione medica è stata definita “una delle più potenti trasformazioni dell'ultima metà del XX secolo in Occidente” (Clarke et al., 2003: 161) e la considerevole autorità della medicina nella società è senza dubbio derivata dalla sua prerogativa di definire e delimitare comportamenti, persone e condizioni così come dall'organizzazione monopolistica della professione medica. Sono queste le principali direttive su cui si sviluppa l'indagine sulla medicalizzazione intorno all'inizio degli anni '70, in aperta contrapposizione con il funzionalismo parsonsiano. In particolare si pensi al movimento anti-psichiatrico capeggiato da Szasz, autore di un eloquente libro dal titolo “The Myth of Mental Illness” (1961/1974), o ancora ai severi giudizi che Illich esprime in “Nemesi medica” (1976), opera nella quale si prefigge di denunciare i danni provocati dall'imperialismo medico dilagante nella società occidentale. Utilizzando esplicitamente l'espressione “medicalizzazione della vita”, Illich (1976/2005: 15) si pone in aperta polemica con la medicina ufficiale e l'estensione del suo potere sulla società. L'autore vuole infatti sottolineare in che modo la corporazione della medicina sia paradossalmente diventata “una grande minaccia per la salute” (Illich, 1976/2005:10) arrivando a ledere nel profondo la stessa capacità umana di rapportarsi con la sofferenza. Dal sovraconsumo dei prodotti farmaceutici all'induzione perenne di nuovi bisogni sanitari, fino ad una capillare medicalizzazione di tutte le fasi della vita e della

prevenzione stessa, vengono dunque descritti tutti quei processi colpevoli di minare l'autonomia e le reti di riferimento socio-culturali degli individui, rendendoli pazienti passivi e inermi di fronte ad una vera e propria pandemia iatrogena, non solo a livello clinico ma anche, e soprattutto a livello sociale e culturale.

Pur senza utilizzare toni così ostili, molti autori in questa prima fase interpretano la medicina come un'istituzione di controllo sociale e l'estendersi della sua giurisdizione è considerata un'esplicita conseguenza della professionalizzazione dei medici. Secondo Freidson (1970/1988; 2002) infatti tale categoria può vantare una vera e propria dominanza professionale. Tale posizione di potere deriverebbe sia da una superiorità gerarchica rispetto alle altre posizioni e da un elevato grado di autonomia funzionale, ma anche, e soprattutto, dal monopolio sulla conoscenza e sul mercato della salute, ovvero sul diritto di offrire i servizi di tipo sanitario e sull'accesso alle risorse necessarie per gestire i problemi di salute. Nel parlare di *"the medicalizing of society"* (Zola, 1972: 492), anche Zola accetta la lettura freidsoniana della medicina come organismo il cui potere in continua crescita è ratificato dal ruolo dei professionisti medici e considera la medicina la "nuova depositaria della verità" (Zola, 1972: 487) che mette da parte, incorporandole, le istituzioni più tradizionali della religione e del diritto nel gestire e giudicare condizioni o comportamenti un tempo etichettati come devianti, perché immorali o criminali. Nella definizione proposta da Zola la medicalizzazione emerge, inoltre, come un fenomeno le cui implicazioni incidono, in maniera per certi versi subdola, in tutti gli ambiti della nostra esistenza, anche quotidiana, tanto che "dalla sessualità all'alimentazione, dalle aspirine ai vestiti, dalla guida automobilistica alla pratica del surf, sembra che in certe circostanze o nell'interazione con alcune sostanze o attività o in grado troppo o non abbastanza elevato, praticamente ogni cosa possa condurre ad un problema medico" (Zola, 1972: 498).

La riflessione su questi temi non può, poi, prescindere dalla prospettiva post-strutturalista di Foucault (1963/1969; 1975/1976; 1976/2010) per il quale il tema della medicina è stato talmente importante da attraversarne, trasversalmente e su una molteplicità di livelli, l'intera l'esperienza teorica fin dagli esordi negli anni Sessanta con i lavori sulla storia della follia e sulla nascita della clinica. La sua critica, sostiene la Lupton (1997a), si pone su un livello più articolato rispetto alla prospettiva critica "ortodossa" fin qui presentata che vede

nella medicalizzazione un processo in cui un gruppo dominante esercita un potere negativo e coercitivo di continuo incremento del controllo sociale a scapito della popolazione. Al contrario, si trova in Foucault una concettualizzazione innovativa del sapere-potere¹⁶: acefalo, reticolare e diffuso, prodotto discorsivamente e organizzato attraverso il corpo. Si passa così da una forma di influenza esclusivamente negativa e repressiva fondata su divieti, obblighi e punizioni ad una visione produttiva e inclusiva del potere come forza costitutiva e normalizzante dei soggetti attraverso il dispiegamento di “dispositivi disciplinari” applicati agli individui non in vista di una loro repressione ma in vista dell'acquisizione e dell'intensificazione di capacità e disposizioni (Foucault, 1976/2012; cfr. Armstrong, 1997; Mori, 2009; Sabot, 2013). Grazie alle sue considerazioni riconosciamo dunque come lo “sguardo clinico” sia un elemento cardine dello sviluppo dello Stato moderno e dell'emergere della nuova era del “bio-potere” caratterizzata da “un'esplosione di tecniche diverse e numerose per ottenere la subordinazione dei corpi ed il controllo della popolazione” (Foucault, 1976/2010: 124).

Fra questi saperi-poteri disciplinanti vi è indubbiamente la medicina che, intrecciandosi con il potere politico e il sistema economico capitalista del XVIII secolo, esce dai suoi tradizionali confini alla progressiva conquista di nuovi spazi all'interno della società e si pone, come vera e propria strategia bio-politica¹⁷, fra i dispositivi a capo dell'opera di misurazione, regolazione e soprattutto normalizzazione degli esseri viventi. La medicina rompe, quindi, i suoi argini favorendo la “medicalizzazione indefinita” della società (Foucault, 1997a: 210): “dal XVIII secolo la medicina non ha mai smesso di occuparsi di quel che non la riguarda, vale a dire di quello che non ha relazione con i vari aspetti della malattia e del malato” (Foucault, 1997a: 211). Non solo, dunque, la medicina si impone in modo autoritario sull'individuo, al di là della richiesta esplicita di quest'ultimo, ma amplia il suo

16 Nella formazione dei soggetti il potere non può fare a meno di adoperare e soprattutto di elaborare un sapere su di essi, sapere che è dunque contemporaneamente effetto del potere e condizione basilare per il suo sviluppo (Mori, 2009: 87-92): “Bisogna piuttosto ammettere che il potere produce sapere (e non semplicemente favorendolo perché lo serve, o applicandolo perché è utile); che potere e sapere si implicano direttamente l'un l'altro; che non esiste relazione di potere senza correlativa costituzione di un campo di sapere, né di sapere che non supponga e non costituisca nello stesso tempo relazioni di potere” (Foucault, 1976: 31).

17 “Il controllo della società sugli individui non si effettua solo attraverso la coscienza o l'ideologia, ma anche nel corpo e con il corpo. Per la società capitalista è il bio-politico ad essere importante prima di tutto, il biologico, il somatico, il corporale. Il corpo è una realtà bio-politica; la medicina è una strategia bio-politica.” (Foucault, 1997b: 222)

oggetto di intervento alla salute, svolgendo una “funzione mercificante” (Mori, 2009: 93) nei suoi confronti e dettando legge su innumerevoli aspetti della vita individuale in passato esclusi dal controllo medico, come il comportamento e la morale sessuale, l'igiene, l'alimentazione etc. fino ad arrivare a non avere quasi più campi ad essa esterni.

In quest'ottica risulta incredibilmente difficile sottrarsi al processo di medicalizzazione in atto poiché tutte le soluzioni proposte al fine di restituire agli individui e alle collettività maggior controllo sulla loro vita, dall'educazione sanitaria, all'igiene e alla prevenzione, rimangono comunque codificate, regolate e valutate sulla base di parametri biologici e medici (Foucault, 1997a: 213; cfr. Armstrong, 1997; Lupton, 1997a; Mori, 2009). La demedicalizzazione dunque, secondo Foucault, spostando sugli individui i compiti sanitari di autosorveglianza preventiva e automedicazione riprodurrebbe in sostanza stili cognitivi orientati in senso terapeutico favorendo quindi, secondo modalità altre, una maggiore penetrazione della medicina nelle nostre vite:

“quel che è diabolico della situazione attuale, è che quando noi vogliamo fare ricorso a un campo che crediamo esterno alla medicina, ci rendiamo conto che è stato medicalizzato. E quando si vogliono obiettare alla medicina le sue debolezze, i suoi inconvenienti e i suoi effetti nocivi, lo si fa in nome di un sapere medico più completo, più raffinato e più diffuso” (Foucault, 1997a: 213).

Ad eccezione del contributo foucaultiano, ciò che riunisce le ricerche e le riflessioni teoriche in questo ambito tra gli anni '70 e '80 è un riferimento apertamente critico nei confronti dell'espansione del controllo sociale e della giurisdizione della medicina.

Oltre ad una sua interpretazione in termini di dominanza (o imperialismo) della categoria professionale medica, in questa prima fase non mancano però studi che si focalizzano maggiormente sui rapporti inter- e intra-professionali come, per esempio, il caso delle associazioni di ostetriche che, cercando maggiore riconoscimento per il loro ruolo, contribuirono alla medicalizzazione del parto; oppure quello dei pediatri che, secondo alcune tesi (Halpern, Pawluch in Conrad, 1992: 215), di fronte ad una crisi della categoria dovuta per lo più ad un calo dei pazienti e alla routinizzazione del lavoro, spostarono il focus delle loro pratiche anche ai presunti disturbi comportamentali dei minori, favorendo, di fatto, una maggiore medicalizzazione dell'infanzia e allargando così il loro territorio di competenze alla pediatria comportamentale. O ancora ricerche che hanno messo a tema le pressioni di

movimenti sociali e gruppi di interesse, come per esempio gli Alcolisti Anonimi, che lottano affinché il riconoscimento medico di certe condizioni di sofferenza possa condurre ad una maggiore legittimazione sociale destigmatizzante (Bronzini, 2013).

1.4.1 Conrad e la questione definitoria

A partire dagli anni '90, si sente sempre di più la necessità di fornire modelli esplicativi del processo di medicalizzazione non più focalizzati esclusivamente attorno al ruolo della categoria professionale medica e quindi capaci di considerare i molteplici fattori che, nel tempo, sono intervenuti nello sviluppo di questo fenomeno. È proprio su queste premesse che Conrad, pioniere degli studi in questo campo, descrive la medicalizzazione come un graduale “processo attraverso cui questioni non mediche vengono definite e trattate come problemi medici, solitamente in termini di malattia e disturbi” (Conrad, 1992: 209; 2007: 4; 2015: vii). Il suo intento dichiarato è quello di fornire un'interpretazione del fenomeno volutamente ampia e inclusiva adatta a rendere conto dei suoi meccanismi e dei suoi agenti promotori nella società contemporanea.

Secondo Conrad, la medicalizzazione può realizzarsi a diversi livelli: quello concettuale, legato all'uso delle definizioni mediche riferite a determinate condizioni; quello istituzionale, inerente l'approccio medico adottato a livello organizzativo per regolamentare l'accesso o la gestione di specifici ambiti non sanitari (per esempio la visita medica necessaria alla concessione di un esonero lavorativo, un permesso speciale o un beneficio di natura economica); quello interazionale, strutturato sul rapporto medico-paziente. In tutti questi casi la chiave di lettura ruota attorno alla “questione definitoria” (Conrad, 2007; 2013; 2015) poiché le categorie mediche non potrebbero espandersi legittimamente su ambiti fino ad allora esclusi dal dominio della medicina senza una loro previa patologizzazione, portata avanti grazie alla collaborazione di quegli attori collettivi più interessati affinché un determinato problema venga gestito tramite il ricorso a procedure terapeutico-sanitarie, tra i quali spiccano le case farmaceutiche, le categorie professionali nel campo della salute e il pubblico di

pazienti-consumatori (Conrad, 2007; Maturo, 2007, 2009; Bronzini, 2013). Il primato riconosciuto alla dimensione definitoria permette di sottolineare l'elasticità del concetto di medicalizzazione: ci sono condizioni come la morte, il parto, alcune severe malattie mentali che sono ormai del tutto medicalizzate, mentre alcuni casi di una condizione possono esserlo solo parzialmente, come la menopausa, o non esserlo affatto; possono coesistere definizioni contrastanti oppure dai confini poco netti che a seconda del momento storico, e degli attori coinvolti pro e contro, si espandono o si contraggono, determinando, quindi, anche casi concreti di demedicalizzazione. Perché quest'ultima possa avere luogo, specularmente, un problema non deve più essere definito in termini clinici e i trattamenti medici non devono più essere ritenuti una soluzione appropriata. Un caso esemplare è senz'altro quello dell'omosessualità, ufficialmente demedicalizzata negli anni '70, per quanto ci siano tutt'ora chiare spinte verso una sua "rimedicalizzazione", perlomeno parziale (Conrad, 2007).

In quest'ottica, la posizione di Conrad è totalmente in linea con quella espressa prima di lui da Freidson e, più in generale, dagli scienziati sociali all'interno della prospettiva socio-costruzionista. Conrad (2015: vii), infatti, sottolinea un totale distacco critico e la totale neutralità del concetto dal lui proposto: "in my view, medicalization research does not adjudicate whether or not an entity is "really" a medical problem, but rather how it became to be depicted (and accepted) as a medical problem and with what consequences".

La medicalizzazione è dunque una categoria flessibile raffigurante un processo, come si è visto, non sempre lineare ma senza dubbio contestuale, graduale e in continua evoluzione. Esso si fonda su una riconcettualizzazione in termini clinico-patologici di eventi, comportamenti o condizioni più che comuni della vita spesso legati ai cambiamenti fisici associati all'invecchiamento e alla sessualità, come l'infertilità, l'impotenza o la menopausa, ormai a tutti gli effetti "*medicalized social problems*" (Loe, 2004: 11). In molti casi tale processo comporta anche una destigmatizzazione "*from badness to sickness*" (Conrad, Schneider, 1992) di comportamenti che in passato venivano concepiti come devianti, immorali o addirittura criminali, tra cui l'alcolismo, la tossicodipendenza, i disturbi mentali, grazie ad una vera e propria dislocazione della responsabilità poiché il singolo soggetto, una volta attestato il suo status di malato fisico, non viene più considerato diretto responsabile della propria situazione e la risposta a livello sociale si sposta dall'essere punitiva o di critica,

all'essere terapeutica, in linea con il noto modello dello *sick-role* parsonsiano (Parsons, 1951/1981: cap. 10).

Secondo questa prospettiva, si asseconderebbe un processo di “depolicitizzazione e individualizzazione dei problemi sociali” (Zola 1972: 500; Furedi, 2004; Conrad, 2007: 152) e una parallela “normalizzazione della malattia e della terapia” (Furedi, 2004: 122) che comporterebbe una vera e propria “sottomissione” nei confronti delle cosiddette “professioni di aiuto” (Furedi, 2004: 122). Da un lato, infatti, sembra rafforzarsi la tendenza a trattare complessi problemi sociali con soluzioni medico-tecnologiche *quick-fix* (Wienke, 2006) che risolvono il sintomo immediato senza incidere sulle strutture socio-culturali, politiche ed economiche che possono esserne la causa a monte. Dall'altro, invece, si riduce il raggio di ciò che è considerato accettabile, operando contemporaneamente un'espansione diagnostica della categoria dell'*underperformance* (Conrad, 2007: 64) e un graduale declino della soglia di tolleranza verso i sintomi più vaghi, modesti e isolati (Barsky, 1988; Furedi, 2004). In questo modo si introduce, contemporaneamente, un nuovo tipo di responsabilità che richiede ai singoli soggetti di impegnarsi in un costante regime di auto-sorveglianza (Parsons, 1951/1981; Katz, Marshall, 2004) per mantenersi al passo di odierni standard psico-fisici sempre più elevati (Rose, 2008; Maturo, 2009) dipendenti da concezioni di normalità fortemente medicalizzate/psicologizzate e, di conseguenza, poste sotto un vero e proprio “imperativo terapeutico” (Furedi, 2004).

Un ambito ricco di esempi in questo senso è quello del disagio mentale che sembra essere stato attraversato, negli ultimi decenni, da diversi processi tra loro interrelati, quali: una maggiore genericità dei criteri diagnostici, una quasi totale indifferenza verso il contesto entro il quale i sintomi prendono forma e l'attribuzione di tutti i disturbi ad una alterazione neurochimica del cervello. Basta guardare alla crescita esponenziale e “impressionante” (Cardano, 2012: 91) delle patologie mentali all'interno del DSM¹⁸ per individuare questi ultimi recenti sviluppi che vanno a caratterizzare il nuovo modello dominante della psichiatria “diagnostica”, totalmente in linea con il riduzionismo biologico imperante nella biomedicina occidentale (Horwitz, Wakefield, 2007; Cardano, 2012: 89-90).

Non solo quindi oggi si assiste ad una vera e propria proliferazione delle patologie

¹⁸ Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, arrivato attualmente alla 5ª edizione

psichiatriche molte delle quali dai confini labili e fino tempi recenti non considerate disturbi psichici, come il disturbo disforico premestruale (Greenslit, 2005) o la semplice timidezza, oggi ribattezzata “fobia sociale” (Conrad, 2007: 17); ma anche ad un processo riduzionista di “somatizzazione” della psiche, ovvero un “azzeramento “della distanza fra il comportamento e le sue basi organiche” (Rose, 2007/2008: 312), che ha permesso un forte ancoraggio dell'eziologia psichiatrica alla psicofarmacologia:

“an increasingly biological trend in psychiatry has convinced more people that mental illness is a purely biological phenomenon without social etiology or social exacerbation [...] this leads many people to accept a more mechanistic and positivist approach in which they rely solely on drug treatment and eschew collective responses” (Brown, 1995: 46).

In questo contesto dunque “il sociale si riconduce al cerebrale, il culturale al naturale, la mente al corpo”¹⁹ (Marrone in Maturo, 2012: 16). Oggigiorno, infatti grazie ai continui progressi della neuroanatomia e agli sviluppi della tecnologia biomedica di risonanza, scansione e *imaging*, si sarebbe giunti a dimostrare le basi biologiche della malattia mentale, non più malattia dell'anima, dunque, ma sindrome prettamente fisica, dovuta a degli squilibri biochimici ben localizzabili all'interno del cervello in quanto organo differenziato, caratterizzato da specifiche funzioni mentali individuabili e suscettibili di intervento locale (Rose, 2007/2008: 297-312). A questo proposito Rose (2007/2008: 342) scrive:

In questo stile di pensiero la spiegazione di qualsiasi patologia mentale deve 'passare attraverso' il cervello e la sua neurochimica [...] E pure la fabbricazione e l'azione dei farmaci psichiatrici sono concepite in questi termini. Non che gli effetti biografici siano esclusi, ma la biografia – stress familiare, abusi sessuali – ha effetto attraverso il suo impatto su questo cervello. L'ambiente gioca la sua parte, ma disoccupazione, povertà e simili producono effetti solamente in quanto vanno a incidere su questo cervello. Le esperienze – per esempio, gli abusi di sostanze o i traumi – giocano la loro parte ma, ancora una volta, attraverso il loro impatto su questo cervello neurochimico.

In riferimento a ciò bisogna sottolineare il fatto che, sebbene la definizione data da Conrad descriva un processo di per sé neutrale²⁰, le principali indagini in questo campo hanno

19 Rose (2007/2008: 304) a riguardo afferma che la mente finisce per diventare “semplicemente l'attività del cervello, e la patologia mentale è semplicemente la conseguenza comportamentale di un errore o di un'anomalia identificabile, e potenzialmente correggibile, di qualcuno degli elementi ora considerati aspetti del cervello organico”.

20 Conrad (2015: vii) ha recentemente espresso le sue perplessità circa la sovrapposizione fra il concetto di medicalizzazione con quello di sovra-medicalizzazione, giudicandolo una “trappola” in cui uno scienziato sociale non dovrebbe cadere: “some critics often conflate medicalization with overmedicalization and use the term almost as an epithet. They work from the assumption that medicalization is a 'bad' thing. But it is easy to come up with examples where medicalization has had positive effects, e.g., epilepsy as a disease not a curse

spesso adottato un punto di vista critico relativo agli interessi in gioco da parte di quegli attori collettivi ritenuti le forze trainanti del fenomeno. Se fino agli anni '70, come si è visto, si è parlato per lo più di dominanza professionale medica (Freidson, 1970/1988; 2002), dagli inizi degli anni '80, data la più che notevole influenza nell'ambito sanitario dei colossi monopolistici farmaceutici, in molti critici hanno descritto negativamente il fenomeno di una sovra-medicalizzazione spinta da logiche di mercato (Moynihan, Cassels, 2005; Law, 2006; Loe, 2004).

1.4.2 Disease mongering

In questo scenario, la medicalizzazione diventa “*disease mongering*” (Parry, 2003; Moynihan, Cassels, 2005; Law, 2006). Questo termine indica in maniera polemica il “traffico di malattie” che si attiverebbe ogniqualvolta viene immesso un nuovo medicinale sul mercato per determinare una espansione diagnostica della malattia ad esso connessa tale da incrementare il bacino di coloro che si considerano malati e di conseguenza i profitti del mercato sanitario.

Le strategie di marketing impiegate per “stimolare la creazione di patologie mediche” (Moynihan, Cassels, 2005: 4) sono molteplici. Conrad, per esempio, segnala i meccanismi attraverso i quali, a volte, si dedica attenzione ad una malattia poco conosciuta promuovendo definizioni mediche sottoutilizzate o del tutto nuove per legittimare il prodotto più recente, si modificano le definizioni di un vecchio disturbo, si espande la definizione di una malattia fino ad allora indicata per un target ridotto o si abbassa la soglia sopra la quale si cura un problema già esistente (Conrad, 2007; 2009: 50); mentre Moynihan e Cassels, similamente, mettono in risalto in che modo normali processi vitali o problemi di tipo personale e sociale vengono spacciati per problemi medici, le modalità in cui si tende ad esagerare l'incidenza e la gravità di sintomi in realtà rari o lievi e la cosiddetta patologizzazione dei fattori di rischio (Moynihan et al., 2002; Moynihan, Cassels, 2005). L'idea è comunque quella di vendere la malattia insieme al farmaco, operando sia verso la promozione di un quadro che faccia apparire il

and, most recently, treatments for chronic pain”

disturbo in questione diffuso e grave ma, allo stesso tempo, curabile in maniera efficace e funzionale attraverso una terapia farmacologica; sia verso la costruzione di una pubblica associazione tra il problema e il suo trattamento che generi fra i due una specie di binomio indissolubile nell'immaginario comune. Si pensi, per esempio, al caso della disfunzione erettile e del Viagra, considerato emblematico di questo processo e che verrà analizzato nel prossimo capitolo (Parry, 2003; Loe, 2004; Moynihan, Cassels, 2005; Law, 2006; Conrad, 2007).

Le suddette strategie di mercato variano, chiaramente, da Paese a Paese e si adattano ai regolamenti vigenti in ogni Stato. Per quanto riguarda la società statunitense, il fondamentale punto di svolta che ha permesso alle case farmaceutiche di aumentare a livelli esponenziali la propria visibilità e i propri guadagni è avvenuto, non a caso, in campo pubblicitario. Infatti, se per la maggior parte del XX secolo, l'industria farmaceutica è stata limitata nella promozione dei propri prodotti esclusivamente ai medici tramite contatto diretto, organizzazione di convegni e pubblicità nelle riviste professionali specializzate, dal 1997 la situazione è mutata drasticamente grazie all'approvazione, da parte della *Food and Drug Administration*, del *Modernization Act*: un'epocale revisione e riduzione della severità delle normative relative all'utilizzo *off-label*²¹ dei farmaci e della pubblicità diretta al consumatore – *direct-to-consumer advertising* (D.T.C.) – dei farmaci con obbligo di prescrizione (Murray, 2009: 208). Grazie al *Modernization Act* le case farmaceutiche non solo hanno potuto fornire ai medici più informazioni riguardo ai loro prodotti promuovendone attivamente un'uso “fuori etichetta” ma anche, e soprattutto, servirsi dei canali mediatici pubblicitari per puntare i riflettori su una “*quick-fix technological solution*” (Wienke, 2005: 35) e incoraggiare il pubblico di pazienti, ormai a tutti gli effetti consumatori, a rivolgersi al proprio medico per ottenere una soluzione sempre più “a portata di pillola” (Wilkes et al., 2000: 121; cfr. Blech, 2006: 81; Busfield, 2010). Non stupisce affatto, quindi, l'incredibile aumento della pubblicità sui farmaci con obbligo di prescrizione che è seguito a questa determinante modifica nella normativa tanto che nel 2005, in meno di dieci anni, la spesa che il settore farmaceutico ha investito in questo

21 Il termine *off-label*, in gergo medico, fa riferimento ad un impiego di medicinali non conforme a quanto previsto in scheda tecnica, quindi una prescrizione di farmaci per curare disturbi differenti da quelli per cui è stato registrato o secondo indicazioni, modalità di somministrazione e dosaggi diversi da quelli indicati nel foglio illustrativo

campo è cresciuta quasi del 400%, con la cifra record di 4 miliardi di dollari, superando ampiamente le spese devolute nel campo della ricerca e dello sviluppo (Conrad, Leiter, 2008: 832; Payton, Thoits, 2011: 57). Dal 2003 gli spot televisivi sui medicinali sono diventati talmente pervasivi da rappresentare, ormai, una delle fonti primarie di informazione sanitaria per l'americano medio che viene, di norma, esposto a nove annunci televisivi sui farmaci al giorno (Mintzes, 2002: 909; Mintzes et al., 2003; Murray, 2009: 209).

Fuori dai confini degli Stati Uniti e della Nuova Zelanda, laddove per legge non si può usufruire dell'accesso pubblicitario diretto al pubblico, si opta, invece, per l'organizzazione di campagne di sensibilizzazione e altri eventi mediatici di *disease awareness*. Tra i più gettonati troviamo i convegni, le tavole rotonde o iniziative che addirittura, in una sorta di paradossale “santificazione delle malattie” nel calendario (Marchetti in Bronzini, 2013: 51), sponsorizzano intere giornate, settimane, mesi incentrati non sul brand del farmaco, azione vietata in quanto illecita, ma sul principio attivo o sulla patologia.

In aggiunta a queste operazioni vanno poi annoverati tutti quegli espedienti attuati per cercare di eludere la scadenza dei diritti di proprietà sui principi attivi dei farmaci e la conseguente perdita di introiti dovuta all'entrata in commercio degli equivalenti generici. Law (2006) menziona, fra gli altri, la pratica di miscelare nella stessa pillola due diversi farmaci best-seller ad imminente scadenza di brevetto²². La combinazione di farmaci che ne scaturisce è protetta da un nuovo brevetto che la difende dagli imitatori e dalla genericazione anche molto tempo dopo che i singoli principi hanno ormai perso la loro protezione giuridica, una strategia che “mira a tarpare le ali alla concorrenza dei farmaci generici, far tornare alla ribalta marchi ormai stagionati e aumentare le probabilità che i pazienti continuino a farne uso” (Hensley cit. in Law, 2006: 97). Tra le altre manovre finalizzate ad estendere la durata dei brevetti dei farmaci troviamo: la creazione di varianti molecolari praticamente identiche a quelle già in uso²³; l'aggiunta di nuovi metodi di somministrazione e di nuove indicazioni

22 È il caso, per esempio, del Caduet della Pfizer, nato dall'associazione fra l'anticolessterolo Lipitor e il Norvasc, contro l'ipertensione (Law, 2006)

23 Apportando una modifica irrilevante nella struttura chimica della molecola si ottiene un isomero che, benché rappresenti un'immagine praticamente speculare rispetto a quella in questione, è brevettabile come nuova entità chimica e quindi vendibile sotto forma di nuovo farmaco che non contiene nessuna miglioria rispetto al suo “gemello” ma che viene comunque immesso sul mercato come novità più costosa. L'elenco dei farmaci identici nella composizione ma non nel prezzo è molto lungo. Law e Di Leo citano gli esempi di due antiallergici Claritin e Alerius della Schering-Plough e degli antiulcerosi Prilosec/Antra e Nexium dell' Astra-

terapeutiche aggiuntive²⁴ o ancora, per usare le parole di Law (2006: 101; cfr. Abraham, 2010), di qualsiasi altra cosa permetta alle società “di estendere il periodo durante il quale possono applicare prezzi monopolistici, senza che né i medici né l'opinione pubblica si rendano conto che il prodotto non è necessariamente migliore del precedente, oltretutto disponibile a prezzi molto inferiori”.

Da queste dinamiche risulta che sebbene i primi, e massimi, beneficiari di questo fenomeno siano ovviamente le case farmaceutiche, in realtà, si assisterebbe ad una vera e propria convergenza di interessi e alleanze, più o meno informali, tra queste ultime e le agenzie di marketing e comunicazione, le società scientifiche di categoria, che sfruttano l'opportunità per aumentare la loro visibilità e guidare il mercato, i singoli medici, che vedono accrescere il loro prestigio e il loro giro di clienti, e le associazioni di pazienti, spesso sussidiate economicamente, in modo diretto o indiretto, dalle stesse industrie farmaceutiche (Moynihan et al., 2002: 886; Moynihan, Cassels, 2005; Conrad, 2007; Bobbio, 2010: 111).

1.5 Innovazioni della biomedicina e nuove proposte definitorie

Almeno a partire dal XX secolo, dunque, il progresso biotecnologico e la costante mercificazione del settore sanitario hanno modificato il rapporto delle persone con la salute e la malattia e la relazione medico-paziente. In questo frangente, sociologi, antropologi, storici e studiosi di formazione STS hanno contestato alla portata teorico-interpretativa del concetto di medicalizzazione di non riuscire più a reggere il peso delle nuove, complesse e spesso contraddittorie interazioni globali tra la medicina, l'industria farmaceutica (e tecno-scientifica) e i consumatori. A più riprese sono stati proposte nuove concettualizzazioni che, pur

Zeneca (Law, 2006: 102-103; Di Leo, 2007: 73- 74; cfr. Abraham, 2010)

24 Si può citare per esempio il caso del Prozac, riconfezionato sottoforma di pillola rosa e venduto come Sarafem per il disturbo disforico premestruale (Greenslit, 2005) o ancora, per rimanere all'interno dell'ambito della gestione medicalizzata della sessualità maschile, il caso del Tadalafil, meglio conosciuto col nome commerciale di Cialis prodotto dalla Eli-Lilly, che nel 2011 ha ottenuto dalla FDA l'approvazione per il trattamento dei sintomi dell'iperplasia prostatica benigna, anche non associata alla presenza di una disfunzione erettile; e la nuova modalità di somministrazione orosolubile del Levitra (Vardenafil), per questo soprannominato “la mentina dell'amore”.

ponendosi in una soluzione di continuità con la tesi di Conrad, segnano volontariamente un graduale distacco da essa: “in a world where postmodern forms of knowledge and power circulate, medicalization as a concept is too simple and too narrow for “capturing” the global circulation of pharmaceuticals, genetics and technoscience” (Bell, Figert 2015: 6; 2012 cfr. Clarke et al, 2003; Rose, 2007; 2007/2008)

1.5.1 La farmacologizzazione

Per quanto, come si è già accennato, la necessità di uno “svecchiamento” del concetto di medicalizzazione si sia palesata già a partire dagli anni '90, è solo nell'ultimo decennio e prevalentemente nel contesto anglosassone, ci ricorda Tognetti Bordogna (2013), che si sono sviluppate diverse prospettive di studi attorno al fenomeno della farmacologizzazione (Williams, Seale, Boden et al. 2008; Williams, Gabe, Davis, 2008; Abraham, 2010; 2011; Williams, Martin, Gabe, 2011a; 2011b; 2012; Bell, Figert, 2012; 2015)

Indubbiamente, l'industria farmaceutica è cresciuta ad un ritmo impressionante soprattutto a partire dagli anni '80 e '90²⁵, confermandosi come uno dei settori più redditizi al mondo. L'industria *biotech* farmaceutica è, infatti, una delle principali industrie transnazionali, con una sfera di influenza globale, i cui introiti a livello mondiale superano di gran lunga il prodotto interno lordo di molti paesi (Murray, 2009: 203; Busfield, 2006; 2010), tanto che si è arrivati a definire quella attuale come “era farmaceutica” (Loe, 2004: 14). Come indicano i dati di Ims Health²⁶, le vendite globali del settore sono passate dai 503 miliardi di dollari del 2003, ai 956 miliardi di dollari del 2011, fino al superamento dei 1000 miliardi nel 2014 (Bell, Figert, 2015: 27).

Il fenomeno della farmacologizzazione della società è però molto più articolato della

25 Non a caso il termine *blockbuster drugs*, riferito ai medicinali il cui fatturato supera il miliardo di dollari l'anno, è apparso solo dopo il 1984 con il lancio dello Zantac, l'antiulcera della Glaxo, il primo vero farmaco best-seller che l'industria abbia conosciuto e un vero modello per tutti gli altri che seguirono (Law, 2006: 35-39).

26 Ims Health, società specializzata in informazioni, analisi e servizi di consulenza-marketing per l'industria farmaceutica. Fonte: <http://www.imshealth.com>

semplice constatazione della crescita della spesa e dell'uso dei prodotti farmaceutici, precisa Abraham (2010: 606), uno dei primi a fornire una definizione nei termini di “processo attraverso cui condizioni sociali, comportamentali o fisiche vengono trattate o considerate come bisognose di trattamento farmaceutico, sia da medici che dai pazienti” (Abraham, 2010: 604). Per Williams e colleghi, invece, la farmacologizzazione è da intendersi come “la trasformazione di condizioni, capacità, e comportamenti in opportunità di intervento farmacologico, sia in termini di cura che di potenziamento” (Williams, Martin, Gabe, 2011a; cfr. 2011b; 2012; Williams, Seale, Boden et al. 2008; Williams, Gabe, Davis, 2008). La farmacologizzazione si caratterizza, quindi, come un processo socio-tecnico complesso ed eterogeneo che include diverse dimensioni e dinamiche che ruotano attorno alla scoperta, lo sviluppo, la commercializzazione, l'uso e la regolazione dei prodotti farmaceutici (Williams et al., 2011a). Di fronte a questo fenomeno così articolato diversi autori hanno cercato di individuarne meccanismi e attori, fornendo notevoli contributi per la sua comprensione.

Secondo Busfield (2006; 2010), per esempio, per comprendere la farmacologizzazione è necessario focalizzare l'attenzione sulle relazioni fra i suoi attori principali - le case farmaceutiche, i medici, il pubblico, i governi e le compagnie di assicurazione - analizzati in termini di “countervailing powers” (Busfield, 2010: 935). Con questa lente critica, una volta descritte le diverse azioni attraverso cui le multinazionali farmaceutiche dimostrano di essere guidate più da logiche di mero profitto che dal bene comune della salute - dalle strategie per estendere i brevetti dei farmaci blockbuster alla forte influenza nel campo della ricerca scientifica, passando per il disease mongering – Busfield spiega come mai gli altri attori presi in considerazione non possono (o non riescono) a controbilanciare l'espansionismo farmaceutico. Per esempio, sottolinea la particolare attitudine “interventistica” dei medici accompagnata dalla pressione dei pazienti ad ottenere una prescrizione; la poca trasparenza dei gruppi di advocacy di pazienti o ancora il ruolo del governo che, pur avendo fra gli obiettivi il controllo dei costi della spesa farmaceutica pubblica, è allo stesso tempo limitato dal forte potere lobbistico delle case farmaceutiche.

Anche Abraham (2010), alla ricerca sia di elementi di espansione che di contrazione del fenomeno, si concentra su diverse dimensioni tra loro interrelate: il biomedicalismo, il marketing farmaceutico e i media, la stessa medicalizzazione, il consumerismo e le politiche

di de-regolamentazione governative. Per esempio, mette in evidenza il ruolo ambivalente del consumerismo, motore della farmacologizzazione quando le associazioni di pazienti promuovono una collaborazione “access-oriented” con le case farmaceutiche e invece causa di una sua notevole riduzione nel caso siano invece motivate da una “injury-oriented adversity” (Abraham, 2010: 610). L'autore è inoltre fortemente critico con la tesi esplicativa, di stampo quasi positivista, del biomedicalismo secondo cui la crescita dell'uso farmaceutico sarebbe il semplice riflesso del progresso scientifico e la risposta a oggettivi bisogni di salute:

“The weakness of biomedicalism as an explanation for growing pharmaceuticalization and the magnification in scale of drug injury cases are not only of academic interest. They reveal that increased pharmaceuticalization is not fuelled primarily by growth in pharmaceutical provision to meet, and advance, health needs. Rather, the sociological factors of consumerism, deregulatory state policies, industry’s commercial priorities and product promotion, and medicalization have been expanding pharmaceuticalization in ways that are largely out- side such provision” (Abraham, 2010: 616-617).

Di particolare interesse è il confronto/scontro con la tesi della medicalizzazione, spiegazione che, secondo Abraham, preserva i suoi punti di forza, per esempio, nel caso dell'espansione diagnostico-terapeutica nel campo della salute mentale e del lifestyle²⁷. La medicalizzazione è dunque un motore della farmacologizzazione ma, allo stesso tempo, quest'ultima se ne discosta poiché può facilmente verificarsi anche in assenza di una espansione della giurisdizione medica su ambiti ad essa esterni. L'applicazione di nuove cure farmacologiche può essere, infatti, riferita anche a situazioni patologiche già ampiamente assodate senza quindi la concreta creazione di nuove categorie mediche, come testimoniato dal caso dell'obesità o dei disturbi di attenzione per i quali ormai si preferisce intervenire farmacologicamente e non optare per altre vie di risoluzione (Abraham, 2010: 603-617; cfr. Tognetti, 2013; Johnson et al., 2016). La farmacologizzazione, continua Abraham (2010: 605) riferendosi al lavoro di Fox e Ward (2008), si sottrae alle maglie strette della medicalizzazione poiché sempre più spesso il ruolo di gatekeeping degli specialisti è bypassato nella scelta, nell'acquisto e nell'uso dei prodotti farmaceutici. La fase attuale sembrerebbe infatti caratterizzata dalla simultanea farmacologizzazione della vita domestica e dall'addomesticamento del consumo farmaceutico (Fox, Ward, 2008: 856; cfr. Tognetti, 2013; Johnson et al., 2016):

27 “I refer to this mutually reinforcing two-way causality as the 'medicalization-pharmaceuticalization complex” (Abraham, 2010: 608)

“First, there is a domestication of pharmaceutical consumption, with drugs available via home computers, and marketing of pharmaceuticals that focuses upon private or personal conditions and addresses domestic activities such as sex and cooking. Secondly, there is a pharmaceuticalisation of everyday life as the pharmaceutical industry introduces profitable medicines for a range of daily activities and pharmaceuticals come to be seen by consumers as a ‘magic bullet’ to resolve problems of daily life”.

Oltre agli interessi economici e politici delle case farmaceutiche, in questa prospettiva si tiene in considerazione l'interazione tra gli effetti dei farmaci sul corpo e sulle menti delle persone, la legittimità della condizione in oggetto e la volontà degli individui di utilizzare un dispositivo farmacologico come soluzione ai loro “lifestyle problems” (Fox, Ward, 2008).

Di questo avviso sono anche Williams e colleghi (2011a, 2011b, 2012) secondo i quali è necessario prestare attenzione sia al livello macro concernente allo sviluppo, alla promozione, alla circolazione e alla regolamentazione dei farmaci, sia al livello micro della loro prescrizione e uso nella pratica medica e nella vita quotidiana. Seguendo le loro indicazioni emergono almeno sei dimensioni sociologiche da valutare per analizzare l'impatto, le tendenze e le trasformazioni della farmacologizzazione nella società: la ridefinizione o riconfigurazione dei problemi di salute come passibili di soluzione farmaceutica; il cambiamento delle forme di governance; la costruzione e la copertura mediatica sia dei problemi di salute che delle relative soluzioni terapeutiche; la creazione di nuove identità tecno-sociali e la mobilitazione dei gruppi di pazienti/consumatori; l'uso di farmaci per scopi non terapeutici e la relativa creazione di nuovi mercati di consumo; l'innovazione bioscientifica e la colonizzazione farmaceutica delle prospettive future di salute (Williams et al., 2011: 710; cfr. Tognetti, 2013; Johnson et al., 2016).

La loro analisi della copertura mediatica del Modafinil, farmaco per i disturbi del sonno venduto col nome di Provigil, pur riconoscendo il ruolo portante dei media nelle azioni di disease mongering, ne mette in luce anche la forza come strumento che lascia spazio alla critica, spesso tendente all'opposta demonizzazione dell'uso farmacologico, soprattutto in relazione alla scoperta di effetti collaterali indesiderati o alla percepita illegittimità di un uso non strettamente terapeutico su soggetti sani:

“Media treatment of medicines and drugs then [...] demonstrates a tendency to idealise or stigmatise, creating oppositional extremes [...] Whilst ‘new’ media such as the Internet, moreover, may provide spaces or forums to challenge or resist these processes, they may equally provide new avenues or channels for the medicalisation or pharmaceuticalisation of daily life (Williams, Seale, Boden et al., 2008: 840).

Il Modafinil, da farmaco inizialmente prescritto e commercializzato per i problemi di narcolessia è oggi una delle più famose “smart drug”. Nel giro di pochissimo tempo, secondo la ricostruzione presentata da Williams&co., il suo utilizzo è stato accompagnato da un'espansione diagnostico-terapeutica tale da fargli superare il confine (labile) della legittimità terapeutica e sconfinare nell'uso (e abuso) per fini potenzianti. Il caso del Modafinil, entrato quindi ormai all'interno del campo della psicofarmacologia cosmetica del miglioramento cognitivo (Rose, 2008: 125-164), risulta quindi esemplare, secondo la prospettiva del gruppo di lavoro di Williams. Trattasi infatti di un esempio capace da solo di segnare un ulteriore distacco dal concetto di medicalizzazione, sollevando allo stesso tempo importanti questioni più generali, anche di carattere etico, circa la legittimità terapeutica e il futuro - utopico e distopico allo stesso tempo (Williams, Seale, Boden et al., 2008: 852) - dell'uso dei dispositivi biotecnologici, farmaci compresi, per scopi potenzianti:

“As with a range of other so-called ‘enhancement’ technologies designed to make us ‘better than well’ or ‘better humans’, if not ‘better than human’, Modafinil therefore raise some intriguing if not disturbing social and ethical questions, which in this particular case translate into debates over the prospects and possibilities of a world in which wakefulness, for better or worse, can be more or less readily conjured at will or medicated/manufactured on demand” (Williams, Seale, Boden et al., 2008: 841).

1.5.2 La biomedicalizzazione

Se gli studiosi che si sono focalizzati sul fenomeno della pharmaceuticalizzazione riconoscono di trattare un tema attiguo che risulta spesso intersecato con quello della medicalizzazione (Abraham, 2010; Williams, Martin, Gabe, 2011a; 2011b; 2012; Bell, Figert, 2012; 2015; Johnson et al., 2016), altri interlocutori critici di Conrad, come Adele Clarke e colleghe (2003; 2009; cfr. Bell, Figert, 2012; 2015), sostengono, invece, la necessità di introdurre un nuovo paradigma esplicativo, quello della biomedicalizzazione. La transizione verso la post-modernità che vede nell'ibridazione – sociale, culturale, biotecnologica e fisica – la sua caratteristica più incisiva, avrebbe infatti causato cambiamenti epocali tali da rendere superate le tradizionali distinzioni per esempio fra pubblico e privato, poteri governativi e colossi

multinazionali, flussi e staticità, saperi esperti e laici, esseri umani e macchine, incidendo quindi in maniera imponente nell'organizzazione e nelle pratiche della medicina (Bell, Figert, 2012: 780; 2015; cfr. Haraway, 1991; Clarke et al., 2003; Clarke, Shim, 2009; Rose, 2007; 2007/2008; Lutpon, 2013).

La biomedicalizzazione serve quindi ad indicare, in questo caso, “i processi di medicalizzazione sempre più complessi, multi-situati e multi-direzionali che oggi si estendono e si ricostituiscono attraverso le forme sociali emergenti e le pratiche della biomedicina tecnoscientifica, sempre più pervasiva” (Clarke et al., 2003: 162; Clarke, Shim 2009; Conrad, 2009: 39). È dunque il continuo progresso tecno-scientifico del XXI secolo, comprendente le scienze informatiche e dell'informazione e il complesso delle bioscienze e delle biotecnologie, ad essere il motore portante del “nuovo” fenomeno. Le innovazioni nel campo della biologia molecolare, della genetica, delle nanotecnologie o delle tecnologie mediche di visualizzazione, giusto per citarne alcune, permettono, secondo i fautori della biomedicalizzazione, nuovi tipi di interventi nei confronti non solo della malattia ma anche della salute, andando ad incidere profondamente sul modo di rapportarsi alla “vita stessa” (Rose, 2007/2008). La biomedicalizzazione si manifesta attraverso cinque processi centrali: la riconfigurazione a livello sia politico che economico di vasti settori della biomedicina, in termini di corporatizzazione e di mercificazione; la trasformazione dei corpi e l'emergere di nuove identità tecno-scientifiche (individuali e collettive); le trasformazioni della produzione, distribuzione e consumo della conoscenza biomedica e della gestione dell'informazione medica; la tecnoscientificizzazione della biomedicina; la nuova focalizzazione dell'attenzione sulla salute in se stessa, sull'elaborazione del rischio e sulle biomedicine di sorveglianza (Clarke et al., 2003; Clarke, Shim, 2009).

Della stessa linea di pensiero è Rose (2007; 2007/2008), anch'egli convinto sostenitore della necessità di andare oltre una prospettiva, quella della medicalizzazione appunto, colpevole per esempio di dipingere i soggetti “medicalizzati” in maniera troppo passiva (Rose, 2007: 702). È invece di massima importanza riuscire a cogliere quanto la medicina sia in realtà implicata in ben più profondi meccanismi di soggettivazione e quindi con l'assunzione della salute come desiderio, diritto e dovere, e con l'emergere di una vera e propria cittadinanza biologica. D'altronde, sostiene Rose (2007/2008: 162-163): “la medicina

è stata per molto tempo centrale per la conoscenza etica e filosofica di noi stessi. Conseguentemente, al suo mutare, anche tale conoscenza muta generando una nuova ontologia di noi stessi”. L'odierna ontologia è così caratterizzata da un mutamento di scala legato al progresso qualitativo, e quantitativo, rispetto alle capacità di manipolare il nostro metabolismo, i nostri organi, il nostro cervello e la nostra stessa vita: “il corpo biologico è pensato come flessibile, un oggetto che può essere manipolato, riconfigurato, modellato, scolpito e trasformato attraverso la tecno-scienza non solo ai fini di riparazione o standardizzazione ma anche per la sua ottimizzazione” (Coveney et al., 2012: 150).

Si è passati così “dalla logica del controllo alla logica della trasformazione” (Clarke, Shim, 2009: 230; 2003): mentre le pratiche convenzionali della medicalizzazione limiterebbero il loro focus al controllo dei fenomeni strettamente medici (malattie e disturbi), le pratiche biomedicalizzanti tenderebbero ad enfatizzare le trasformazioni del corpo e della psiche, attraverso strumentazioni high-tech, finalizzate non solo alla cura ma alla prevenzione del rischio e al potenziamento psico-fisico.

Non ci si accontenta più di guarire e di ritornare ad una condizione di normalità organica e vitale, ma si tenta di rimodellare a propria discrezione aspetti sostanziali del funzionamento dei nostri corpi e delle nostre menti. Si fa strada in questo contesto un nuovo tipo di soggettivazione che porta con sé nuove idee sulla natura degli esseri umani, su ciò che possono fare e ciò a cui possono mirare. Si tratta quindi di un moderno regime di concezione del sé - o etica somatica per utilizzare le parole di Rose (2007/2008: 10) - che ricodifica diritti, doveri e aspettative rispetto al binomio malattia/salute e che attribuisce un valore centrale all'esistenza corporea vissuta ormai come un progetto da personalizzare su misura dagli individui (Marshall, 2006: 350) che, singolarmente o collettivamente, assumono nuove identità tecno-scientifiche, conoscibili solo attraverso l'applicazione e la condivisione di pratiche biomediche (Clarke et. al, 2003; Clarke, Shim 2009; Preciado, 2008/2013; Rose, 2007; 2007/2008).

1.6 Verso l'ottimizzazione. Tra suscettibilità e potenziamento

Rose (2007/2008), allacciandosi al discorso sul rischio e sulla predisposizione, riassume sotto il termine di suscettibilità tutti gli interventi biomedici finalizzati all'identificazione e alla prevenzione di patologie che potrebbero manifestarsi in futuro in persone altrimenti asintomatiche, diagnosticando loro uno stato di malattia potenziale o protomalattia. La suscettibilità va, dunque, a superare la semplice valutazione e gestione, terapeuticamente preventiva, dei fattori di rischio e diventa qualcosa che si può definire con sempre maggiore precisione a livello del singolo individuo, grazie soprattutto ad una nuova spazializzazione dello sguardo medico che determina il passaggio dallo sguardo anatomo-clinico di Foucault a quello molecolare segnalato appunto da Rose (2007/2008; cfr. Bronzini, 2013). L'associazione delle concezioni di predisposizione, rischio e prevenzione, unite ai continui progressi delle tecnologie di controllo, screening e imaging e all'avvento della scienza genetica, avrebbero, infatti, prodotto un netto avanzamento di scala. Per usare le parole dello stesso Rose (2007/2008: 137-138):

“la combinazione dell'idea di suscettibilità come precisione genomica, della tecnologia dello screening genetico e della promessa di interventi medici preventivi sembra costituire un salto qualitativo nelle capacità degli esperti biomedici di individuare un futuro potenzialmente indesiderabile e di renderlo prevedibile. E ciò stesso sembra stimolare o addirittura richiedere interventi medici sugli individui suscettibili nel presente, per indirizzare il loro percorso verso un diverso e più desiderabile – meno malato – futuro”.

Queste dinamiche pongono delle questioni centrali che la sociologia della salute e della medicina non può esimersi dal prendere in considerazione. La diagnosi di una condizione ottenuta attraverso lo sguardo molecolare infatti, oltre a influire sulle capacità tecniche e sulle ambizioni degli specialisti, “prefigura scenari inediti per l'ontologia stessa della salute e della malattia” (Bronzini, 2013). Ed è anche trascurabile, continua Rose, il fatto che gli avanzamenti negli studi sulla farmacogenomica, sui test genetici, sulla mappatura del DNA non siano ancora stati all'altezza delle aspettative per quanto riguarda l'ottenimento di risultati concreti e clinicamente significativi tanto che, sottolinea Bronzini (2013; cfr. Conrad, 2005), la portata effettiva della genetica e della genomica si può stimare ancora solo in termini potenziali. Infatti, l'imponente eco mediatica riscossa da iniziative quali il Progetto Genoma Umano comporta che le aspirazioni della pratica della medicina odierna tendano

nella direzione di una “medicina predittiva, preventiva e personalizzata” (Rose, 2007/2008: 139; cfr. Conrad, 2005; Bronzini, 2013) composta da terapie mirate e costruite su misura²⁸, che lasciano dunque presagire scenari ancora non del tutto esplorati. In questo senso, è lecito poter parlare anche di “geneticizzazione” dal momento che si ha a che fare con il tentativo di far risalire alle combinazioni dei geni sia le cause di una determinata condizione che, più in generale, le caratteristiche degli individui. Nonostante, dunque, il linguaggio della genetica sia ancora di tipo altamente probabilistico e non sia ancora riuscito a trovare una generalizzata e continuativa applicazione clinica, a livello di opinione pubblica quantomeno, i concetti di rischio e predisposizione sono stati ampiamente, e semplicisticamente (Bronzini, 2013), assimilati. Ne deriva quindi una nuova concezione di malattia, ancora più pervasiva proprio perché strutturata al livello di una potenzialità la cui manifestazione è del tutto scollegata dal contesto ambientale (sociale, emotivo, relazionale, strutturale etc) degli individui “a rischio”, in tutto e per tutto assimilabili a dei “malati virtuali” o ancora a dei “pazienti perpetui” (Braun; Finkler in Bronzini, 2013; cfr. Rose, 2007/2008).

La categoria della suscettibilità mostra chiaramente come, ormai, uno dei campi di azione della conoscenza biomedica riguardi l'intervento sugli esseri umani nel presente avendo di mira l'ottimizzazione della loro vitalità futura. L'altro parametro che, stando a Rose, completa la dimensione dell'ottimizzazione è la categoria del potenziamento (o miglioramento) umano. Diverse sono le definizioni che si trovano in letteratura del (*biomedical*) *human enhancement*. Per Rose il concetto di potenziamento riguarda tutti quei “tentativi di ottimizzare o migliorare praticamente qualsiasi capacità del corpo e della mente umana – forza, resistenza, longevità, attenzione, intelligenza – per aprirla all'intervento artificiale e includerne la gestione nella competenza della biomedicina” (Rose, 2007/2008: 132-133); per Elliott fa riferimento alla varietà di farmaci e procedure che sono utilizzate dai dottori non solo per curare una condizione patologica, ma anche per migliorare capacità o caratteristiche degli esseri umani, rendendoli meglio dotati (Elliott, 2003: xvii-xviii); Douglas intende l'utilizzo di dispositivi tecnologici biomedici per ottenere risultati diversi dalla cura o dalla prevenzione della malattia (Douglas in Maturo, 2009: 20), mentre Conrad sottolinea il suo uso specifico nel campo della bioetica indicante quegli interventi designati per migliorare

²⁸ Rose parla di un possibile futuro spostamento dalla vendita dei blockbuster drugs, farmaci all'ingrosso, ai *minibuster drugs*, che invece agiscono in modo mirato (Rose, 2007/2008: 144)

l'aspetto o le funzionalità degli individui al di là di quanto sia necessario per sostenere o ristabilire lo stato di salute (Conrad, 2007: 71).

Sempre per Conrad è necessario distinguere tre diversi tipi di potenziamento, tra loro interrelati: si ha un intervento di normalizzazione quando l'obiettivo è quello di (ri)portare il corpo in linea con in una situazione considerata normale in relazione agli standard sociali, come per esempio nel caso di una terapia ormonale per la bassa statura non patologica, o le operazioni di chirurgia “puramente” estetica²⁹; si parla invece di ristrutturazione quando gli interventi biomedici sono utilizzati per ringiovanire il corpo o comunque riportarlo ad una condizione ottimale; si arriva infine al vero e proprio miglioramento della performance, in assenza di nessuna patologia conclamata, principalmente attraverso l'uso di farmaci con obbligo di prescrizione o di vere e proprie sostanze psicoattive illegali usate per garantire ai soggetti un vantaggio competitivo. Il caso del doping nello sport è senz'altro quello più evidente, ma ricadono in questa categoria anche l'uso del Ritalin (e affini) come potenziatore cognitivo tra gli studenti, o ancora l'uso del Viagra (e affini) come potenziatore della performance sessuale. Sulla base della tipologia tratteggiata da Conrad si possono quindi individuare diverse aree principali di intervento a scopi di enhancement: il miglioramento cognitivo, il miglioramento emotivo, il miglioramento fisico e l'estensione della vita (Maturò, 2009: 19; cfr. Tognetti, 2013; Lupton, 2013).

Data questa breve ricostruzione dei diversi obiettivi e ambiti del potenziamento, sia che si parli di farmacologizzazione, sia che si preferisca utilizzare la cornice della (bio)medicalizzazione, una cosa sembra essere certa: il confine tra terapia e ottimizzazione è incredibilmente labile, infatti la maggior parte dei farmaci e delle tecnologie biomediche contengono al loro interno istanze terapeutiche e migliorative. Il Viagra può potenziare le prestazioni sessuali o curare una disfunzione erettile nei prostatectomizzati, e la chirurgia plastica può apportare dei perfezionamenti estetici puramente cosmetici o risanare delle lesioni fisiche (Elliott, 2003: 107). Per cui è il contesto d'uso dei farmaci e dei dispositivi biomedici a fare spesso da discriminante per determinare se l'intervento venga utilizzato per scopi terapeutici o di *enhancement*, e la legittimità di questi ultimi, così come mostrano

²⁹ Elliott fa notare a questo proposito come la nozione di “complesso di inferiorità” in realtà tenda a fornire una giustificazione terapeutica alla chirurgia estetica, non più puramente cosmetica dunque, ma volta alla cura di deficit psicofisici autopercepiti, una sorta di “psichiatria con lo scalpello” (Elliott, 2003: 121)

distintamente gli esempi avanzati da Conrad che mette in evidenza la differenza intercorrente fra l'uso di un potenziatore cognitivo per un malato di Alzheimer, e l'uso *off-label* per uno studente che prepara gli esami universitari o per un concorrente durante un torneo agonistico di scacchi (Conrad, 2007: 72-88).

Allo stesso tempo però, è proprio la labilità di questo confine che porta a problematizzare ulteriormente la questione legata al *biomedical enhancement*, a partire dallo stesso concetto di normalità. Torna utile, per cogliere meglio questo punto, la categorizzazione di normalità lungo tre profili proposta da Horwitz che distingue fra la normalità statistica, la normalità normativa e la normalità evolutiva. Nel primo caso si ha che fare con una “proprietà dei gruppi e non degli individui” (Horwitz in Maturo, 2009: 28) e si considerano normali quelle situazioni o quei valori che si presentano nella stragrande maggioranza della popolazione o che accadono con maggiore frequenza, sulla base della moda o della media; il criterio normativo invece interpreta la normalità come conformità ad un modello definito socio-culturalmente che molto spesso interviene per modificare ciò che è dato in natura; in ultimo la normalità evolutiva si basa sulle funzioni adattive e coincide con quelle caratteristiche che risultano vincenti nella selezione naturale.

Su quale concetto di salute normale si andrebbe quindi ad innestare il miglioramento biomedico se si definisce tale intervento come operato su una persona “sana” al fine di migliorarla? E quanto dovrebbe essere limitata la diffusione della differenza competitiva di cui si fa portatore tale intervento prima che tale diffusione vada a rientrare quantomeno nella media statistica? Quando si parla di spostamento di standard di normalità si fa riferimento proprio alle dinamiche che si celano dietro a queste domande (Maturo, 2009: 25; cfr. 2012; Williams, Martin, Gabe, 2011). Maturo cita il caso della chirurgia estetica, e per la precisione la mastoplastica additiva, per esemplificare il passaggio tra vari stadi di normalità sovradescritti. Il caso della chirurgia plastica al seno potrebbe essere infatti letto in quest'ottica se si interpretano i primi interventi al seno in termini di normalità evolutiva in quanto tentativi di aumentare la propria autostima e avere maggiore “successo”, e la successiva imposizione, specie in determinati ambienti, di un canone di bellezza artificiale come esempio normalità normativa. “Se le azioni di chirurgia estetica si susseguono a questo ritmo c'è la possibilità che il seno rifatto divenga 'normalità statistica’” (Maturo, 2009: 29), per

lo meno in alcuni ambienti come quello dello spettacolo dove la mancata adesione a specifici canoni estetici comporta sempre più spesso l'esclusione *tout court*, “e qui la 'moda estetica' tornerebbe al suo significato statistico” (Maturo, 2009: 29). In questo senso il potenziamento umano rappresenta una grande tentazione a livello sociale poiché offre la possibilità di ottenere una differenza competitiva attraverso una *quick-fix solution*, a maggior ragione se tale soluzione quick-fix è rappresentata da una pillola. Come però d'altronde succede in ogni nicchia di mercato di successo, soprattutto all'interno della società occidentale da sempre affascinata dalla ricerca dell'eterna giovinezza e del prestigio derivante dall'affermazione di una superiorità intellettuale, fisica e materiale, si assiste di continuo al dilagare delle mode e all'imporsi di canoni, estetici e performativi, anche su larga scala.

È a questo punto che l'essenza del *biomedical enhancement* comincia a perdere sostanza e sfumare nel rischio che la differenza competitiva di cui si fa portatore si imponga con il passare del tempo, se non come una necessità virtualmente universale, quanto meno come requisito fondamentale per poter essere ammessi in alcuni settori o comunque essere a proprio agio con se stessi, pena, per chi ne è sprovvisto, un forte svantaggio o un forte senso di inadeguatezza, per certi versi proprio “patologici”. Per quanto dunque, a prima vista, gli interventi di *human enhancement* sembrano innestarsi sulla normalità, non per patologizzarla, ma per ottimizzarla (Maturo, 2009: 25; cfr. 2012), le dicotomie del normale/patologico e del normale/migliorabile non sembrano essere poi così nettamente separate³⁰. Accade infatti che, mette in chiaramente in luce Maturo (2009: 30-31), “il migliorabile di oggi [possa facilmente diventare] il patologico di domani”, in un circolo vizioso il cui risultato è quello di un continuo ed erosivo spostamento degli standard di normalità e un conseguente allargamento del bacino di ciò che Conrad definisce come categoria dell'*underperformance*. Quando infatti, come si avrà modo di evidenziare per quanto riguarda l'ambito della sessualità (Katz, Marshall, 2004), si tende a stabilire una implicita equazione tra ciò che è normale e ciò che è

30 La medicalizzazione intesa come patologizzazione si presenta sempre come cura di condizioni umane che vengono costruite come anormali proprio perché patologiche o a rischio. In questo senso, la medicina viene legittimata ad intervenire solo nel caso in cui, per esempio, la timidezza venga classificata come fobia sociale, la calvizie come alopecia, i problemi digestivi come sindrome dell'intestino irritabile e così via. Nel miglioramento umano non è, invece, apertamente rintracciabile la marca della patologizzazione, necessaria affinché si possa parlare di medicalizzazione. Il focus dello *human enhancement* si concentra, infatti, sull'utilizzo della tecnologia biomedica per migliorare lo stato di un individuo non bisognoso di cure, quindi senza nessun fine riparativo o terapeutico (Conrad, 2007; Maturo, 2009; 2012; Williams, Martin, Gabe, 2011).

ottimale, per riflesso automatico si riterrà “disfunzionale”, spesso con una chiara valenza patologica, qualsiasi performance o stato psico-fisico che non è svolto o raggiunto al massimo delle sue possibilità imposte a livello socioculturale. Il concetto di *underperformance* quindi, secondo Conrad (2007: 64-65), “can be reflected in how tasks are accomplished, continual problematic adaptations, or the level of success achieved. Individuals feel that they could/should be doing better, and they seek help in improving their performance”.

1.7 Tecnologie del Sé

Mai come in quest'epoca dunque il complesso sistema di sapere-potere della medicina arriva a mettere in discussione l'idea di una naturalità dei limiti della vita stessa e di come possa essere vissuta:

“in passato sembrava che la vita fosse indissociabile dal meccanismo naturale dei processi vitali. Tutto ciò che poteva auspicare la medicina era di arrestare l'anormalità, di ristabilire la norma vitale naturale e la normatività del corpo che la supportava. Ma queste norme non sembrano più ineluttabili, queste normatività paiono aperte al cambiamento. Una volta che si sia stati testimoni degli effetti dei farmaci psichiatrici nel riconfigurare le soglie, le norme, la mutevolezza delle emozioni, della cognizione, della volontà, è difficile immaginare un sé che non sia aperto alla modificazione per tale via. [...] Una volta che si siano viste le norme dell'invecchiamento femminile modificate dalla terapia ormonale sostitutiva, o le norme della sessualità del maschio anziano modificate dal Viagra, il 'normale' processo di invecchiamento sembra soltanto una possibilità in un campo di scelte, almeno per il cittadino del ricco Occidente” (Rose, 2008: 26; cfr. Bronzini, 2013).

Riassumendo le argomentazioni di Rose, sarebbero dunque le biotecnologie odierne a permettere l'ingresso degli individui nel dominio della decisione e della scelta, modificando quindi gli stessi obiettivi a cui si può aspirare, non più (solo) la guarigione, ma la correzione e il potenziamento psico-fisico (Rose, 2007/2008). Non si possono certamente affrontare in questa sede introduttiva tutti gli aspetti relativi al miglioramento umano anche perché è difficilmente analizzabile come tema a sé stante dal momento che, come si è visto, esso è profondamente intrecciato con dei meccanismi patologizzanti e con la creazione di bisogni indotti. Anche i più convinti sostenitori del *Why not the best?*, per esempio nel campo del miglioramento cognitivo, ammettono infatti l'esistenza di questioni cruciali di chiara

pertinenza bioetica, dalle perplessità circa la sicurezza dei farmaci in termini di effetti collaterali e di dipendenza alle critiche circa la disuguaglianza nell'accesso potenziale a questo tipo di risorse e l'imparzialità che rimanda ad evidenti analogie col doping nell'agonismo sportivo (Caplan, 2006: 31-39; Conrad, 2007: 70-96; Greely et al., 2008, Maturo, 2009: 31-32; Giglio, 2016).

Ma se Rose per certi versi sembra parlare di apertura dell'orizzonte di possibilità che si staglierebbe davanti agli individui contemporanei, diverse dimensioni si manifestano alla congiuntura fra potenziamento, espansione diagnostica dell'underperformance e dei quality of life-distresses. Tale congiuntura è ormai culla degli standard di normalità sulla base dei quali vengono prodotte e giudicate soggettività e relazioni di genere, sempre più spesso naturalizzate e reificate proprio in virtù di una loro collocazione all'interno di pratiche disciplinari e regimi discorsivi (bio)medico-riduzionistici che “sistematicamente danno forma agli oggetti di cui parlano” (Foucault in Barad, 1998: 103; cfr. Butler, 1990; Mullany, 2004: 293; Milani, 2011; 2015).

Ruolo centrale in questa congiuntura è senza dubbio giocato dal complesso della biotecnologia. In questo contesto è quindi innanzitutto assolutamente necessario superare quella che Lock e Nguyen (2010: 20) descrivono come “Standard View of technology” (Lock, Nguyen, 2010: 20), una credenza di senso comune sull'uso della tecnologia nella società contemporanea che si compone di due prese di posizione tacite. Da una parte, una sorta di “sonnambulismo tecnologico” (Lock, Nguyen, 2010: 21) che comporta la tendenza ad una accettazione del tutto irriflessiva delle innovazioni tecnologiche e, dall'altra, un determinismo che conduce a considerare la tecnologia scientifica come un “powerful and autonomous agent, inherent to progress, and therefore by definition an unquestionable good” (Lock, Nguyen, 2010: 21). A questa visione che rappresenta i dispositivi tecnologici, farmaci compresi, come dei meri artefatti materiali moralmente neutrali, bisogna appunto contrapporre un approccio critico che utilizzi un concetto ben più ampio di (bio)tecnologia, non come strumento ma come “attante non umano” (Asdal, Brenna, Moser, 2007; Johnson et al. 2016: 77) dotato di agency che si struttura e si muove all'intersezione tra natura e cultura, salute e malattia, esperti e pazienti-consumatori (cfr. Haraway, 1991; Casper, Koenig, 1996; Barad, 1998) o altresì come quell'insieme di conoscenze, strategie e pratiche che sviluppano e costruiscono oggetti

materiali nel mondo fisico, strutturano il mondo e mediano la nostra relazione con esso e i suoi significati (Gavey, 1993: 97) e ne sono a loro volta mutualmente costituite. A ciò si riferisce Rose quando parla di “hybrid assemblages of knowledges, instruments, persons, systems of judgment, buildings and spaces, underpinned at the programmatic level by certain presuppositions and assumptions about human beings” (Rose in Lock, Nguyen, 2010: 23).

Le biotecnologie sono dunque, in questo caso, veri e propri oggetti culturali, al contempo prodotti da (e produttori di) cultura, che riflettono, nei modi in cui vengono prodotte, commercializzate, prescritte e consumate determinate implicazioni ideologiche solitamente implicite che, per quanto plurali, mutevoli e soggette a resistenze, sottendono in maggioranza canoni fisico-performativi in linea con gli standard dominanti. Esse sono dei nodi materiali e semiotici in cui produzioni discorsive e identitarie si intrecciano e si danno vicendevolmente forma (Johnson et. al, 2016: 88; cfr. Haraway, 1991; Rose, 2007/2008). Esempio emblematico di questa concezione è quello dei cosiddetti *lifestyle drugs*, farmaci indicati per i disturbi più comuni come le allergie, il bruciore di stomaco, la calvizie, l'insonnia, la disfunzione erettile, l'ansia etc., condizioni reputate non tanto come potenzialmente mortali ma piuttosto vissute come limiti nella vita quotidiana (Mamo, Fishman, 2001: 16; Loe, 2004: 15; Conrad, 2007: 134). Considerata la severità variabile di questi disturbi, ciò che questi farmaci sembrano avere in comune, secondo Mamo e Fishman (2001), è la promessa, non solo di alleviare il disturbo fastidioso in tempi veloci, ma di agire sulle soggettività individuali, costruendo o rafforzando supposte identità, migliorando le relazioni e la qualità della vita in generale. In questo senso rientrano perfettamente in quelle che Foucault definisce “tecnologie del sé”:

“[dispositivi che] permettono agli individui di eseguire, coi propri mezzi o con l'aiuto degli altri, un certo numero di operazioni sul proprio corpo e sulla propria anima – dai pensieri, al comportamento, al modo di essere – e di realizzare in tal modo una trasformazione di se stessi allo scopo di raggiungere uno stato caratterizzato da felicità, purezza, saggezza, perfezione o immortalità” (Foucault, 1992: 13; cfr. Mamo, Fishman, 2001: 17).

1.8 Repertori diagnostico-terapeutici come strumenti euristici

In un libro di recente pubblicazione Bell e Figert (2015) notano come il termine “medicalizzazione” abbia ormai raggiunto l'olimpico dei concetti sociologici più famosi, quasi al pari della burocrazia weberiana e dello stigma di Goffman. Eppure, come delineato nei paragrafi precedenti, il dibattito circa la sua attuale efficacia interpretativa non sembra volersi esaurire in tempi rapidi. Come qualsiasi dibattito che prevede l'uso del concetto di post-modernità, c'è chi dipinge la medicalizzazione come un concetto moderno inadatto alle sfide della contemporaneità (Clarke et al. 2003) e chi dubita invece che la contemporaneità sia effettivamente del tutto post-moderna (Bell e Figert, 2015). A questo proposito Conrad (2005: 12), sottolineando la difficoltà di valutare la biomedicina come un'istituzione appunto “post-moderna”, data la sua base di conoscenza scientifica e la sua struttura ancora fortemente burocratica, commenta:

“The claim that the biomedicalization change represents a shift from modernity to postmodernity depends entirely on what one considers as postmodern. As Anspach (2003) points out, 'Efforts to rationalize health care through data banks and practice guidelines may actually represent new forms of bureaucratization, a quintessentially modern, rather than post-modern, phenomenon'”

Posizionarsi quindi all'interno del dibattito fin qui tratteggiato tra i sostenitori della medicalizzazione, della pharmaceuticalizzazione o della biomedicalizzazione sembra un'impresa titanica e forse uno sforzo per certi versi anche inutile. Effettivamente i cambiamenti avvenuti, sia all'interno del complesso della medicina contemporanea che quelli ad essa riferibili sembrano aver segnato un importante giro di vite tale da richiedere nuovi strumenti interpretativi. Allo stesso tempo, basta guardare anche solo al confine così labile che intercorre fra terapia e potenziamento per vedere quanto la “questione definitoria” descritta da Conrad sembra essere ancora in grado di adattarsi a tali cambiamenti e di descrivere le “mutevoli spinte” (Conrad, 2009; 2005), in termini di meccanismi e attori propulsori del rinnovamento nel campo della salute e della medicina contemporanea.

Pur senza arrivare a definire il modello attuale nei termini di “biocapitalismo farmacopornografico” come fa Preciado (2008/2013), oggi più che mai la definizione e la riproduzione incorporata di standard performativi e normativi di adeguatezza circa il sesso, la sessualità, i rapporti e le identità di genere appare profondamente regolata dall'uso di

specifiche (bio)tecnologie che, più o meno implicitamente, richiedono un continuo (auto)monitoraggio e (auto)posizionamento al confine tra il normale, l'anormale e il costantemente migliorabile. Siamo infatti, seguendo ancora una volta l'interpretazione di Rose (2007/2008: 37), “individui somatici”, la cui soggettività è, in larga parte, sancita dalla nostra “esistenza corporea” e quindi esperita e giudicata attraverso il linguaggio (e le pratiche) di saperi biotecnologici, soprattutto di carattere medico e psicologico.

Ci si chiede dunque se non sia il caso, almeno per il momento, di lasciarsi alle spalle tale dibattito e introdurre gli strumenti concettuali che verranno applicati allo studio della tematica che si è scelto di approfondire in questo lavoro, ovvero i processi di co-costruzione (Casper, Koenig, 1996; Haraway, 1991; Barad, 1998; Lock, Nguyen, 2010) che caratterizzano e sorreggono l'espansione diagnostico-terapeutica delle principali problematiche sessuali maschili. Arrivati a questo punto sembra infatti doveroso provare a trovare un filo conduttore capace di tenere insieme le diverse dimensioni che spaziano dalla costruzione sociale della salute e della malattia fino ai processi di incorporazione, passando per le strategie di professionalizzazione delle categorie di esperti. In quest'ottica si vuole rimarcare innanzitutto come la questione definitoria dei principali disturbi della sessualità maschile sia intrinsecamente legata ai dispositivi terapeutici, principalmente artefatti farmacologici, che su (e attraverso) quest'ultima fondano la loro ragion d'essere e la loro capacità di azione in quanto tecnologie del sé. Non solo quindi ci si trova di fronte ad una relazione mutualmente co-constitutiva fra queste due categorie congiunte, ma si intende sottolinearne anche la profonda interrelazione con diverse dimensioni che sembrano fondarsi su tali repertori diagnostico-terapeutici e, mutualmente, ne garantiscono l'adattamento e la continuità in una circolarità che ne evidenzia, quindi, il carattere situato e costantemente prodotto e riprodotto.

In questo contesto tali repertori sono interpretabili come configurazioni ricorrenti, contestuali e relazionali, di affermazioni normative circa dei fatti scientifici, in questo caso aventi a che fare con la diagnosi e la cura delle disfunzioni sessuali maschili. A livello concettuale il repertorio riprende, o per meglio dire incorpora, sia la nozione di Fleck di “stile di pensiero” inteso in particolare come paradigma circolante all'interno di un “collettivo di pensiero” esoterico di specialisti (Fleck, 1935/1983; Bucchi, 2004) che quella di “logica” di Mol (2009: 8), ovvero “ciò che è appropriato o logico da fare in un contesto o in una

situazione, e ciò che non lo è, alla ricerca di una locale, fragile e tuttavia pertinente coerenza”. Come sottolinea Mesman (2005: 52) che utilizza proprio il termine di “repertorio”, esso suggerisce un'enfasi particolare sullo stile di ragionamento come modalità di mettere in ordine e di classificare, permettendo allo stesso tempo di criticare l'assunto per cui la struttura fondamentale delle pratiche mediche sia costituita da principi deduttivi e protocolli decisionali forti e invariabili. Infatti, continua Mesman (2005: 58) un repertorio, “rather than fixing all that is said or done in a given context, it determines what actors view as relevant, and which factors, means or arguments they feel matter most. It indicates what is central or peripheral in a particular situation of condition”.

In questo senso tale concettualizzazione permette dunque di mantenere l'idea di un paradigma scientifico di riferimento senza per forza scadere nella sua idealizzazione in un sistema unificato che spinge l'azione in una direzione univoca e sistematica, rappresentando quindi, in affinità con la visione di Swidler (1986), i repertori oggetto di analisi come dei “tool kit” (Swidler, 1986: 277) utilizzati in maniera strumentale, operativa e contestuale dagli esperti medici e psicologi.

Dal momento che, infatti, nella “definizione della malattia” è contenuta la definizione della figura professionale legittimata ad occuparsene (Tousijn, 2000; 2009; Vicarelli, 2010), l'intento è quello di muoversi da una prospettiva di conoscenza situata (Haraway, 1991: 590) saldamente ancorata al punto di vista dei professionisti andrologi e psicosessuologi, e riuscire a mettere in luce i meccanismi di “mutual shaping” tra questi saperi-esperti e il campo più ampio della salute sessuale maschile che essi intendono amministrare.

Con questo obiettivo in mente si è quindi deciso di affidarsi allo strumento euristico dei repertori diagnostico-terapeutici, dispositivi al contempo materiali e semiotici (Haraway, 1991; Johnson et al., 2016) analiticamente intesi come un “prisma attraverso il quale produrre la diffrazione necessaria per destrutturare l'apparente compattezza del discorso scientifico” (Haraway, 1997/2000; cfr. Johnson et al., 2016: 314).

II. La medicalizzazione della sessualità³¹

Secondo la sessuologa Leonore Tiefer (2004: 188), una delle voci critiche più autorevoli che fin dagli anni '70 si è espressa contro la medicalizzazione della sessualità³², “designating sexuality a matter of 'health' has important ramifications in terms of appropriate authorities, institutional control, language and imagery, methods for study, and, most important, people's views of its place in their own lives”.

“Sexuality is a potentiality organized by disciplinary practices” sostiene inoltre Turner (1995: 233) e infatti, oggi più che mai, essa si presenta come una dimensione socialmente costruita (Tiefer, 2004; Jackson, Scott, 2010) da tempo soggetta a importanti processi di mercificazione e (bio)medicalizzazione che la rendono terreno fertile sul quale convergono, e si intersecano, diversi discorsi, dalla cultura più popolare ai messaggi veicolati dalla scienza medica e psico-sessuologica, oggetto di questa indagine, ognuno a suo modo capace di stabilirne i confini e di influenzare la nostra concezione di come (dover) vivere una sessualità sana e soddisfacente.

Secondo la Tiefer dunque il sesso non è da intendersi come un “natural act” quanto piuttosto come il frutto di produzioni discorsive socio-culturali attraverso cui esso viene definito, costituito, compreso ed esperito (Tiefer, 2004; Potts et al., 2004; Frith, 2015). Del resto, il corpo e la sessualità sono stati da sempre i “bersagli” verso cui si è storicamente concentrata una complessa produzione di saperi-poteri³³ (Foucault, 1976) esplicitamente indirizzati verso il (e basati sul) disciplinamento e la normalizzazione dei soggetti.

Come già sottolineato, esistono discorsi di verità (Foucault, 2001) che, “pur essendo 'situati' come gli altri [godono] di maggiore legittimazione” (Navarini, 2008: 7) in quanto

31 Per la scrittura di questo capitolo ci si è avvalsi di diversi tipi di materiale testuale, da testi storici e socio-antropologici sulla medicalizzazione della sessualità, in particolare di matrice femminista derivanti dal filone dei Viagra Studies, alla letteratura internazionale prettamente scientifica di stampo medico e psicologico sulla quale si è fatto particolare affidamento per le definizioni e per le informazioni sulle problematiche in oggetto e sulle modalità di intervento terapeutico.

32 La Tiefer (1996; 2004; 2007; 2012) considera la medicalizzazione della sessualità inappropriata e potenzialmente pericolosa e la descrive come “the incursion of an individualized, evolution-derived, biologically based, disease and malfunction model into what is better seen as a fundamentally relational, socially constructed sector of life” (Tiefer, 1996: 4)

33 Nella formazione dei soggetti, infatti, il potere non può fare a meno di adoperare e soprattutto di elaborare un sapere su di essi, sapere che è dunque contemporaneamente effetto del potere e condizione basilare per il suo sviluppo (Mori, 2009: 87-92).

linguaggi ufficiali, autorizzati e autorevoli appartenenti a quel sapere scientifico di carattere medico e psicologico che svolge la sua primaria funzione normativa e normalizzante attraverso la sistematica costruzione e imposizione di specifici repertori diagnostico-terapeutici necessari in primo luogo alla definizione di cosa, di volta in volta, sia da considerarsi sano/normale/adeguato e, viceversa, malato/anormale/inadeguato (Potts et al., 2004). Proprio la ricostruzione foucaultiana individua nella confessione cristiana, prima, e successivamente nello sviluppo delle tecnologie mediche, le tecniche principali di produzione di discorsi di verità sulla sessualità all'interno della società occidentale. Rientrano nel secondo caso, anche le procedure tipiche della psicologia “che altro non sono, in ultima analisi, che la 'scientificizzazione' della confessione” (Boni, 2004: 149; cfr. Foucault, 1976/2010; Furedi, 2004; Illouz, 2008). Saperi esperti di vario genere, dunque, tutti accumulati dallo “sguardo clinico” sui corpi (e sulle menti) degli individui, a partire dal XVIII secolo, si sono posti a capo dell'opera di normalizzazione degli esseri viventi, misurandoli sulla base della loro capacità di conformarsi ai requisiti normativi delle strategie disciplinari.

In quest'ottica quindi “la sessualità scientificamente misurata viene a coincidere con la definizione della norma sessuale” (Tiefer, 2004: 41; cfr. Potts et al., 2004) dal momento che, per quanto riguarda il campo di conoscenza proprio della sessualità, lo sviluppo della scienza moderna nella società occidentale ha, in primo luogo, fornito precisi modelli di funzionamento normativi che partono dal presupposto che esista una sessualità naturale, universale e conoscibile attraverso un procedimento empirico. Basti pensare allo *Human Sexual Response Cycle* (HSRC) sviluppato negli anni '60 da Master e Johnson (1966; 1970) che, insieme agli studi di Kinsey, rappresenta uno dei tentativi pioneristici, ma comunque di grande impatto, di misurazione delle condotte sessuali e che è tuttora alla base di gran parte della nosologia sessuologica sia di stampo medico che psicologico. Successivamente rivisitato, in particolare grazie al lavoro della sessuologa Helen Singer Kaplan (1974, 1975), questo modello rappresenta uno dei principali standard sulla scorta del quale ancora oggi si decretano le opposizioni fra sano/malato, normale/anormale, funzionale/disfunzionale in ambito sessuale. Come infatti sottolinea Tyler (2011: 119; cfr. Tiefer, 1996; 2004; Jannini et al., 2002; Potts et al., 2004; Frith, 2015), “all editions of the DSM since 1980 have maintained some mix of Kaplan’s model with that of Masters and Johnson”.

Senza perdersi in una discussione critica approfondita circa la costruzione di tale schema di funzionamento sessuale³⁴, si vuole in questo contesto più che altro delinearne la sua configurazione in una serie di sequenze o fasi psico-fisiologiche ognuna caratterizzata da precise reazioni a livello neurologico, vascolare e muscolare: eccitamento, plateau, orgasmo, risoluzione, a cui si deve aggiungere, nella revisione kaplaniana, la fase preliminare del desiderio³⁵, inteso come un responso fisiologico largamente controllato dagli ormoni ma comunque soggetto a potenziali influenze di ordine psicologico (Tyler, 2011: 120). Tale modello, sulla base della sua presunta maggiore scientificità derivante dalle misurazioni “quantificabili” e “oggettive” delle risposte fisiologiche durante l'amplesso, configura la “norma” del rapporto sessuale in termini meramente meccanici, secondo uno schema progressivo di stimolo-risposta. “Any departure from the 'norm', as determined by the medical perspective – commenta Potts (et al., 2004: 490) – enters ‘the realm of the pathological, not the worlds of ‘difference’”. Di conseguenza:

Constancy is presumed to represent normalcy, while fluctuations and deviations are rendered abnormal or indicative of ‘disease processes’. This is also apparent in the uncritical application of the human sexual response model; ‘healthy’ and ‘normal’ sexual experience is restricted to an individual’s correct physiological progression through the various stages of the cycle.

Così, la concezione di quella che attualmente viene considerata essere una funzione sessuale psico-fisiologicamente normale, sana, basata su visione naturalistica e universalistica della sessualità, è profondamente influenzata da un modello di funzionamento che, a ben vedere, contiene una definizione piuttosto ristretta – eteronormativa e fallocentrica – di normale rapporto sessuale “completo”, che comprende (e si limita ad) un coito penetrativo culminante nell'orgasmo, innescato da un desiderio sessuale inteso come un bisogno naturale

34 Per la quale si rimanda ai lavori della Tiefer ed in particolare alla raccolta di saggi “Sex is not a natural act & other essays” (2004)

35 Per la precisione la Kaplan (1974; cfr. Tyler, 2011) sviluppa un modello trifasico della risposta sessuale composto da desiderio, eccitamento e orgasmo.

e non problematico³⁶, una passione naturale solitamente giudicata più forte negli uomini³⁷ (Potts, 2000a; 2000b; Marshall, 2002; 2006; Tiefer, 2004; Potts et al., 2004; Tyler, 2011; Frith, 2015).

Tutto ciò ha contribuito a definire l'adeguatezza, e viceversa l'inadeguatezza, di istinti e comportamenti sessuali, considerati sempre di più come il nucleo irriducibile dell'identità di genere³⁸ (Tiefer, 2004; Johnson, 2010; Frith, 2015). Inoltre, al giorno d'oggi “sexual health correlates so much with general health that the former can be considered an efficient marker of the latter” (Jannini et al., 2009a: 2643). Così, attraverso la demarcazione sempre più netta dei confini del concetto di salute sessuale (OMS, 1974), il sesso è stato (ri)concettualizzato come una dimensione imprescindibile non solo di uno stile di vita sano (Jannini et al., 2009a) ma anche come fonte di benessere e realizzazione personale (e identitaria) lungo tutto il corso della vita³⁹ (Potts, 2002; Marshall, 2006; Cacchioni, 2015; Frith, 2015).

Le persone sono quindi attivamente incoraggiate a ricorrere ad un intervento terapeutico se non si sentono sessualmente gratificate o comunque conformi al modello di normalità sessuale sancito clinicamente. “Sex is increasingly reframed as 'work' requiring effort, knowledge and skill” commenta Frith (2015) e così, parallelamente all'inflazione delle aspettative circa le performance sessuali, la fusione tra i concetti di sessualità e salute sta ad

36 “Masters and Johnson's (1966: 127) human sexual response cycle epitomizes the medicalized sexuality of universal human capacities, tendencies, and functions. They observed and reported a supposedly orderly and invariant sequence of neurogenital physical changes (vasocongestion, myotonia, and orgasm) which they claimed was the result of “a drive of biologic origin deeply integrated into the condition of human existence”. Kaplan (1974: 5) agreed that the universal sexual pattern was derived from evolution, “the object of which is to prepare the bodies of two mates for reproductive union”. This combination of assumptions and observations generated alleged universal, biological, sexual norms which have formed the backbone of contemporary sexology” (Tiefer, 1996:7)

37 Il modello dello HSRC è stato ampiamente criticato per essere esageratamente settato sul funzionamento fisiologico maschile (Tiefer, 2004; Tyler, 2011; Frith, 2015). In alternativa sono stati sviluppati altri modelli specifici per la risposta sessuale femminile, come quello della psichiatra e ginecologa Basson (2005: 44) la quale, rifiutando il modello simmetrico per i due sessi di Master e Johnson, sostiene che l'esperienza del desiderio sessuale femminile sia profondamente diversa da quella maschile poiché, anziché precedere la fase di eccitazione sarebbe “innescata” solo dopo la stimolazione sessuale. Pur riconoscendole il merito di contribuire ad una visione maggiormente contestualizzata delle esperienze sessuali, anche questo modello è stato criticato per una eccessiva naturalizzazione delle differenze di genere dal momento che, di fatto, “normalizes an active male sex drive and a passive but amenable female sex response” (Cacchioni, 2015; cfr. Tyler, 2011; Frith, 2015).

38 “Heterosex is a key practice through which boys/men negotiate their place in relation to hegemonic masculinity and girls/women negotiate femininity” (Frith, 2015).

39 A questo proposito Potts (2002: 56) parla di “compulsory sexuality” e Przybylo (2011: 446) di “sexuosociety” (cfr. Cacchioni, 2015)

indicare che le condotte della vita intima sono sempre più dominate da un vero e proprio “imperativo” clinico all'interno del quale le autorità mediche e psicologiche si configurano come i *gatekeepers* legittimi poiché possessori del privilegio ermeneutico sulla conoscenza (diagnostica e terapeutica) nel campo della salute sessuale (Furedi, 2004; 2006; Tiefer, 2004; 2007; Cacchioni, Tiefer, 2012; Wardrope, 2014). “The general consensus among these practitioners is that heterosexuality should be worked upon, honed, improved, and mastered through skill building and mental and physical discipline” osserva Cacchioni (2015) evidenziando come in questo contesto ci si possa sentire spinti a rivolgersi ad un professionista della salute per intraprendere un vero e proprio “lavoro” sessuale ed emotivo volto a disciplinare le proprie reazioni psico-fisiche in accordo con standard secondo i quali l'insoddisfazione, la mancanza di interesse nel sesso o l'incapacità di essere correttamente performanti vengono definite come disfunzionali e patologiche (Duncombe, Marsden, 1996; Marshall, 2002; Tiefer, 2004; 2007; Jackson, Scott, 2010; Tyler, 2011; Cacchioni, 2015; Frith, 2015).

Pertanto, una delle modalità con cui si è espressa la medicalizzazione della sessualità è quella che Conrad (2007) definisce come patologizzazione dell'*underperformance* (sessuale) profondamente connessa con le pratiche di genere (West, Zimmerman, 1987) che si concentrano, in questo caso, con la normativizzazione dell'adeguatezza della performance sessuale, dal momento che, come nota Frith (2015) “the meaning of orgasm is heavily gendered, and that the ‘doing’ of orgasm has a bearing on the ‘doing’ of masculinity and femininity”.

Un ruolo essenziale in queste dinamiche è giocato senza dubbio dai farmaci orali che, in questo contesto, si configurano a tutti gli effetti come “lifestyle drugs”, dall'avvento rivoluzionario del Viagra nel 1998 alla più recente approvazione della sua presunta controparte per le disfunzioni sessuali femminili, non a caso immediatamente ribattezzata come il “Viagra rosa” (Cacchioni, 2015). Da questo punto di vista si può sostenere, insieme a Tiefer (2007), che il successo del Viagra – uno dei primi *lifestyle drugs* – abbia letteralmente aperto la strada alla sessuofarmacologia: “it is really only because Viagra proved so successful that pharmaceutical companies have been willing to get involved with as controversial and political a subject as sex”.

Tali dispositivi terapeutici, contenendo solitamente al loro interno un doppio potenziale di terapia e ottimizzazione, hanno una profonda influenza sulla costruzione della domanda e dell'offerta per questo tipo di prodotti e dunque sulla stessa definizione dei repertori diagnostico-terapeutici che ne presuppongono la prescrizione e la commercializzazione. “Sexuopharmacology has emerged as a key element in sexual life” (Tiefer, 2007) sostiene Tiefer e insieme a lei all'unanimità gli studiosi che si sono occupati di studiare, su più fronti, l'impatto dei processi di farmaceutizzazione nell'ambito della sessualità.

Centrale all'interno di questa prospettiva è l'idea dei “sexuopharmaceuticals” (Tiefer, 2007; 2008) come oggetti culturali di genere che offrono, attraverso i modi in cui vengono prodotti, commercializzati, prescritti e consumati, la promessa di poter di performare un'identità sessuale e di genere adeguata e di successo (Mamo, Fishman, 2001; Tiefer, 2007, Preciado, 2008; Ferrero Camoletto, Bertone, 2016).

Secondo Woolgar (1997: 93; cfr. Johnson, Åsberg, 2012) infatti, “technologies are developed with very particular users (or consumers) in mind”⁴⁰ ma, allo stesso tempo, puntualizza Fishman (2017: 390), è necessario tenere in considerazione “the ways technologies not only are built with scripts for users but also the ways users might *de-script* their intended meaning”. Ne deriva dunque che i corpi sono cambiati ma, allo stesso tempo, influenzano profondamente lo sviluppo dell'innovazione tecnologica, come emerge chiaramente all'interno del filone di ricerca dei *Viagra Studies* che riprende queste considerazioni applicandole al rapporto tra le dimensioni di genere e sessualità e lo sviluppo dei *sexuopharmaceuticals* come il Viagra:

“Therefore, neither the development nor the diffusion of Viagra are intrinsic properties of the technology itself, but rather are socially inscribed and ‘interpretively flexible’ from the point of view of both the designers and users of it (Pinch and Bijker, 1984), and by everyone else in between (Clarke, 1990; Clarke and Montini, 1993; Garrety, 1997). Even after the scripts of a technology are ‘built-in’ (Akrich, 1992), and often interpreted by users who understand and make sense of the technology through the dominant meanings inscribed on it, the technology’s meanings and uses are not fixed or ‘stable’ (Clarke and Fujimura, 1992). Users can modify or subvert a technology’s intended meaning or ideal use (Moore, 1997). We understand Viagra as developed and marketed with particular users and actions in mind (Akrich, 1987), but which, in the hands of users, can be reinterpreted and resisted (Bijker, 1987; Cowan, 1987)” (Mamo, Fishman, 2001: 13; cfr. Grace et al., 2006; Tiefer, 2007; 2008; Preciado, 2013).

40 Rifacendosi al lavoro di Woolgar in ambito STS, Mamo e Fishman (2001: 19) su questo punto sostengono: “the designer’s preconceived ‘ideal’ user becomes ‘configured’ into the final projects of technologies that thereby affect users’ interaction with them”.

Con l'avvento dei farmaci orali per le disfunzioni sessuali si fa ancora più stretto quindi il rapporto, circolare e reciproco, fra il processo di medicalizzazione e la (etero)normatività delle identità sessuali e di genere attraverso la diffusione di un preciso “sexual function script”⁴¹ (Tiefer, 2007; cfr. Gagnon, Simon, 1973; Kimmel, 2007):

The result is a narrowing and freezing of acceptable sexual performance into a sexual function script of frequent sexual activity, regular erections 'sufficient for intercourse', no delayed or premature orgasm/ejaculation, regular vaginal lubrication, absence of pain, and reliable orgasm. Such a function script becomes the standardized norm for successful sexuality and is treated as if it were universal, built-in, involuntary, and necessary essay for health, like breathing or urination. The language of pleasure, emotional intimacy, sensuality, playfulness or self-expression is completely absent. No inquiry is made about expectations or education. Sexual function is assumed to be hard-wired (Tiefer, 2007: 244; cfr. Cacchioni, 2015; Frith, 2015)

Questo processo di persistente co-costruzione tra diagnosi, trattamenti, giurisdizioni professionali e soggettività incorporate è particolarmente evidente nel campo della salute sessuale maschile, soggetto ad un imponente processo di medicalizzazione focalizzato in maniera preponderante verso la patologizzazione di quegli aspetti che, limitando la possibilità di compiere un sano/normale/adeguato rapporto sessuale completo, limitano anche la possibilità di esperire la performance di una maschilità (egemonica) di successo (Connell, 1995/1996; 2009/2011; Connell, Messerschmidt, 2005; Potts, 2000a; 2000b; 2002; 2005; Ferrero Camoletto, Bertone, 2016; Johnson et al., 2016).

2.1 La patologizzazione dell'underperformance maschile

La medicalizzazione è indubbiamente uno dei processi centrali nella costruzione dei significati basilari della maschilità contemporanea.

Ciononostante, se si dovesse condurre una generica meta-analisi della letteratura

41 Il concetto di copioni sessuali (culturali) è mutuato da Gagnon e Simon (1973; cfr. Kimmel, 2007). Con esso si identificano quegli scenari culturali che forniscono, a livello collettivo, istruzioni generali per le condotte sessuali, definendo attori, contesti e azioni che vengono considerati socialmente appropriati.

sull'argomento, a partire dall'emersione del concetto negli anni Settanta fino ai più attuali sviluppi sulla pharmaceuticalizzazione e sulla biomedicalizzazione, si potrebbe facilmente cadere nell'errore di credere che la maschilità sia riuscita, fino a tempi recenti, ad eludere una categorizzazione ed una regolazione di tipo medico. Per quanto infatti il processo di medicalizzazione della società sia stato più che pervasivo in pressoché tutte le configurazioni di pratiche incorporate, la maggior parte degli studi in questo campo ha trattato il fenomeno nelle sue manifestazioni più generali. Non si è quindi dato molto peso alle differenze di genere oppure queste ultime sono state tematizzate esclusivamente in chiave femminile, come nota Connell (2012: 1676, corsivo mio) riferendosi in generale al campo degli studi sulla salute: “Men and boys appear mainly as the statistical norm, or the privileged category. *Categorical thinking thus underlies a very widespread problem in the health literature, where gender is named, but actually women are spoken about*”.

Così, l'uomo e la maschilità sono spesso stati omessi dalle ricerche in questo ambito. Relativamente di recente anche il rapporto della Commissione Europea “The State of Men's Health in Europe” (2011: 92) ha riconosciuto una generale penuria di studi sulla maschilità e sulla gestione della salute maschile da un punto di vista sociologico⁴². Sono invece numerosi gli studi, soprattutto di matrice femminista, incentrati sull'applicazione di significati e pratiche medicalizzate sul corpo femminile, ritenuto più vulnerabile rispetto a quello maschile ad una sorveglianza e controllo medico. Questa preponderante vulnerabilità⁴³ deriverebbe,

42 “The literature search for the completion of this report has highlighted that there is only a relatively recent focus on men and their health, with a short time frame of activity to really develop a good understanding of men and their relationship to their physical and mental health and wellbeing. There are many unanswered questions, for instance, how does ‘masculinity’ and the heritage of male socialisation processes over the generations influence men’s health behaviour, and how are men’s changing roles in a post industrial society influencing their health patterns? These are tied in closely with the question of how the social determinants of health impact on men and whether these differ from their effect on women. It would appear from the scope and complexity of the data covered in this report that a field of practice and academic endeavour around the emerging field of men’s health is warranted, in a similar way to that seen around the field of ‘women’s health’. There would also seem to be scope for much more deconstruction of men’s physical and mental health before we can fully begin to understand what is happening”

43 In merito alla constatazione della maggiore vulnerabilità delle donne (Rosenfeld, Faircloth, 2006: 9), rispetto agli uomini, davanti alle pratiche medicalizzanti che storicamente sono state applicate sul corpo femminile con finalità di regolamentazione e disciplinamento delle sue naturali funzioni e diversità, Foucault (1976/2010: 92-93, corsivo mio) scrive: “l'isterizzazione del corpo della donna, [quel] triplice processo con il quale il corpo della donna è stato analizzato – qualificato e squalificato – come corpo integralmente saturo di sessualità, con il quale questo corpo è stato integrato, *per effetto di una patologia che gli sarebbe intrinseca*, al campo delle pratiche mediche; con il quale infine è stato messo in comunicazione organica con il corpo sociale (di cui deve assicurare la fecondità regolata), lo spazio familiare (di cui deve essere elemento essenziale e funzionale) e la vita dei figli (che produce e che deve garantire grazie ad una responsabilità

innanzitutto, dalla secolare subordinazione strutturale delle donne rispetto agli uomini, dal ruolo storicamente femminile di *caregiver* ma, soprattutto, sarebbe legata alla maggiore visibilità esterna degli attributi e processi fisici femminili che avrebbe causato la medicalizzazione delle funzioni ordinarie, fisiche e psicologiche, della donna in contrasto con la medicalizzazione delle condizioni e degli atti ritenuti esclusivamente devianti nei soggetti maschili. Il corpo maschile nella sua ordinaria funzionalità, il suo carattere per certi versi chiuso e capace di auto-controllo, viene quindi inteso come la norma fisica su cui andare a confrontare e misurare il corpo femminile, specularmente anomalo e deviante nel suo essere aperto e succube di una ciclicità che ne aumenterebbe l'instabilità e la fragilità (Riska, 2003; Blech, 2006; Conrad, Szymczak, 2006: 109; Rosenfeld, Faircloth, 2006: 9-10; Fishman et al., 2017: 386-387).

Come ricordano Ferrero Camoletto e Bertone (2016: 22), rispetto alla diffusione estensiva del *clinical gaze* (medico e psicologico) sul corpo femminile, “il corpo maschile è stato oggetto di sorveglianza medica quando trasgrediva il modello di normalità previsto, mettendo a repentaglio lo stesso status di “vero uomo”⁴⁴. Eppure, continuano le autrici, “anche nella normalità dell'uomo comune si nasconde una minaccia di devirilizzazione” proprio “legata alle fragilità della sua sessualità” (Ferrero Camoletto, Bertone, 2016: 23). Ed è principalmente su questa fragilità che sembra essersi sviluppato il sistema di significati e pratiche dell'imperativo terapeutico che svolge quindi un ruolo centrale nella costruzione della maschilità, soprattutto attraverso la simultanea medicalizzazione dell'invecchiamento e dell'underperformance sessuale (Rosenfeld, Faircloth, 2006).

All'interno della cultura occidentale, l'identità e l'autostima maschile eterosessuale si basano infatti su una ideologia egemonica fallocentrica che si traduce metaforicamente in una relazione sineddocale di identificazione tra l'uomo e il suo membro e si esplica attraverso l'erezione, la capacità di procreare, l'elevata frequenza dei rapporti e la latenza eiaculatoria

biologico-morale che dura per tutto il periodo dell'educazione): la Madre, con la sua immagine in negativo che è la “donna nervosa”, costituisce la forma più visibile di questa isterizzazione”. Ed è proprio forse per effetto di una patologia che le sarebbe intrinseca che attualmente la maggior parte dei periodi critici che la donna si trova, naturalmente, a dover gestire nel corso della sua esistenza sono considerati problemi clinici: la pubertà, la gravidanza, il parto, il ciclo mestruale e chiaramente anche la menopausa (Blech, 2006: 145-176).

⁴⁴ Si pensi, per esempio, a cavallo del Novecento, al lavoro di classificazione medica dei “tipi perversi” - uomini dalla sessualità malata (omosessuali, onanisti, sadici, ecc) sulla cui categorizzazione è stata costruita per contrasto la sessualità normale, e quindi la maschilità adeguata. (Krafft-Ebing, 1965; Ferrero Camoletto, Bertone, 2016)

(Rifelli, 2010: 45). Il pene viene quindi collegato metonimicamente al fallo, luogo simbolico di una virilità “infallibile” (Rifelli, 2010), simbolo di potere, autorità, virilità, resistenza, solidità, controllo, prestanza fisica e sessuale (Tiefer, 2004; Potts, 2000a; Carpiano, 2001).

Così, se la virilità sessuale è un requisito fondamentale del ruolo maschile, ne consegue che l'impotenza sessuale, caratterizzata da un “polimorfismo sintomatologico e comportamentale” (Rifelli, 2010: 48) che vede nel deficit erettile e nell'eiaculazione precoce le sue condizioni più (statisticamente) rilevanti, equivale ad una vera e propria perdita della mascolinità eterosessuale: “il valore semantico del termine [impotenza] trascende la semplice assenza dell'erezione o di orgasmo per investire il significato stesso dell'essere uomo (o donna)” (Rifelli, 2010: 51; cfr. Potts, 2000a; Carpiano, 2001; Gavey, 2006).

Il processo di patologizzazione, soprattutto in chiave medicalizzata e farmacologizzata delle forme di *underperformance* maschile, come si vedrà, ha senza dubbio contribuito ad una potenziale destigmatizzazione della “svirilità” (Rifelli, 2010), simbolica e allo stesso tempo tangibile, del fallo inadeguato, eppure le principali obiezioni che si sono sviluppate soprattutto all'interno della cornice femminista (Potts, 2000a; 2000b; Mamo, Fishman, 2001; Marshall, Katz, 2002; Tiefer, 2004; 2007; 2012; Gavey, 2006; Ciccone, Mapelli, 2012; Cacchioni, 2015) ma non solo, riguardano il fatto che gran parte delle definizioni di malattia e degli strumenti terapeutici di cui oggi si dispone si basano su e vengono applicati in osservanza del “modello androcentrico” (Rifelli, 2010). Con tali repertori diagnostico-terapeutici, al giorno d'oggi in larga parte farmacologizzati, “si cerca di invertire la rotta della crisi partendo dal fallo fallato per recuperare il fallo infallibile” (Rifelli, 2010: 19).

2.1.1 Breve storia dell'impotenza

“L'uomo [ha] paura dell'impotenza non tanto perché potrebbe privarlo del piacere, ma perché gli impedirebbe di essere in grado di agire come un uomo dovrebbe” ribadisce a tal proposito McLaren (2009: 9-11) autore di una interessante ricostruzione sulle rappresentazioni storiche

del deficit erettile usate come “espediente euristico per riesaminare la storia della sessualità occidentale”. McLaren mette in particolare evidenza le modalità attraverso cui la patologizzazione della sessualità si relaziona a precisi ideali di genere. Per quanto l'autore si focalizzi solo sul disturbo dell'erezione, le sue intuizioni valgono in generale per tutte le forme di inadeguatezza sessuale maschile, compresa dunque l'eiaculazione precoce, che mostra forse in maniera ancora più netta la sua dipendenza dalle aspettative sociali e convenzioni culturali tipiche della contemporaneità.

Nel corso delle varie epoche le presunte cause dell'impotenza⁴⁵ hanno subito importanti variazioni e così il suo impatto a livello socio-culturale. In accordo con quanto sostenuto da Mumford, un'analisi diacronica del concetto di impotenza “non solo rivela la contingenza storica del comportamento sessuale maschile ma mostra anche con particolare chiarezza le relazioni di potere che determinano uno specifico sistema sessuale” (Mumford, 1992: 34).

Come osserva Tomassetti (2014: 25-26), è rilevante sottolineare che nella mitologia greca, qui intesa allo stesso tempo come “psicologia dell'antichità” (Hillman in Tomassetti 2014: 25) e come culla della cultura occidentale, non si faccia riferimento alla durata del rapporto sessuale o ai tempi eiaculatori dell'uomo, mentre sono frequenti i richiami alla potenza del fallo eretto. Si potrebbe dunque affermare – ne deduce Tomassetti (2014: 26) – “che la mancanza di letteratura mitologica, oltre che scientifica, sia un indice del fatto che l'EP non esisteva, o meglio non era percepita come un problema in Occidente, almeno fino alla fine dell'Ottocento, a differenza invece della disfunzione erettile, altra frequente disfunzione sessuale maschile che può essere riscontrata in tutte le epoche e in tutte le culture”.

Senza però andare necessariamente a ritroso fino all'antica Grecia, bisogna rilevare come la patologizzazione dell'impotenza sia iniziata con la nascita della sessuologia nel XIX secolo (Wienke, 2006: 47). Durante il secolo precedente, la procreazione era l'obiettivo socialmente accettato di ogni relazione sessuale e venivano meno le differenze fra sterilità e impotenza. La virilità era, perciò, indissolubilmente legata alla capacità di riprodursi. Il deficit

⁴⁵ In accordo con la lezione di Rifelli (2010), si utilizza un concetto ampio di impotenza inteso come inadeguatezza sessuale maschile e quindi, se non diversamente specificato, comprendente sia la disfunzione erettile (DE) che l'eiaculazione precoce (EP).

erettili, in quanto causa primaria di infertilità maschile, era considerato in maniera molto negativa da sgradita esperienza a comportamento inaccettabile che violava l'etica di una sessualità rispettabile, fino a segno di peccato e perversione simboleggiante una maledizione divina (Mumford, 1992: 33-36; Wienke, 2006: 31; Lauretti et al., 2016: 147-165).

Nel XIX secolo, sessualità e procreazione divennero due temi indipendenti l'uno dall'altro e il genere si impose come uno dei fattori chiave dell'identità affiancandosi a (e spesso mettendo in secondo piano) classe, status, professione, razza e religione: “in poco più di un secolo ebbe luogo un processo di costruzione di quelli che molti in Occidente ritennero caratteristiche maschili e femminili tipiche, naturali e immutabili. In particolare l'Ottocento assistette ad affermazioni estreme in favore dell'incommensurabilità dei due sessi” (McLaren, 2009: 183). Il calo del vigore sessuale venne quindi intrinsecamente collegato all'incapacità dell'individuo di affrontare le incombenze dell'uomo adulto rispettabile, con moglie e prole. Così, oltre ad una erezione non sufficiente alla realizzazione del coito, l'attenzione “clinica” veniva puntata verso le manifestazioni della risposta sessuale maschile che impedivano la riproduzione. Di conseguenza, della eiaculazione si consideravano la sua assenza, la rapidità “ante portas” e il manifestarsi indipendentemente dal coito con il conseguente “spreco” di sperma (Rifelli, 2010: 78).

Al di là dell'enfasi sui doveri riproduttivi si aggiunse in questo periodo l'enfasi sulla capacità tipicamente maschile di autocontrollo. Il modello maschile ottocentesco era infatti governato dalla ragione e dalla moderazione, mentre quello femminile dal sentimento, dall'irrazionalità che sfociava in disinibizione per le donne di basso rango. La morigeratezza era il segno distintivo degli uomini delle classi medie perché si riteneva che il corpo fosse un sistema di energia chiuso, dalle risorse limitate e che la salute si basasse sul risparmio spermatico. L'indulgere troppo nell'attività sessuale avrebbe di conseguenza condotto ad un pericoloso esaurimento delle energie fisiche, nervose e psicologiche. Se già da tempo le donne considerate sopraffatte dalla propria sessualità erano state etichettate come isteriche, nel tardo Ottocento si iniziò a ritenere che anche gli uomini, di fronte alle pressioni della vita moderna e alle frenesie dello stile di vita urbano, potessero soffrire di esaurimenti, nevrosi e debilitazioni fisiche. La “nevrastenia” era dunque un sintomo dell'eccessiva civilizzazione e forniva un legittimo alibi agli uomini delle classi medie per giustificare le proprie *defaillance*

sessuali (Mumford, 1992: 37-44; McLaren, 2009: 181-207; Ferrero Camoletto, Bertone, 2016: 23-24).

A partire dal XX secolo, il modello vittoriano di nevrasenia sessuale, da gestire con una rigida disciplina di moderazione, cedette il posto ad una concezione dell'impotenza in termini dichiaratamente psichici. Con Freud e l'elaborazione del metodo psicoanalitico venne individuata nella pulsione erotica presente in ogni individuo una forza inconscia alla base dello sviluppo della personalità: “l'ingresso nella storia di una dimensione nuova come quella dell'inconscio, per di più “sessocentrico”, fece della teoria freudiana una sorta di spartiacque fra passato ed era moderna, diventando un punto di riferimento per l'intera cultura del tempo” (Bossi et al., 2007:21). La corrente della psicanalisi si espresse in favore di uno sfogo più libero della sessualità, interpretando la nevrosi e l'inadeguatezza sessuale come derivate da profonde frustrazioni sessuali e desideri repressi, quali, per esempio, complessi edipici irrisolti.

La repressione venne perciò sempre più riconosciuta come causa di inibizione invalidante. In questo clima a prima vista più rilassato e meno moralistico il peso dell'impotenza maschile sembra, però, riversarsi di nuovo sulle spalle delle donne. Se nel XIX secolo la rispettabilità di una donna doveva quasi coincidere con la castità anche all'interno del matrimonio, nel XX secolo la sessualità coniugale assunse una dimensione più erotica, che poteva essere messa a repentaglio dalla mancanza di slancio della donna frigida. Era dunque “la donna indifferente al coito, o ancora di più, la donna ripugnata o disgustata dal coito” (McLaren, 2009: 299) a pesare davvero sul talamo nuziale. Mentre l'uomo impotente era ritenuto desideroso ma incapace di portare a termine la prestazione sessuale adeguata, la donna frigida era considerata come totalmente priva di desiderio sessuale, concezione che perdurò per decenni: negli anni Cinquanta l'*American Medical Association* stimava questa condizione in addirittura tre donne su quattro (Mumford, 1992: 48-57; Loe, 2004a: 30-31; McLaren, 2009: 259-299).

Un cambio di mentalità in questo senso arrivò solo con la cosiddetta rivoluzione sessuale fra gli anni Sessanta e Settanta. Il simbolo della modernità e della liberazione sessuale di quell'epoca, la pillola anticoncezionale, e la seconda ondata del femminismo svolsero un ruolo chiave nell'emergere di una “nuova” impotenza. Grazie all'avvento della

contraccezione orale, il sesso si poteva finalmente dissociare sia dalla riproduzione che dai difficoltosi metodi per evitarla.

Da quel momento, con la sessualità e il piacere ad essa connesso che assumono un valore centrale e affrancato dalla funzione riproduttiva, le donne diventano sessualmente più esigenti mentre gli uomini, intimiditi, sperimentano una forte ansia da prestazione e anche l'eiaculazione precoce diventa un problema a cui dare una lettura patologizzante. Mentre infatti Kinsey nella sua indagine sui comportamenti sessuali non aveva considerato l'EP come una disfunzione, attestando che il 75% degli uomini eiaculasse entro due minuti dalla penetrazione (Jannini et al., 2002: 318), al giorno d'oggi:

“è in nome dei poteri erotogeni del fallo (è in nome del fallo infallibile) che l'EP è diventato un sintomo. Fino a quando le donne oneste non avevano diritto al piacere, ma solo alla fecondazione, la rapidità del coito era considerata una abilità in quanto espressione di passione ed eccitabilità, quando però sono state legittimate le richieste sessuali della donna onesta, l'uomo per poter mantenere il suo ruolo dominante, si è visto costretto a soddisfare le esigenze e non pochi hanno così scoperto la propria inadeguatezza (Rifelli, 2010: 17)

Anche la rapidità del coito viene percepita quindi come un sintomo di malattia solo quando nasce l'idea di “prestazione sessuale” (maschile), andando a solidificare una concezione a ben vedere poco in linea con il supposto periodo di liberazione sessuale dell'epoca, ovvero quella che assegna al “maschio dominatore” la responsabilità del piacere femminile all'interno di una cornice etero-normativa che sembra lasciare uno spazio marginale per la sperimentazione di contesti alternativi al coito penetrativo.

“Non solo – fa notare Rifelli (2010: 79-81) - ma fedeli alla distinzione per la quale all'uomo compete il fare e alla donna il sentire, l'eiaculazione venne considerata indipendentemente dalle sensazioni piacevoli che ad essa si accompagnano e la sua precocità venne riferita alla inefficienza del meccanismo espulsivo [...] L'anorgasmia è infatti per molti autori di sola competenza femminile e nell'uomo se ne parla come analoga all'eiaculazione assente”.

La letteratura scientifica, ancora oggi, non sembra infatti riflettere particolarmente sul piacere maschile e favorisce una sostanziale sinonimia tra orgasmo ed eiaculazione maschile. Nella definizione del sintomo deficitario vengono infatti privilegiati altri elementi collegati alla fisiologia eiaculatoria, come il tempo e controllo del riflesso eiaculatorio. Il tema del piacere in questo contesto viene preso in considerazione solo in riferimento a quello della

partner. Master e Johnson usano il piacere femminile proprio come fattore definitorio preponderante nel momento in cui dichiarano il soggetto affetto da EP come colui che “non riesce a controllare il processo eiaculatorio per un periodo di tempo di contenimento endovaginale sufficiente a soddisfare la partner almeno nel 50% dei rapporti di coito” (Master e Johnson in Rifelli, 2010: 81; cfr. Waldinger, 2013a: 12). Tale definizione è però solo in apparenza incentrata sulla partner dal momento che è fondata sulla presunzione che, in condizioni “normali” e dunque non patologiche, l'uomo sia in grado di assicurare sempre e comunque l'orgasmo femminile attraverso il coito, trascurando completamente i fattori soggettivi femminili nel raggiungimento dell'orgasmo e privando così la donna di ogni forma d'individualità (Potts, 2000b; Tiefer, 2004; Rifelli, 2010; Tomassetti, 2014; Cacchioni, 2015; Frith, 2015).

Durante questi decenni, come si è sottolineato, vengono condotti importanti studi clinici che si focalizzano sulle implicazioni e sugli esiti prettamente fisici del rapporto sessuale. Si ricordano ovviamente le ricerche di Kinsey degli anni Cinquanta che, sebbene altamente selettive e poco rappresentative, servirono a rendere conto dell'eterogeneità delle condotte sessuali in America e il già citato modello del “Ciclo di risposta sessuale” elaborato nel 1966 da Master e Johnson sulla base della misurazione delle reazioni fisiologiche durante l'atto sessuale penetrativo. Pur sostenendo di aver fornito la prima spiegazione scientifica del rapporto sessuale - dal momento che ogni fase coincideva con eventi fisici concretamente osservabili e misurabili quali la variazione del flusso sanguigno, la contrazione e il rilassamento dei tessuti, la secrezione di fluidi nell'area genitale e l'aumento della frequenza cardiaca - i due scienziati, così come del resto anche Kinsey un decennio prima, continuarono ad ascrivere ad una matrice psicologico-comportamentale le cause delle disfunzioni sessuali, ovvero delle deviazioni dal sovra citato modello. Così mentre l'impotenza erettile venne addirittura inserita nel 1952 nella prima edizione del DSM fra i disturbi di tipo psicogeno, l'EP era invece considerata un comportamento appreso di tipo inadeguato e, per entrambe, si proponeva una terapia di tipo psico comportamentale rivolta alla coppia (Loe, 2004a: 30-31; Katz, Marshall, 2004: 66; McLaren, 2009: 345-374).

Fino alla fine degli anni Settanta almeno l'impotenza veniva, così, ritenuta derivante da problemi di natura psicologica in almeno il 90% dei casi, mentre soltanto il 10% veniva

ricondotto a cause fisico-organiche. A partire dalla metà degli anni Ottanta, si è assistito, per entrambe le problematiche, ad un vero e proprio cambio di paradigma caratterizzato da un forte riduzionismo eziologico biomedico. Tale passaggio eziologico è stato ampiamente favorito da (ed ha allo stesso tempo sostenuto) un parallelo mutamento di paradigma terapeutico in senso tecno-scientifico. Alla luce di quanto descritto finora, appare evidente, dunque, che la chiave per comprendere la struttura del processo della medicalizzazione ruoti proprio attorno al meccanismo definitorio (Conrad, 2007).

Sul versante dell'eiaculazione precoce, Waldinger (2013a: 5-19) ricostruisce a partire dai primi del '900 il percorso definitorio di tale problematica in quattro distinti periodi tutti caratterizzati da differenti paradigmi tecnico-professionali. Oltre ad una comprensione di tale problematica nei termini di neurosi e disordine psicosomatico (fino agli anni '50) e, successivamente, come comportamento appreso, dagli anni '90 in poi, grazie allo sviluppo della ricerca farmaceutica nel campo della neuropsichiatria e della genetica, la rapidità eiaculatoria viene in parte attribuita a fattori genetici e squilibri neurochimici:

“Our understanding of PE has evolved from the initial premise that PE was a psychosexual disorder to a new understanding. we now believe that ejaculatory latency is a genetically determined biological variable and that some men are born with a genetic propensity to ejaculate rapidly. In parallel with this new understanding, the way we classify, define, evaluate, diagnose and treat PE has undergone a paradigm change [...] the PE treatment paradigm, previously limited to a behavioral psychotherapy, has now expanded to include drug treatment” (McMahon, 2013a: 3).

Tuttavia, come sottolinea Jannini (2013) in una recente pubblicazione, proprio per il caso della EP, non si può parlare di un pieno traguardo ottenuto dal paradigma biomedico. Si attesta infatti tuttora “mancanza di una definizione univoca e problemi metodologici negli studi pubblicati in letteratura” (Bettocchi, 2010: 34) che sembrano condurre a spiegazioni ancora probabilistiche, e non supportate su larga scala, circa le diverse e probabili cause fisiche in gioco:

Classically, PE was thought to be psychologically or interpersonally based, due in large part to anxiety or conditioning toward rapid ejaculation based on rushed early sexual experiences. Over the past two decades, somatic and neurobiological etiologies for early ejaculation have been hypothesized. Myriad biological factors have been proposed to explain PE including: hypersensitivity of the glans penis, robust cortical representation of the pudendal nerve, disturbances in central serotonergic neurotransmission, erectile difficulties and other sexual comorbidities, prostatitis, detoxification from prescribed medications, recreational drugs, chronic pelvic pain syndrome (CPPS), and thyroid disorders. It is noteworthy that none

of these etiologies has been confirmed in large scale studies (Althof, 2014: 1397)

Una definizione eziologica unitaria o comunque largamente condivisa sembra essere ancora lontana dal trovare un ampio consenso tra gli addetti ai lavori, impedendone quindi una espansione diagnostica tale da supportare una netta e maggioritaria svolta terapeutica in senso (psico)-farmacologico⁴⁶: “despite the large and ever-growing production of clinical reports and basic findings, some doctors still believe that the etiology of PE is unknown [...] then the idea that 'no etiology = no diagnoses' is another reason that PE is not a high priority for doctors” (Jannini, 2013: ix).

L'EP dunque manca tutt'oggi di una interpretazione maggioritaria e trainante. Come notano Serefoglu e colleghi (2014: 1426-1427), il dibattito aperto dal tentativo di bilanciare fra loro criteri diagnostici che si spostano sul continuum oggettività/soggettività sembra risalire fino ai tempi di Master e Johnson:

In spite of their noteworthy accomplishments, Masters and Johnson's definition was seriously flawed in that the diagnosis was determined by the female partner's response rather than the sexual function of the man. Additionally, their rejection of the ejaculation time criterion has led to a debate on “objective criteria” and “subjective criteria” for PE. Typical “objective” criteria include the ejaculation latency time and the number of penile thrusts. “Subjective” criteria are measures of selfefficacy including “diminished feelings of control” and “ejaculation at moments without wishing it.”

Con riferimento alle più recenti definizioni prodotte da diversi Consensus Committee internazionali – dalle ultime versioni del DSM⁴⁷ all'ISSM⁴⁸ (2013) – si nota infatti come i parametri diagnostici/definitivi più utilizzati varino da un tentativo di “misurare” la precocità in termini di durata della latenza eiaculatoria intravaginale (circa < 1-2 minuti con una “normalità” attestata intorno ai 5-6 minuti) o di numero di spinte (< di 20) a definizioni che sottolineano l'importanza di elementi più soggettivi, e per questo non quantificabili, come l'assenza di controllo sul riflesso eiaculatorio e il senso di frustrazione generato dalla mancata soddisfazione, del/della partner e quindi della coppia (Waldinger, 2007; 2008; McMahon, 2013b; Althof et al., 2014; Graziottin, Jannini, 2014; Serefoglu et al., 2014; Frith, 2015;

46 Come si vedrà i principali farmaci impiegati per il trattamento della EP appartengono alla classe degli psicofarmaci SSRI.

47 Nello specifico sono state prese in considerazione il DSM-IV-TR (2000) e il DSM-V (2013) in Althof et al. 2014 (cfr. Graziottin, Jannini, 2014)

48 *International Society for Sexual Medicine*

Shechter et al. 2016).

Mentre i primi criteri (tempo e numero di spinte) vengono criticati principalmente dai sessuologi di matrice psicologica (cfr. Althof et al., 2014) perché il loro accertamento, considerato troppo intrusivo, va ad interferire con la spontaneità che di solito caratterizza gli incontri sessuali intimi⁴⁹; gli specialisti medici, soprattutto urologi e neuropsichiatri, sembrano non sentirsi particolarmente a proprio agio con i restanti parametri ritenuti troppo arbitrari e non supportati da conferme *evidence based* (Waldinger, 2007; 2014; McMahon, 2013b; Serefoglu, 2013; Shechter et al. 2016).

Sarebbero soprattutto le definizioni del DSM a scatenare maggiori critiche⁵⁰, per quanto infatti nell'ultima versione (DSM-V, 2013) si sia effettivamente introdotto il parametro del tempo (“approssimativamente entro 1 minuto”), non presente nelle versioni precedenti, rimane comunque forte il riferimento ad una interpretazione soggettiva del problema descritto come una “eiaculazione che in maniera persistente o ricorrente si verifica [...] prima che l'individuo lo desideri” (Graziottin, Jannini, 2014: 10; cfr. McMahon, 2013b; Althof et al., 2014).

Così, l'equazione messa in luce da Jannini - “no etiology = no diagnoses” - la dice lunga sulla incertezza diagnostica che ancora attualmente circonda questa problematica e che, secondo Frith (2015) è indice di una disputa giurisdizionale tuttora in atto circa i criteri terapeutici più adatti da utilizzare per la sua risoluzione:

“these definitions are highly contentious as powerful groups with vested interested (including urologists, pharmaceutical companies and psychologists) jostle to positions PE as mental disorder requiring psychological intervention or a sexual dysfunction requiring medical intervention”.

L'azione della *definitional issue*, identificata da Conrad (2007) come al centro dei processi di medicalizzazione, è particolarmente evidente anche per quanto riguarda i problemi di erezione.

49 La tecnica principale di misurazione consiste nel cronometrare il tempo di latenza eiaculatoria intravaginale (IELT): “Stopwatch measures of IELT are widely used in clinical trials and observational studies of PE, but have not been recommended for use in routine clinical management of PE. Despite the potential advantage of objective measurement, stopwatch measures have the disadvantage of being intrusive and potentially disruptive of sexual pleasure or spontaneity (Althof et al., 2014: 1401)

50 McMahon (2013b: 59) scrive a proposito della definizione del penultimo DSM (IV-TR): “the DSM definitions are primarily conceptual in nature, vague in terms of operational specificity, multi-interpretable, fail to provide any diagnostic IELT cut-off points and rely on the subjective interpretation of these concepts by the clinician”

Gli anni Ottanta hanno infatti visto l'emergere di un nuovo paradigma, sia a livello medico-scientifico che a livello socio-culturale più ampio, che ha gradualmente marginalizzato e ignorato il modello psicologico a favore di una ridefinizione dell'impotenza erettile in termini di “disfunzione erettile” avente cause fisico-organiche residenti nella meccanica del sistema vaso-circolatorio del corpo, promossa dal “nuovo gruppo di esperti” (Loe, 2004a: 38) composto da urologi, andrologi e da tecnici biomedici.

Le implicazioni di questo cambio di prospettiva e pratica medica furono notevoli. Basta dare un'occhiata ai testi di urologia di quel periodo, infatti, per rendersi conto della crescente attenzione dei medici verso questo disturbo. Come sottolinea McLaren (2009: 394-395; cfr. Loe, 2004a; 2006; Katz, Marshall, 2004; Tiefer, 2004; 2016; Wienke, 2006; Conrad, 2007;):

“la terza edizione del *Campbell's Urology* del 1970 dedicava soltanto una pagina all'impotenza e quattro alla masturbazione; nella quinta edizione, del 1986, il dibattito sulla masturbazione era terminato e vi erano invece trenta pagine relative all'impotenza; la sesta edizione, del 1992, dedicava cinquanta pagine all'argomento; e la settima, nel 1998, consacrava centodiciotto pagine a quella che ora veniva definita disfunzione erettile”

La nuova definizione “idraulica” del disturbo erettile non servì solo a metterne in primo piano l'eziologia clinico-fisiologica, ma ne permise anche un'espansione diagnostica molto più ampia. Il termine “disfunzione erettile” venne infatti usato per la prima volta dall'eminente urologo Irwin Goldstein⁵¹ nell'ambito di uno dei primi studi sull'impotenza a venire finanziato dal governo federale, il *Massachusetts Male Aging Study* (M.M.A.S.)⁵² che durò dal 1987 al 1989 ed è tuttora considerato il riferimento mondiale nell'epidemiologia della disfunzione erettile. All'interno di questo progetto la funzionalità erettile venne collegata anche alla soddisfazione sessuale e posta all'interno di un continuum che la suddivise in una scala con diversi gradi: nessuna, lieve, moderata o severa (Loe, 2004a: 48-49; McLaren, 2009: 401). La sistematica interpretazione di questa suddivisione in gradi come ripartizione in fasi cronologiche ha finito per favorire una concezione della disfunzione erettile nei termini di malattia progressivamente degenerativa insieme all'invecchiamento⁵³ (Marshall, 2002, p. 139;

51 Diventato in seguito uno dei principali portavoce della Pfizer, casa farmaceutica produttrice del Viagra (Moynihan, Cassels, 2005)

52 Studio, condotto in 11 città degli Stati Uniti su un campione randomizzato di 1290 maschi di età compresa fra i 40 e i 70 anni (Loe, 2004a: 48-49; McLaren, 2009: 401).

53 In merito al rapporto tra medicalizzazione delle problematiche sessuali e parallela medicalizzazione dell'invecchiamento, Tiefer (2016: 36) riporta un aneddoto relativo alla conferenza dell'International

Marshall, Katz; 2002, p. 57; Tiefer, 2016: 36).

Inoltre, se con il termine impotenza (erettile) si indicava fino ad allora “semplicemente” l'incapacità di avere un'erezione, da quel momento in poi, grazie a Goldstein e alla sua équipe, la disfunzione erettile ha così universalmente riguardato “la difficoltà o l'impossibilità maschile di raggiungere e mantenere un'erezione valida per avere un rapporto sessuale completo e soddisfacente” (Simonelli, 2006; Menchini Fabris et al. 2008).

Oltre ad una evidente (etero)normativizzazione delle condotte sessuali tale per cui la dicitura “rapporto sessuale completo” implicitamente qualifica come incompleto qualsiasi atto sessuale che non abbia come fine ultimo il coito penetrativo vaginale, è interessante notare anche l'introduzione del criterio della soddisfazione sessuale. Tale parametro valutativo così soggettivo e difficilmente comparabile ha infatti dotato la definizione di disfunzione erettile di una estrema flessibilità e genericità, consentendole di abbracciare, perlomeno nella versione di disfunzione lieve o moderata, quanti più individui possibile (Tiefer, 2004; 2016). L'aver messo sullo stesso piano le esperienze sessuali insoddisfacenti e le disfunzioni erettili permise infatti allo studio di Goldstein e colleghi di sostenere che ben il 52% dei 1290 uomini intervistati soffrisse di una qualche forma di disturbo erettile, giustificando, da allora in poi, la circolazione di allarmanti statistiche, ancora ampiamente citate in studi e pubblicità, indicanti almeno 30 milioni di americani come affetti da DE⁵⁴ (Marshall, Katz, 2002: 56; Loe, 2004a: 47-52; McLaren, 2009: 401).

Dal 1993 in poi, il *National Institute of Health* americano ha raccomandato la costruzione di “appropriati strumenti per quantificare obiettivamente il grado di D.E. e per valutare i risultati dei trattamenti” (Giampietro et al., 2003: 110). Successivamente, venne sviluppato, in linea con il questionario utilizzato per l'M.M.A.S., un test sulla funzione sessuale, chiamato *International Index of Erectile Function* (IIEF-15) basato su 15 domande,

Academy of Sex Research del 1989: “durante la conferenza annuale della International Academy of Sex Research venne appeso un poster intitolato Invecchiamento sano e Funzionalità sessuale (Healthy Ageing and Sexual Function). Un diagramma rappresentava le erezioni notturne, durante il sonno, di un gruppo di volontari, uomini in salute tra i 65-74 anni. Un urologo analizzò il diagramma e disse al ricercatore, uno psichiatra: 'quindi, questi uomini non hanno erezioni notturne rigide... sono malati'. 'No' rispose lo psichiatra 'godono di buona salute e infatti continuano a fare sesso, le loro mogli hanno confermato che non ci sono disfunzioni'. 'Ma' continuò l'urologo 'le loro mogli possono essere soddisfatte, forse anche loro posso essere soddisfatti, ma dal momento che alcuni uomini in quel gruppo di età possono avere erezioni rigide, questi uomini hanno qualche disfunzionalità’”

54 *National Health Institute* (N.H.I.) *Consensus Panel* del 1993

seguito poi da una versione semplificata di 5 domande (IIEF-5) altamente usata sia dai medici come strumento diagnostico, sia dalle case farmaceutiche nelle loro attività promozionali o di sensibilizzazione. Caratteristica degna di nota in questo ambito è la presenza, accanto a domande il più possibile “oggettive” sulla funzionalità erettile, anche di domande molto soggettive sulla qualità della performance e sulla soddisfazione sessuale dell'individuo interessato, tendenzialmente generiche e ambigue e quindi possibilmente aperte a varie interpretazioni (Tiefer, 2004; Baglia, 2005; Wienke, 2006).

Le innovazioni non furono solo diagnostiche ma anche terapeutiche. Venne infatti anche sviluppata e perfezionata tutta una gamma di tecnologie e nuovi trattamenti basati sul “modello idraulico” (Loe, 2004a: 33) finalizzati a rimpiazzare i trattamenti psicologici e a permettere una “technologically-enhanced erection” (Wienke, 2006: 33): dalla *vacuum pump* agli iniziali impianti chirurgici di protesi peniene in silicone, all'individuazione delle prime sostanze vasodilatatrici che, se iniettate nel pene, provocavano un'erezione immediata.

Il primo caso risale alla scoperta degli effetti della papaverina sull'erezione fatta nel 1980 da Ronald Virag, ricercatore e chirurgo vascolare francese. Tale scoperta venne pubblicata poi nel 1982 sulla rivista scientifica *Lancet* e fece da apripista per una serie di ricerche che servirono ad aumentare la comprensione del funzionamento vascolare e fisiologico del pene. Nel 1983, per esempio, un altro ricercatore e urologo, Giles Brindley, fece scalpore al convegno dell'*American Urology Association* di Las Vegas esibendo ai suoi colleghi la propria erezione indotta chimicamente. Virag e Brindley dimostrarono agli urologi come si poteva produrre un'erezione istantanea tramite un'iniezione intracavernosa e cementarono in questo modo la svolta del paradigma. Il loro lavoro suscitò naturalmente l'interesse delle case farmaceutiche cosicché nel 1995, un decennio dopo la dimostrazione pubblica di Brindley, l'F.D.A. - *Food and Drug Administration*⁵⁵ - approvò i primi farmaci con prescrizione iniettabili per la cura dell'impotenza: l'aprostadil, commercializzato come Caverject e l'applicazione intrauretrale MUSE. Queste terapie farmacologiche sostituirono quasi immediatamente gli impianti di protesi peniene ma, per quanto ci fu una notevole espansione del mercato di questi trattamenti, fino a 700 milioni di dollari alla fine degli anni Novanta, in realtà solo una minima parte degli uomini ne fece un uso continuativo poiché le iniezioni, fin

⁵⁵ Ente governativo statunitense che si occupa della regolamentazione dei prodotti alimentari e farmaceutici.

da subito, si rivelarono molto costose, poco praticabili, dolorose e scatenanti un'erezione automatica e staccata dal desiderio, quindi vissuta come non spontanea (Loe, 2004a: 29- 39; McLaren, 2009: 389-394; Mianiti, 2009).

Come si è visto nel precedente capitolo introduttivo, sono numerosi i cambiamenti sociali che, durante il corso del XX secolo, hanno letteralmente spianato la strada all'emergere di prodotti farmacologici per le disfunzioni sessuali attorno a cui si è sviluppato un contingente sapere/potere professionale. In questo caso, il processo di (bio)medicalizzazione farmacologizzata delle funzioni sessuali maschili è stato favorito da una massiccia e continua innovazione tecno-scientifica; dal processo parallelo di privatizzazione della ricerca, soprattutto nel campo biochimico; dall'espansione e deregolazione farmaceutica; dalla crescente attenzione scientifica, mediatica e commerciale per il sesso e la sessualità; e da cambiamenti socio-culturali e demografici più ampi riguardanti l'invecchiamento e le differenze di genere.

Conseguentemente è facile identificare come protagonisti attivi di questo processo di co-costruzione diversi gruppi tra i quali spiccano la categoria dei professionisti esperti nel campo medico- e psico- sessuologico, le industrie farmaceutiche, le agenzie di marketing e i mass-media, e i diretti interessati, il vasto pubblico di uomini che, singolarmente o in coppia, decidono di affrontare e gestire i loro disagi sessuali come pazienti-consumatori o quantomeno come audience altamente ricettiva nei confronti di soluzioni medicalizzate (Mamo, Fishman, 2001: 13-30; Loe, 2004a; Tiefer, 2004; 2007; 2012; 2016; Baglia, 2005; Marshall, 2006; Wienke, 2006).

L'intento dei paragrafi successivi è dunque quello di approfondire ulteriormente come la medicalizzazione dell'inadeguatezza sessuale maschile venga espressa soprattutto in chiave farmacologizzata. Il focus viene posto sui cambiamenti avvenuti dall'ingresso nel mercato sanitario del Viagra, considerato talmente rivoluzionario da aver trasformato il generale approccio verso il sesso e la sessualità in epoca contemporanea, incentivando parallelamente il formarsi di una nuova disciplina medico-sessuologica, la “Sexual Medicine”:

“inspired by the success of sildenafil [Viagra], several pharmaceutical companies became interested in developing drugs against male and female sexual disorders [...] In the course of just a few years, the availability and successful use of sildenafil [Viagra] has led to an enormous change in thinking about

sexuality [...] it has also led to a new medical discipline, known as 'Sexual Medicine' [...] This has been a very fortunate development. One of the major task of sexual medicine is to provide medication to patients with sexual disorders” (Waldinger, 2013a: 10-18) .

È proprio con il pieno ingresso nell'era della gestione farmacologizzata che il destino delle due principali problematiche sessuali maschili prende pieghe diverse pur continuando a seguire una direzione parallela verso una patologizzazione, e conseguente professionalizzazione (Furedi, 2004), dai caratteri ormai presumibilmente irreversibili.

La disponibilità del Viagra e dei suoi successori per la disfunzione erettile, così come degli SSRI⁵⁶ usati off-label e successivamente della Dapoxetina⁵⁷ per l'eiaculazione precoce, ha infatti influito ulteriormente sull'espansione diagnostico-terapeutica delle suddette problematiche intervenendo in maniera incisiva sugli spazi di azione-legittimazione dei professionisti della salute sessuale, attraverso una vera e propria rivoluzione terapeutica e culturale.

Senza dubbio l'avvento del Viagra ha segnato una transizione verso quella che da molti viene indicata come una “nuova era del sesso, della medicina e dell'innovazione tecnologica” (Loe, 2004a: 10; cfr. Tiefer, 2004; 2012; 2016). Il suo ingresso sul mercato è stato accompagnato, nei paesi che lo consentono⁵⁸, da costose campagne pubblicitarie promosse dalla casa produttrice, la Pfizer⁵⁹. Al contrario, come si vedrà, la farmacologizzazione dell'eiaculazione precoce non ha avuto lo stesso successo di approvazione internazionale, prescrizioni e vendite di quello ottenuto con gli inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 come il Viagra e i suoi successori (Jannini et al. 2010).

Uno dei probabili motivi può essere legato al fatto che la Dapoxetina, l'unico farmaco finora

56 Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (*selective serotonin reuptake inhibitors*) sono una classe di farmaci che rientrano nell'ambito dei cosiddetti antidepressivi non tricyclici. Tali farmaci vengono utilizzati di norma in psichiatria sotto forma di psicofarmaci per la terapia di psicopatologie quali il disturbo ossessivo-compulsivo o la depressione acuta.

57 Appartenente alla classe farmacologica degli SSRI, è venduto in Italia dal 2009 col nome commerciale di Priligy prima dalla Jansen-Cilag e poi dalla Menarini.

58 Stati Uniti e Nuova Zelanda

59 Negli Stati Uniti il caso Viagra nel 1998 ha rappresentato uno dei primi esperimenti su grande scala delle nuove possibilità di marketing, aperte l'anno prima dal *Modernization Act*, che consentiva la pubblicità diretta ai consumatori anche per i farmaci soggetti a prescrizione medica. Seguiranno, nel 2003, altri farmaci analoghi, sempre inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE5i), come il Cialis e il Levitra, e nel 2012 l'ultimo concorrente, lo Spedra.

ufficialmente commercializzato per il trattamento dell'EP, è stato approvato relativamente di recente dall'E.M.A.⁶⁰ mentre, negli Stati Uniti e in Nuova Zelanda, da dove proviene la stragrande maggioranza degli studi in questo campo (sia scientifici che prettamente socio-antropologici), le agenzie nazionali di controllo sui farmaci ne hanno vietato la commercializzazione. Per quanto riguarda l'eiaculazione precoce, a differenza del caso della disfunzione erettile e del Viagra, è quindi assente la prassi della pubblicità diretta al consumatore, non legale in Europa, e sono dunque minori sia l'impatto sul pubblico di pazienti potenziali consumatori che lo stesso interesse da parte della comunità degli studiosi (Johnson, 2010; Frith, 2015; Johnson et al., 2016).

In ogni caso, compiere una ricostruzione delle dinamiche di co-costruzione fra saperi-esperti, repertori diagnostico-terapeutici e standard normativi sulla salute sessuale nell'era della farmacologizzazione significa aprire una finestra sulla società occidentale, statunitense in primis, e gettare uno sguardo profondo nella complessa rete di questioni etiche e materiali, spesso contrastanti, riguardanti la salute, la medicina, la ricerca tecno-scientifica e il marketing sanitario, la qualità della vita e il benessere, l'invecchiamento, la sessualità, le identità e le gerarchie di genere, stupendoci forse di “quanto si possa imparare di una cultura da una pillola” (Loe, 2004a: 4, traduzione mia; cfr. Johnson et al., 2016).

Questi processi hanno catalizzato l'attenzione di studiose e studiosi, soprattutto negli Stati Uniti e Nuova Zelanda, ovvero quei paesi in cui la pubblicità DTC di farmaci soggetti a prescrizione è possibile. Si è così sviluppato un filone di ricerca, conosciuto come “Viagra studies”⁶¹, che ha analizzato i farmaci (orali) nei termini di tecnologie di genere, cogliendo nei modi in cui sono pubblicizzati, prescritti, diffusi e consumati un caso emblematico di costruzione della maschilità attraverso pratiche (bio)medicalizzate (Potts, 2000a; Tiefer, 2004; Loe, 2004a; Wienke, 2006; Carpiano, 2001; Grace et al., 2006; Wentzell, 2013).

2.1.2 L'era del Viagra – co-costruzione fra farmacologizzazione ed espansione diagnostica

⁶⁰ *European Medicines Agency* - Agenzia europea per i medicinali.

⁶¹ Si veda l'emergere, sulle riviste internazionali, di special issues dedicati alla medicalizzazione e farmacologizzazione della sessualità: cfr. *British Medical Journal*, 2002, 324(7342); *Sexualities*, 2006, 9(3); *Journal of Sex Research*, 2012, 49(4).

La svolta innovativa che ha segnato una massiccia espansione diagnostica per la disfunzione erettile arriva con la “provvidenziale” scoperta serendipica del Viagra⁶² da parte del colosso farmaceutico Pfizer:

“While developing an angina medication in 1992, Pfizer researchers noticed three things: 1. the active ingredient – sildenafil citrate – didn't really work very well to combat angina; 2. patients 'reported an increased tendency to get erections' as the result of the medication; 3. patients didn't want to return their unused samples” (Baglia, 2005: 67).

Inizialmente testato come rimedio per l'angina, una volta scoperto il suo “inatteso” effetto collaterale⁶³ (Carpiano, 2001; Baglia, 2005: 67; McLaren, 2009: 398), il Viagra è stato il primo farmaco orale ad essere approvato per la cura del disturbo erettile e commercializzato a partire dal 27 Marzo 1998. Esso rappresenta uno spartiacque nella storia dei trattamenti, definito infatti da Wienke (2006: 48) il “trattamento della scelta” in quanto decisamente meno costoso, meno difficile da ottenere, meno doloroso e meno invasivo rispetto agli altri metodi usati in precedenza, e per questo rientrando a pieno titolo nella categoria delle “quick-fix technological solutions” (Wienke, 2006: 49).

Il nuovo approccio medico alla cura di questa problematica, sostituendo con una efficace pillola una lunga sessione di terapia psicoanalitica o fastidiose iniezioni, sembrò maggiormente “action-oriented” (Loe, 2004a: 35) ed ebbe senza dubbio un immediato ed enorme successo di mercato che rese in breve tempo il Viagra della Pfizer uno dei farmaci più venduti nella storia recente, con quasi 3 milioni di prescrizioni nei primissimi mesi dal suo lancio sul mercato (Carpiano, 2001: 441- 442). Nell’“era del Viagra” (Loe, 2004a: 35) gli urologi e le case farmaceutiche hanno dunque ulteriormente concorso a spostare l'attenzione

62 Nome commerciale del composto chimico-farmaceutico: Sildenafil citrato - appartenente alla categoria degli inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE-5i)

63 Pur riconoscendo un forte elemento di *serendipity* nella scoperta del Sildenafil citrato, Marshall ci ricorda come le case farmaceutiche e gli esperti medici fossero comunque già da tempo impegnati nella ricerca di una terapia orale (Marshall, 2002: 133). Carpiano (2001), invece, ha un'opinione differente riguardo al coinvolgimento attivo della categoria professionale uro-andrologica nella promozione del fenomeno Viagra. Carpiano infatti parla di “medicalizzazione passiva del Viagra”. Dal momento che le ricerche sul sildenafil citrato non sono state sviluppate con l'apporto della categoria professionale uro-andrologica, in quanto inizialmente previsto per la cura dell'angina, non si può parlare di un coinvolgimento attivo di tale categoria di specialisti medici nella sua promozione. “Anche se la categoria professionale ha certamente tratto profitto dalla popolarità del Viagra grazie all'aumento del flusso dei pazienti, questi specialisti (così come l'intero campo medico) non può prendere quasi nessun credito per aver contribuito al fenomeno del Viagra” (Carpiano, 2001: 445).

dalla sfera psicologica a quella organica, relegando gli psicologi e i terapeuti sessuali ad un ruolo decisamente più marginale rispetto al passato. Tale marginalizzazione sarebbe stata favorita, perlomeno nel contesto statunitense, anche dalla decisione delle assicurazioni sanitarie di concedere il rimborso delle spese mediche ma non delle sessioni psicologiche di terapia sessuale (Loe, 2004a; Conrad, 2007a; McLaren, 2009).

La rivoluzione definitoria da impotenza (erettile) a disfunzione erettile viene quindi consacrata dall'entrata in commercio di una soluzione presumibilmente *quick-fix*, recante con sé un incredibile potere destigmatizzante. A tal proposito Bordo (1999: 59) mette in luce la differenza che intercorre fra *l'essere* impotente e *l'avere* una disfunzione erettile. Mentre la condizione di impotenza marchierebbe la persona nel suo essere, la disfunzione erettile, invece, sembra implicare solo una parte corporea circoscritta, il pene, facilmente riparabile attraverso un farmaco che agisce a livello locale⁶⁴.

Oltretutto, fa notare Baglia (2005: 34) “by representing erectile dysfunction as organic and developing a pill as the cure, biological sexologists are aligned with passing” facendo riferimento alla strategia del “passare per normale” (*passing*), ovvero una delle principali modalità che, secondo Goffman (1963) gli individui utilizzano per sfuggire alla stigmatizzazione:

When ED can be attributed to an organic – or physiological - cause rather than a psychological or relational cause, three things happen simultaneously:

1. the Ed sufferer situates the source of the problem outside of his ego and places it resolutely in his body;
2. the dreaded visit to the physician last only as long as it takes to get a prescription for Viagra;
3. discussions with his partner concerning their romantic desires, differences and difficulties can be avoided (Baglia, 2005: 34)

Si assisterebbe quindi, anche nel campo della sessualità maschile, ad un processo di “individualizzazione dei problemi sociali” (Zola, 1972; Conrad, 2007: 152) tale per cui la dislocazione della causa delle difficoltà sessuali nel funzionamento biologico del corpo si accompagnerebbe alla tendenza verso l'utilizzo esclusivo di soluzioni medico-tecnologiche veloci che puntano alla risoluzione il sintomo immediato piuttosto che agire per modificare le

64 A tal proposito, in un articolo comparso poco prima dell'uscita del Viagra nel 1997, il giornalista J. Leland afferma: “[That] impotence is a problem of mechanics can be appealing, it takes all the blame and guilt out of the equation” (Leland J., “A pill for Impotence”, *Newsweek*, 17 nov. 1997, p. 62 in Baglia, 2005: 34)

strutture psicologiche e socio-relazionali che possono esserne la causa a monte.

Titoli come quello apparso sul Times nel 1988 *It's not all in your head* (Tiefer, 1994: 369; McLaren, 2009: 396) si trasformano in questo caso secondo la Tiefer (2016: 39) in un vero e proprio “mantra”⁶⁵ medicalizzante che servirebbe a ribadire quanto spiegazioni di tipo clinico favoriscano, riprendendo la teoria parsonsiana del *sick-role*, una “dislocazione della responsabilità” e una “riduzione dello stigma associato ai problemi mentali” (Tiefer, 1994: 369; 2004; 2016; Furedi, 2004; Loe, 2004a: 33; Conrad, 2007: 152) poiché il singolo soggetto non viene più considerato direttamente responsabile e la risposta a livello sociale si sposta dall’essere punitiva o di critica, all’essere terapeutica.

Così, l'inquadramento dell'impotenza erettile nei termini di una disfunzione meccanica e del Viagra nei termini di “dispositivo biotecnologico che assicura la mascolinità attraverso la riparazione del corpo/macchina *temporaneamente* rotto” (Loe, 2004a: 67, corsivo mio), sembra aver avuto come principale conseguenza l'assoluzione della responsabilità morale e l'alleviamento della vergogna nei confronti di una condizione che precedentemente sembrava includere in misura decisamente maggiore il grave peso psicologico e il senso di colpa della perdita della virilità e dell'autostima ad esso connessa (Bordo, 1999).

Allo stesso tempo, però, proprio in virtù dell'esistenza di opzioni terapeutiche rientranti nella categoria dei “lifestyle-drugs”, viene introdotto un nuovo tipo di responsabilità che richiede ai singoli soggetti di impegnarsi in un costante regime di auto-sorveglianza (Loe, 2004; Katz, Marshall, 2004) per mantenersi al passo di odierni standard psico-fisici che, come si vedrà, sembrano puntare verso performance sempre più “impeccabili”, sfocando il confine tra disfunzionale/funzionale/sempre ottimale (Katz, Marshall, 2004; Baglia, 2005; Rose, 2008; Maturo, 2009).

65 “Non è tutto [solo] nella tua testa' è un mantra che rimanda alla rimozione della vergogna attraverso la rimozione dell'eziologia psicogenica. Lo stigma della malattia mentale, della psicoterapia e della psicodiagnosi permane nella cultura americana nonostante l'espandersi del ricorso a tali strumenti diagnostici e terapeutici sia per i bambini che per gli adulti. Le scuole sono piene di bambini etichettati con la diagnosi di disordini dell'umore e della condotta che ricevono trattamenti con psicofarmaci dall'infermiera scolastica. I mass media empaticamente parlano di disordini da stress post-traumatico in presenzadi un disastro naturale o un incidente stradale, dell'esperienzadi veterani di guerra e di violenza domestica. Al tempo stesso si ritiene comunemente, a meno che tali etichette psichiatriche si riferiscano a qualche forma di danno cerebrale, una diagnosi “puramente” psichiatrica continui a significare che le persone dovrebbero essere in grado di tirarsene fuori da soli, rimboccandosi le maniche. C'è poca empatia nella società americana per coloro che mostrano debolezze e che falliscono, se ci si può appellare ad una colpa individuale” (Tiefer, 2016: 39).

Questo processo di espansione diagnostica risulta particolarmente evidente se ci si sofferma sulla commercializzazione del Viagra. La fortuna di questo farmaco, e dei suoi successori⁶⁶, sia per quanto riguarda il successo delle vendite sia per l'interesse, accademico e non, sul loro conto, è legata a filo doppio con la loro promozione. Negli Stati Uniti, infatti, il Viagra, è stato uno dei primi farmaci ad aver approfittato della liberalizzazione in tema di pubblicità diretta al consumatore, concessa l'anno prima dalla *Food and Drug Administration*⁶⁷. Le costose campagne pubblicitarie di grande impatto della Pfizer, caratterizzate dal celebre motto “*Ask your doctor if Viagra is right for you*” hanno di fatto incoraggiato il pubblico di pazienti, ormai a tutti gli effetti consumatori, a rivolgersi al proprio medico per ottenere una soluzione sempre più “a portata di pillola” (Wilkes et al., 2000: 121). Si è suggellata così un'alleanza fra diversi attori, in primis medici e compagnie farmaceutiche attivamente impegnati nell'espandere diagnosi (e trattamenti) delle disfunzioni sessuali maschili.

Secondo diversi critici (Payer, 1992; Parry, 2003; Moynihan, Cassels, 2005; Law, 2006; Bobbio, 2010: 109; Tiefer, 2016) infatti il marketing del Viagra si inserirebbe in un processo di espansione diagnostica già avviato enfatizzando quegli aspetti di *disease mongering* tali da massimizzare il numero di potenziali pazienti. Secondo Tiefer (2016: 37-38) basta infatti guardare all'evoluzione temporale delle pubblicità del Viagra&co. per poter individuare facilmente questo progressivo ampliamento:

“Le celebrità coinvolte nella pubblicità del Viagra sono cambiate considerevolmente negli anni. Agli esordi, fu scritturato un anziano politico, il senatore Bob Dole dello Stato del Kansas, candidato alle elezioni presidenziali. Eroe della Seconda Guerra Mondiale, era stato gravemente ferito, perdendo l'uso di un braccio, ed era considerato un uomo di grande coraggio. Egli annunciò nel 1999 che aveva un cancro alla prostata e venne rappresentato nella prima pubblicità del Viagra con lo slogan 'Ci vuole un po' di coraggio a chiedere al proprio medico della disfunzione erettile, ma ogni cosa che abbia valore di solito ne richiede'. La pubblicità a pagina piena apparve su molti quotidiani e riviste. In poco tempo, comunque, le pubblicità si modificarono coinvolgendo figure di sportivi attraenti e giovani e il riferimento al cancro alla prostata e ad altri temi che potevano far paura scomparvero”.

66 Oltre al Viagra (Sildenafil) uscito nel 1998, sono oggi in commercio il Cialis (Tadalafil) e il Levitra (Vardenafil), usciti nel 2003. È invece di più recente commercializzazione lo Stendra (Avanafil), approvato dalla *Food and Drug Administration* nel 2012 e commercializzato in Italia con il nome di Spedra a partire da marzo 2014.

67 Nel 1997 la FDA ha approvato il *Modernization Act* grazie al quale le case farmaceutiche hanno avuto la possibilità di utilizzare i *direct-to-consumer advertisements* anche per i farmaci soggetti a prescrizione. Un processo analogo ha caratterizzato anche il contesto neozelandese, mentre in Europa la pubblicità diretta al consumatore dei farmaci con obbligo di ricetta è ancora vietata per legge

Il bacino del target dei potenziali pazienti-consumatori si è quindi allargato dagli uomini di mezza età o anziani con patologie come cancro alla prostata, diabete o alta pressione, di cui la disfunzione erettile era un effetto collaterale, ad una popolazione sempre più ampia di uomini ben più giovani non sufficientemente sicuri e soddisfatti della qualità della loro erezione (Loe, 2004a; Tiefer, 2004; 2016; Baglia, 2005; Vares, Braun, 2006; Ferrero Camoletto, Bertone, 2016).

Come suggerisce Loe (2004a: 47) infatti la chiave per vendere i farmaci è vendere la malattia che trattano, andando innanzitutto a creare un collegamento binomiale forte e immediato tra il problema e il suo trattamento, ben riuscito nel caso del Viagra ormai universalmente considerato sinonimo di rimedio più efficace per la disfunzione erettile. In secondo luogo è poi necessario espandere i confini della categoria diagnostica di DE che, al giorno d'oggi, sembra essere arrivata ad includervi praticamente qualsiasi tipo di difficoltà occasionale, insicurezza o insoddisfazione sessuale. In questa direzione infatti sembra spingersi la recente proposta – sostenuta da un team di andrologi italiani (Jannini et al., 2006; 2011) nelle pagine della rivista internazionale “The Journal of Sexual Medicine” – di inserire nella categorizzazione diagnostica della DE anche la “disfunzione erettile subclinica” (SED⁶⁸) tipica di tutti quegli individui che, pur potendosi considerare sani, soffrirebbero a causa di una performance sessuale e di una soddisfazione definibile appunto come “sub-ottimale” (Jannini et al. 2006: 790) e che avrebbero quindi la facoltà di poter migliorare la loro vita sessuale, attraverso una definizione patologizzante che li autorizzi al ricorso legittimo a soluzioni farmacologiche, proprio in virtù della definizione di salute sessuale dell'OMS che riconosce il diritto di ricercare e condurre una vita sessuale [sempre] sana e soddisfacente:

The definition of erectile dysfunction currently used and accepted worldwide does not encompass all possible changes to male erection. Partial, temporary, or episodic absence of erection is not considered as true erectile dysfunction. This leads to a lack of diagnosis and therapy and perhaps even the risk of the subsequent development of overt impotence. The lack of an evidence-based diagnosis of such a condition may be due to the widespread, pernicious self-prescription of erection drugs, obtained from the illegal market. To define the pathological condition of men experiencing a lack of erection who are unaffected by erectile dysfunction, we propose herein a new taxonomic category, based on new sexological criteria. In addition, we suggest research into biochemical markers to define this condition, which we have named

68 *Subclinical Erectile Dysfunction*

subclinical erectile dysfunction [...] Penile erection has a very important impact on men. Even partial or intermittent erection failure batters a man's sense of masculinity, with profound effects on his quality of life [...] Clinical experience suggests that for many subjects, this condition can be at least worrying, if not downright frustrating. Does this deserve medical attention, diagnosis, and treatment? (Jannini et al., 2006: 787-794).

Il processo che segna il cambiamento appena descritto – ovvero il passaggio “da impotenza come condizione non necessariamente medica densa di connotazioni stigmatizzanti a disfunzione erettile (DE) come patologia riconducibile a fattori fisiologici, e da questa a qualità erettile (QE) come soddisfazione per la qualità della propria erezione e performance sessuale” (Ferrero Camoletto, Bertone, Salis, 2015: 188) – è stato diffusamente sostenuto da un progresso farmacologico esplicitamente orientato verso una proposta terapeutica sempre più differenziata e competitiva sul mercato. I continui avanzamenti scientifici nel campo delle terapie orali hanno portato alla produzione di una serie di molecole che, per quanto molto simili fra loro nel meccanismo di funzionamento, si differenziano in termini di velocità di effetto, modalità di assunzione ed emivita. Per esempio, mentre il lasso di efficacia del Viagra si esaurisce in circa 4 ore, il Cialis si è guadagnato il soprannome di “pillola del weekend” (Wienke, 2006: 52) per la sua durata superiore alle 36 ore. Il Levitra e il nuovo arrivato Spedra, invece, si distinguono dai predecessori per una più veloce entrata in circolo che li rende attivi già dopo 15 minuti dalla loro ingestione, anche a stomaco pieno, in contrasto col Viagra, attivo a stomaco rigorosamente vuoto dopo almeno un'ora dalla sua assunzione. Le più recenti proposte innovative sono il Cialis “once a day”, trattamento quotidiano a basso dosaggio e il Levitra orosolubile, definito la “mentina dell'amore” proprio perché si scioglie in bocca in pochi secondi con un effetto ancora più veloce⁶⁹.

Le case farmaceutiche⁷⁰ hanno in questo modo provato a rendersi mano a mano più competitive sul mercato cercando di assicurarsi una fetta precisa di potenziali pazienti-consumatori attraverso una terapia che si fa infatti sempre più “tailored” (Corona et al., 2011: 3419, cfr. Hatzimouratidis, Hatzichristou, 2009; Jannini et al., 2012: b) ovvero costruita e personalizzata sulla base delle loro esigenze ed abitudini sessuali⁷¹.

69 Fonte: <http://www.cialis.com/Pages/home.aspx> e <http://www.levitraorosolubile.it/>

70 Rispettivamente: Viagra (Pfizer), Cialis (Eli Lilly), Levitra (Bayer), Spedra (Menarini)

71 “In the clinical setting, the choice of the best PDE5 inhibitor for each patient should be shared by the physician and patient after discussing the different characteristics of the drugs and individual sexual habits,

Una delle principali attrattive di questi prodotti risiede, pertanto, nella loro capacità di agevolare una risposta sessuale sgravata da una precisa pianificazione temporale del rapporto e, per questo, percepita come maggiormente spontanea e naturale. Dall’*“Achieve erections the natural way”* del Viagra al *“Choose the moment”* del Cialis (Loe, 2004a: 76; Wienke, 2006: 55-56), i cavalli di battaglia promozionali sfruttano infatti una retorica costruita attorno al binario tecnologia/naturalità (Mamo, Fishman, 2001: 21-22; Wienke, 2006: 54-56). L’idea alla base è che l’azione di questi farmaci possa facilmente venire percepita come naturale poiché, interagendo con l’eccitamento sessuale spontaneo, dovrebbe lasciare al soggetto la sensazione di avere il pieno controllo delle proprie funzioni corporali senza essere vittima di meccanismi che producono delle erezioni forzate ed esageratamente artificiali, come nel caso degli impianti prostatici e delle iniezioni intra-cavernose che provocano la reazione desiderata indipendentemente dalla stimolazione sessuale. In questo caso si opera una sorta di velata sovrapposizione semantico-concettuale tra i significati di naturale e artificiale cosicché si possa arrivare a concepire un corpo che, pur essendo tecnologicamente assistito, si comporti in maniera naturale secondo una naturalità che, a ben vedere, non è poi così autentica. Attraverso questa costruzione paradossale, infatti, “l’utilizzo della tecnologia diventa un atto naturale” e la tecnologia stessa è considerata “più naturale della natura” (Mamo, Fishman, 2001: 22; cfr. Loe, 2004a: 76; Wienke, 2006: 54-56) in quanto sembra essere l’unica a permettere delle performance che siano conformi ai criteri di prontezza immediata, rigidità e resistenza che caratterizzano gli odierni standard sessuali.

Rispetto al percorso per certi versi lineare ed ampiamente inclusivo che si è appena descritto per la DE, per quanto riguarda l’EP, invece, si riconoscono diversi meccanismi simili ma meno incisivi nell’espansione diagnostica e farmacologizzata di questa problematica, tuttora circondata da una significativa incertezza definitoria e terapeutica. Ma è proprio su questa incertezza che sembra innestarsi il principale sforzo di espansione diagnostica che caratterizza questo disagio.

Per quanto infatti il termine stesso di eiaculazione precoce (o rapida) lasci immediatamente pensare alla velocità in termini di durata dell’atto eiaculatorio maschile, si è visto come i principali criteri definitivi non facciano esclusivo riferimento ad una misurazione delle

preferences, and expectations of the patient” (Corona et al., 2011: 3419)

tempistiche relative alla latenza eiaculatoria (Shecter et al., 2016). Infatti, come si è illustrato precedentemente, accanto a questo parametro ritenuto misurabile e dunque oggettivamente quantificabile (Waldinger, 2007; Shecter et al., 2016) figurano quelli riguardanti la capacità di controllo del riflesso eiaculatorio⁷² e la sensazione di *distress* (personale e relazionale) derivante soprattutto dall'incapacità maschile di dare soddisfazione alla partner attraverso il coito penetrativo.

Sarebbe proprio l'indeterminatezza dei criteri più soggettivi relativi ad una eiaculazione che avviene “prima di quando lo si desidera”, a parere di Waldinger (2007; 2008b; 2014; cfr. Althof et al., 2014) ad aver contribuito a dilatare incredibilmente le statistiche sulla diffusione dell'eiaculazione precoce secondo un meccanismo che sembra dunque assumere la forma del *disease mongering*:

“although the prevalence of PE has been repeatedly reported to be around 20-30% this mainly reflects the proportion of men who occasionally complain from ejaculating prematurely, while the percentage of real PE patients with either LPE or APE seems to be no more than 8-10%” (Serefoglu, 2013: 50; cfr. Cooper et al., 2015: 175).

I criteri più soggettivi sarebbero infatti, secondo Waldinger (2007; 2008b; 2014; cfr. Althof et al., 2014) alla base di una inflazione di comuni lamentele idiosincratiche circa la durata della propria performance sessuale. All'interno di questo ampio bacino di *complaints* afferirebbero, secondo l'autore, sia le manifestazioni di una più che normale varianza nella risposta sessuale degli uomini in generale e di ogni singolo individuo (VPE – *Variable Premature Ejaculation*); sia le “*premature-like ejaculatory dysfunctions*” (SPE – *Subjective Premature Ejaculation*) patite da tutti coloro che, pur in presenza di tempistiche considerate come perfettamente nella norma (o spesso anche superiori ad essa), si sentirebbero, irrimediabilmente, troppo veloci e dunque incapaci di soddisfare la propria partner.

Così, questi due tipi di inadeguatezza per quanto non categorizzabili, secondo gli autori sovracitati, come una vera e propria sindrome patologica, sarebbero comunque segnale di un profondo disagio vissuto dal maschio contemporaneo, su cui in generale andrebbe a pesare gran parte della responsabilità di rimettere in sincronia i tempi all'interno della coppia definita

⁷² Secondo McMahon (2013b: 62): “control is a subjective measure which is difficult to translate into quantifiable terms and is the most inconsistent dimension of PE”.

appunto, patologicamente, come “asincrona” (Jannini, Porst, 2011; Graziottin, Jannini, 2014).

In conformità con questa visione che enfatizza la dimensione della responsabilità maschile nei confronti della performance coitale, gran parte degli sforzi terapeutici, soprattutto delle terapie farmacologiche orali, si sono rivolti verso il tentativo di migliorare il controllo maschile del riflesso eiaculatorio.

Eppure, la medicalizzazione farmacologizzata non sembra comunque aver avuto pari successo rispetto al caso della DE nella costruzione di un binomio forte fra la problematica e un'unica forma di trattamento presumibilmente *quick-fix*. Uno dei possibili fattori intervenenti in negativo rispetto a questa mancata connessione, si è detto, può essere legato alla mancata approvazione di un farmaco specifico nel contesto americano, dove è legale una commercializzazione diretta al consumatore dei farmaci con obbligo di ricetta capace comunque di raggiungere solitamente una visibilità ben oltre i confini nazionali.

Nonostante la mancanza di un mezzo promozionale di grande impatto, bisogna ciononostante notare come l'EP abbia iniziato ad avere una visibilità pubblica, quantomeno nel contesto europeo, solo dopo il 2009, anno in cui è stato commercializzato il primo farmaco finora ufficialmente approvato dall'EMA per il trattamento di questo disturbo, la dapoxetina (Priligy). Fin dalla sua approvazione dunque le compagnie farmaceutiche proprietarie del brevetto⁷³, in collaborazione con le principali società di categoria andrologica, hanno lanciato diverse campagne di sensibilizzazione sulla problematica attualmente rientranti nel progetto “Not just a moment”⁷⁴. È solo infatti con la disponibilità di un farmaco finalmente prescrivibile in maniera ufficiale e somministrabile *on demand* (quindi con una modalità di assunzione simile a quella del Viagra), che si è pensato potesse valere (economicamente) la pena di puntare i riflettori su un disagio che, si è detto, viene descritto come statisticamente più rilevante.

Tuttavia, la farmacologizzazione dell'eiaculazione precoce non ha avuto lo stesso successo (di prescrizioni e di vendite) della disfunzione erettile con gli inibitori della fosfodiesterasi di tipo

⁷³ La Dapoxetina fu originariamente sintetizzata come antidepressivo generico dai ricercatori della società farmaceutica Eli Lilly. In Europa è stata commercializzata prima dalla Janssen-Cilag e successivamente dalla Menarini.

⁷⁴ <http://notjustamoment.com/> - In Italia tale progetto ha preso il nome di “Benessere Coppia”, finanziato dalla casa farmaceutica Menarini.

5 come il Viagra e i suoi successori (Pirozzi, Farina, 2016; Mondaini et al., 2013) e, al giorno d'oggi, ci sono ben sei diversi trattamenti variamente utilizzati per questa problematica, dall'assunzione giornaliera di antidepressivi SSRi all'uso *on demand* di dapoxetina, clomipramina, tramadolo, anestetici locali topici a base di lidocaina e anche PDE5i, soprattutto nei casi di comorbilità con la DE. Ad eccezione della Dapoxetina, tutti gli altri farmaci elencati vengono prescritti *off-label* (Waldinger, 2007; 2014).

La classe di farmaci che sembra essere maggiormente efficace nell'influire sulla latenza eiaculatoria è rappresentata dagli inibitori selettivi del *reuptake* della serotonina (SSRI), come per esempio il Prozac (Fluoxetina). Il loro impiego nel trattamento dell'EP è stato proposto “*in seguito* al ruolo esercitato dalla serotonina sul processo eiaculatorio” (La Vignera et al., 2007: 326).

Anche l'EP, dunque, da disordine considerato esclusivamente di tipo psicologico ha effettivamente subito nel corso del tempo un processo di riduzionismo biomedico, attivato e supportato dal funzionamento farmacologico che, pur ponendosi nelle vesti di quello che è stato descritto come “nuovo dogma” neurobiologico (Waldinger, 2008; cfr. 2014; Serefoglu, 2013; Althof et al., 2014), non sembra però essere riuscito a determinare un netto spostamento di percentuali in favore di spiegazioni puramente organiche che continuano ad essere declinate in via ipotetica:

Animal and human psychopharmacological studies have supported the hypothesis that PE is a neurobiological dysfunction related to a disturbance in central serotonin neurotransmission and 5-HT postsynaptic receptor functioning. However, although serotonin plays an important role in the motoric output of ejaculation, it is not yet clear whether a disturbance of central serotonin neurotransmission constitutes the core of the syndrome (Waldinger, 2007: 563; cfr. 2014)

Tale modalità interpretativa, sebbene presentata in un'ottica ancora probabilistica, rimane comunque interpretabile alla luce di quella che Rose (2008) chiama “somatizzazione della psiche”, successiva, in questo caso, alla scoperta dell'influenza dei farmaci serotoninergici sul riflesso eiaculatorio. Anche in questo contesto, inoltre, l'uso di questa classe di antidepressivi è da considerarsi per certi versi serendipico dal momento che viene di fatto sfruttato il loro principale effetto collaterale sulla sessualità maschile e quindi nasce dall'osservazione del fatto che, nei soggetti ansiosi e depressi sotto terapia con questi farmaci,

l'eiaculazione viene spesso inibita, ritardata o anche persa del tutto (Waldinger, 2007; 2013b; 2014). Tuttavia, fa notare Waldinger (2007: 553; cfr. 2014: 401) diversi interessi di mercato incidono su queste specifiche dinamiche farmacologizzanti:

“Currently, daily treatment with SSRIs or combined daily treatment with on-demand use has become the first-line treatment of PE. However, although daily use, particularly of paroxetine (hydrochloride) hemihydrate, sertraline and clomipramine and, to a lesser extent, fluoxetine and citalopram, has been shown to be very effective in delaying ejaculation, these drugs have not been approved by the US FDA for the treatment of PE. This has mainly been due to the decision taken by pharmaceutical companies manufacturing SSRIs not to market them as treatments of PE because of concerns that focusing on an ejaculation-delaying effect of these drugs would highlight their potent sexual adverse effects and thereby hamper marketing strategies for use of these agents for depressive disorders”.

Essendo dunque farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale e che sono nati per vincere la depressione e altri disturbi psichiatrici, il loro impiego è quindi *off-label*, ovvero fuori dalle indicazioni ufficiali. Non sono pertanto specifici per l'EP e la loro efficacia terapeutica non si basa sulla somministrazione al bisogno, ma “richiede un trattamento protratto a dosaggio pieno” (Pirozzi Farina, 2016: 49) a cui fa da contraltare una lista non indifferente di effetti avversi: nausea, astenia, DE, riduzione del desiderio sessuale, cefalea, disturbi del sonno, secchezza delle fauci, sudorazione e tremore, irritazione cutanea, apatia, deliri, allucinazioni, paranoia e mancanza di coordinazione motoria, senza contare i sintomi di tipo astinenziale conseguenti ad una sospensione della loro somministrazione (Althof et al., 2014; Waldinger, 2007; 2014). Anche l'unico farmaco attualmente approvato dall'EMA in maniera ufficiale per l'EP, la dapoxetina, appartiene di fatto alla categoria degli SSRIs ma, al contrario dei sovracitati SSRIs “tradizionali” presenta un'emivita a breve azione e viene rapidamente eliminata, rendendola così idonea al trattamento *on demand* dell'EP (Althof et al., 2014; Waldinger, 2014), ovvero ad una somministrazione al bisogno per certi versi simile a quella del Viagra.

Pur presentando ovviamente dati sufficientemente positivi circa l'efficacia e la tollerabilità di questo farmaco che viene presentato come la prima linea terapeutica, non si trovano nella letteratura medica specialistica riscontri entusiastici sulla sua validità che sembra dimostrarsi “debole” (Waldinger, 2007: 548) e solo “variamente efficace per ritardare l'eiaculazione” (Pirozzi Farina, 2016: 49; cfr. Waldinger, 2007; 2014; Shechter et al. 2016), arrivando

addirittura ad essere definito come un “dannoso placebo” (Feys, Devroey, 2014).

2.1.3 Drop-out e controdiscorsi dei pazienti-consumatori

Da quanto descritto finora si potrebbe sostenere che la farmacologizzazione della disfunzione erettile sia stata un pieno successo rispetto a quella dell'eiaculazione precoce. Quest'ultima infatti, è caratterizzata da un alto livello di prescrizioni *off-label* e il tasso di *drop-out*, ovvero di abbandono della terapia, per la dapoxetina è stato recentemente attestato addirittura al 90%, tanto da far parlare della sua commercializzazione come di una “Waterloo” terapeutica (Mondaini et al., 2013; cfr. Schechter et al., 2016).

Le cause dell'insoddisfazione verso le terapie farmacologiche oggi disponibili per l'eiaculazione precoce sembrano essere in larga parte riconducibili a quelle che vengono riconosciute dagli stessi specialisti del settore come “pecche” intrinseche ad una soluzione farmacologica ancora “da migliorare”, ovvero: livelli di efficacia sotto le aspettative e in generale un rapporto negativo in termini di costi/effetti collaterali/benefici⁷⁵ (Mondaini et al., 2013; cfr. Schechter et al., 2016).

Attualmente, quindi, le scelte terapeutiche farmacologiche per la cura *quick-fix* dell'EP sembrano ancora molto lontane dagli standard di efficacia terapeutica che vengono invece descritti per la DE tanto che anche nel recente “Manuale di Andrologia e Sessuologia” (Longhi, Papini, 2016: 48) edito in Italia si attesta come “ancor oggi chi è affetto da EP presenta un sostanziale quanto insoddisfatto bisogno di farmaci altamente efficaci quali sono ad esempio i PDE5-Is per la DE”.

La questione, però, si spinge ben oltre la “semplice” dicotomia che si gioca sul filo della efficacia/non efficacia che sembra, a prima vista, caratterizzare il rapporto di paragone fra i farmaci orali per la DE e quelli per l'EP. Infatti, nonostante i dati delle prescrizioni e delle vendite siano nettamente più favorevoli per i farmaci PDE5i specifici per la disfunzione

⁷⁵ A ciò si aggiunge lo stigma collegato all'assunzione di antidepressivi che Waldinger (2013b; 2014) ha rilevato in relazione alla prescrizione *off-label* dei tradizionali farmaci SSRI.

erettile, anche in questo caso gli studi clinici riportano statistiche negative circa la compliance dei pazienti verso la terapia sintomatologica, che nel 40-60% dei casi viene abbandonata dopo tempi brevi o portata avanti con discontinuità (Althof, 2002; Carvalheira et al., 2012; 2014).

Eppure il Viagra e i suoi successori sono stati salutati come “magic bullet treatment” (Marshall, 2002: 133; cfr. Loe, 2004a: 74) anche dagli stessi medici, proprio perché riconosciuti come estremamente validi in termini di efficacia strumentale e di trascurabilità degli effetti avversi, caratteristiche che permettono una loro prescrizione come prima linea di intervento terapeutico senza approfondite indagini diagnostiche strumentali e indipendentemente dalle cause sottostanti (Potts et al., 2004; Jannini et al., 2009b). Viene quindi da chiedersi, insieme a Carvalheira e colleghi (2012: 2362; cfr. 2014; Althof, 2002): “if erectile function is so important for well-being, self-esteem, and relationships, and there is an easy and effective way to treat ED, why do men discontinue treatment?”

La risposta a questa domanda, commentano Carvalheira e colleghi (2012: 2362), autori di un articolo che si focalizza proprio sulle possibili cause alla base del dropout dei PDE5i, può essere trovata solo “in the complex relationship between efficacy, treatment satisfaction, adverse effects, safety concerns, cost, and multiple psychosocial factors”. Una relazione complessa di fattori, dunque, che sembra potersi applicare in generale a qualsiasi forma di terapia sintomatica *quick-fix* attualmente in commercio per i disagi sessuali maschili. All'interno di questa rete di motivazioni che inibiscono l'uso continuativo dei *sexuopharmaceuticals* da parte dei pazienti-consumatori risaltano in maniera significativa: il costo elevato di questi farmaci che non sono generalmente coperti dai servizi sanitari pubblici⁷⁶ e le difficoltà di accettazione (sia individuali che relazionali) di una vita sessuale farmaco-mediata (Althof, 2002; Carvalheira et al. 2012; 2014; Mondaini et al., 2013; Shechter et al. 2016).

Oltre ai bassi livelli di *compliance* rispetto ad una terapia continuativa, un altro elemento critico messo in luce dalla letteratura scientifica è la diffusa tendenza all'uso considerato illegittimo dei *sexuopharmaceuticals*⁷⁷ da parte di chi ricorre al mercato nero

⁷⁶ Nel contesto italiano, la prescrizione di inibitori della PDE5 a carico del SSN è limitata ai pazienti con disfunzione erettile da danno transitorio o parziale del midollo spinale o del plesso pelvico secondo un piano terapeutico specialistico. Fonte: <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/nota-75>.

⁷⁷ Le informazioni sono relative ai farmaci per la DE, non ci sono finora dati su un simile uso per i farmaci

(online) per un acquisto senza prescrizione (rischiando anche di assumere farmaci contraffatti) o di chi comunque, a prescindere dal possesso di una prescrizione, ne fa un uso *off-label* per finalità potenzianti differenti quindi da quella strettamente terapeutica. Come notano Ferrero Camoletto e Bertone (2016: 83-84), questi utilizzi “impropri” possono variare dalla ricerca di vie di acquisto alternativo attraverso canali considerati più economici, alla volontà di evitare il passaggio obbligato della visita medica, passando per veri e propri casi di uso ludico/ricreativo⁷⁸. “Emergono - quindi - combinazioni così variabili e contraddittorie di forme di consumo e di significati da mettere in crisi la possibilità stessa di distinguere chiaramente fra legittimo uso terapeutico e uso improprio e fra obiettivi di cura e di potenziamento” (Ferrero Camoletto, Bertone, 2016: 84, cfr. Giglio, 2016).

L'esigenza di comprendere le diverse dimensioni cliniche, culturali e sociali implicate nell'uso, nell'abbandono o nel rifiuto dei farmaci orali per le disfunzioni sessuali ha spinto una produzione di studi sociologici focalizzata a raccogliere le esperienze di consumo dei pazienti e delle loro partner (Loe, 2004a; 2004b; Potts, 2005; Potts et al., 2003; 2004; 2006; Grace et al., 2006; Wentzell, 2013; 2016)⁷⁹. È soprattutto attraverso queste ricerche che si riesce a comprendere in maniera più articolata la complessità delle forme di soggettivazione che, su diversi livelli, possono incorporare, adattarsi, negoziare oppure distaccarsi dai modelli normativi di sessualità oggi esistenti e quindi incidere sugli stessi meccanismi di co-costruzione sempre più ibridi fra corpi, tecnologie e definizioni diagnostiche (Woolgar, 1991; Brown 1995; Mamo, Fishman, 2001; Grace et al., 2006; Jutel, 2009; Anspach, 2011).

Com'era prevedibile, sottolinea il gruppo di ricerca neozelandese di Potts e colleghe (2003; 2004; 2006; cfr. Grace et al., 2006), la generale attenzione/ossessione maschile verso la “funzionalità meccanicistica e una continua valutazione della propria performance” (Grace et al., 2006: 306) conferma una complessiva reiterazione del “male sexual function script” (Tiefer, 2007) strutturante l'espansione della gestione farmacologizzata delle problematiche sessuali:

contro l'EP.

78 Si pensi all'uso del Viagra in concomitanza con sostanze stupefacenti illegali per facilitarne l'ingresso in circolo tramite l'aumentata vasodilatazione o per sopperirne gli effetti collaterali legati al calo della prestanza sessuale (Vares, Braun, 2006: 327-329; Giglio, 2016).

79 Questo tipo di ricerche si limita a pochi casi concentrati solo sul fenomeno del Viagra e della DE e si concentra soprattutto negli Stati Uniti (Loe, 2004); Nuova Zelanda (Potts et al. 2004); Messico (Wentzell, 2013). In Italia alcune storie di consumatori sono state raccolte da Mianiti (2009).

“Always within an oppositional binary of male/female, men unproblematically always ‘want sex’; willingness to perform is not the problem, the physicality of the erection is the problem. Performance is reliant on the ability to penetrate. The male is constructed as active, the female as receptive and reliant on penetration (and the sexual proficiency of her partner) for her ‘pleasure’. The relationship is generally monogamous, and the ‘sex’ is heterosexual. Men desire, perform and function, women get aroused and have orgasms, assisted by a skilful partner’s act of penetration. Men’s erections are required for women’s sexual pleasure, women’s orgasms are required for men’s assurance of the quality of their performance” (Grace et al., 2006: 311)

Una buona parte di soggetti intervistati testimonia il nesso tra virilità e performance sessuale (impeccabile), dove l'attenzione verso il piacere sessuale femminile sembra essere spesso intesa come banco di prova per dimostrare la propria mascolinità perduta o ancora da ottenere. Tale nesso non può che venire accentuato dall'aver a portata di mano dei farmaci che, in quanto “tecnologie di genere” (Mamo, Fishman, 2001: 20) forniscono precise indicazioni normative su come vivere e interpretare una maschilità di successo. Essi infatti contengono la promessa di “vivere [finalmente] il mito” (Loe, 2004a: 71) della mascolinità egemonica e idealizzata che coniuga l'idea tradizionale di una espressione aggressiva e incontrollata della virilità - spinta da un desiderio presentato come onnipresente e non problematico - con l'ottenimento del pieno controllo delle proprie funzioni corporali (Potts, 2000a: 91-92; Baglia, 2005; Grace et al., 2006; Tiefer, 2007).

In questa cornice, la sessualità maschile mantiene una duplice versione: da un lato, ha un'immagine naturalmente potente, ma dall'altro è fragile e instabile, sub-ottimale e sempre migliorabile. Sfuma quindi in questo caso la linea che separa gli obiettivi di cura da quelli di ottimizzazione. Infatti, una volta accettata la premessa che illustra questi farmaci come pillole che, pur non essendo degli afrodisiaci, promettono la garanzia di una performance altamente virile in ogni contesto, è facile comprendere come questa offerta risulti particolarmente attraente per chiunque, spinto da un sentimento di inadeguatezza o da un desiderio di potenziamento (o da entrambi), si prospetti dalla loro assunzione proprio quella “spinta extra” (Loe, 2004a: 80) necessaria per una performance sempre migliore e impeccabile, correndo anche il rischio di una dipendenza psicologica (Loe, 2004a; Baglia, 2005; Vares, Braun, 2006; Tiefer, 2007).

Con l'ingresso dei *sexuopharmaceuticals*, dunque, sembrano non esistere “più scuse per non

essere sempre sessualmente attivi e desiderosi” (Loe, 2004a: 174) e ciò ha contribuito al progressivo innalzamento degli standard di normalità che, costruiti lungo l'opposizione binaria funzionale/disfunzionale (Katz, Marshall, 2004), di fatto tendono a stabilire una equazione tra ottimale e normale, indipendentemente dalla propria età biologica e dal contesto.

Allo stesso tempo però sono emerse forme di soggettivazione non del tutto conformi alle narrazioni dominanti veicolate dal fenomeno Viagra. Non ricalcando pienamente il modello che vuole l'uomo “always ready and always in control” (Loe, 2004: 70) si spingono così verso riflessioni più ampie che portano a problematizzare il “virilismo medicalizzato” (Ferrero Camoletto, Bertone, 2012) proposto come forma di mascolinità socialmente desiderabile dalla patologizzazione farmacologizzata delle disfunzioni sessuali maschili.

Al centro di queste riflessioni compare innanzitutto la questione della patologizzazione dell'invecchiamento, asse portante dei meccanismi che strutturano la medicalizzazione dell'*underperformance* maschile attraverso l'imperativo del “forever functional” (Marshall, Katz, 2002) tale per cui il mantenersi attivi lungo tutto il corso di vita diventa non solo una possibilità, ma anche un dovere, parte di quella cura di sé necessaria per conservare vitalità e benessere secondo il *lifestyle* del “positive ageing” (Marshall, Katz, 2002; Gott, Hinchcliff, 2003; Katz, Marshall, 2004; Gott, 2005; Marshall, 2006).

Le ricerche sui pazienti mostrano però come non tutti aderiscano a questo standard normativo proponendo in alternativa visioni che mettono in discussione la stessa definizione medica di “disfunzione sessuale”. Rientra in questa cornice sia chi preferisce applicare una, più o meno rassegnata, “narrazione del declino” secondo cui una ridotta funzionalità erettile e una attività sessuale più limitata in età matura fanno parte di un ciclo di vita naturale e sano; sia chi, invece, promuove una “narrazione del progresso” rivendicando la possibilità di interpretare i cambiamenti legati al corso di vita come occasioni di sperimentare forme di sessualità mature e competenti, lontane da una visione incentrata sulla penetrazione e quindi potenzialmente più in sintonia con i vissuti delle partner (Potts et al., 2006; Wentzell, 2013; 2016; Ferrero Camoletto, Bertone, 2016).

È proprio indagando il punto di vista delle partner e tenendo dunque in considerazione

la diversità e la fluidità della sessualità femminile (Potts et al., 2003; Vares et al., 2007) che si può ridimensionare la retorica che vede i *sexuopharmaceuticals* come panacea per ripristinare l'armonia della coppia. “Al contrario – affermano Ferrero Camoletto e Bertone (2016: 85) - i farmaci vengono spesso accusati di circoscrivere il repertorio sessuale al sesso penetrativo e di minare le possibilità di negoziazione dei tempi e delle forme della sessualità nella relazione”.

2.1.4 Nuovi scenari farmaco-mediati

Sulla base di quanto è stato delineato rispetto ai processi di medicalizzazione farmacologizzata delle disfunzioni sessuali maschili, si è d'accordo con Lauretti e colleghi (2016: 154) nel puntualizzare come “il progresso scientifico e farmacologico fornisca continuamente al medico nuovi e potenti strumenti di diagnosi e soprattutto di cura e, nello stesso tempo, infonda naturalmente nella persona malata (e non), speranze ma anche nuove sollecitazioni e interrogativi”.

Eppure, si è visto, la farmacologizzazione figlia del modello biomedico, da sola non sembra bastare per fornire una risposta adeguata e sufficiente a queste nuove sollecitazioni, speranze e interrogativi. Iniziano quindi ad intravedersi delle falle all'interno del modello biomedico caratterizzato da una cura *disease-centered* iperspecialistica e tecnologica che pone principalmente l'attenzione alla malattia come stato fisico dell'organismo e assegna al malato un ruolo sostanzialmente passivo. Il suo orientamento rigidamente riduzionistico viene considerato sempre più inadeguato a cogliere tutti gli aspetti influenti nei processi di salute e malattia.

Un tentativo di sopperire a queste fragilità, in ambito sessuologico, è rinvenibile nella proposta di rivalutazione del cosiddetto paradigma bio-psico-sociale, fondato negli anni '70 dallo psichiatra americano George Engel (1977; cfr. Giarelli, 2003: 112-113; Turchi et al., 2007: 29) che, ispirandosi alla teoria dei sistemi, sviluppò un approccio olistico definibile

come “centrato sul paziente” e non più esclusivamente sulla malattia.

Il paradigma biopsicosociale, rifacendosi al paradigma sistemico, ritiene infatti che sia l'interdipendenza dei fattori biologici, psicologici e sociali, a condizionare la salute del paziente, senza limitarsi, come avviene per il paradigma biomedico, ad un'analisi riduzionista della malattia e ad un conseguente intervento semplicistico sulla stessa. Tale modello esplicativo è già alla base, del resto, della nozione di salute fornita dall'OMS⁸⁰ (1948; 1978; 1986) come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto come assenza di malattia organica. Anche l'essere umano, in questa prospettiva, andrebbe dunque concepito in maniera olistica come un sistema funzionale. Nello specifico, la sessualità è inquadrata come un fenomeno complesso nel quale convergono e interagiscono diverse componenti, dagli aspetti biologici a quelli intrapsichici, relazionali, sociali e culturali. Si tratterebbe quindi di una prospettiva olistica in grado di ricomporre la scissione cartesiana tra mente e corpo, integrando nella logica diagnostica e di cura elementi di provenienza psicologica e sociologica (Giarelli, 2003: 112; Melocchi, Tousijn, 2004: 44; Simonelli, 2006; Turchi, Della Torre, 2007).

Le traduzioni pratiche di tale modello sembrano però essere ancora molto variabili e rispecchiano una situazione di fluidità e dinamicità rispetto all'autorità giurisdizionale che, quantomeno nel contesto della cura delle disfunzioni sessuali maschili, non sembra prospettare interventi concreti nel livello “socio-culturale” che pure trova spazio, nominale, nel suddetto paradigma.

Lungi dal mettere in discussione gli standard eteronormativi che il processo di medicalizzazione ha contribuito a creare, la posta in gioco del modello biopsicosociale sembra infatti declinarsi in una ristrutturazione della chiave patologizzante della sessualità che apre le porte a nuovi, o per meglio dire rinnovati, professionalismi (Furedi, 2004; Tousijn, 2004; 2013).

L'ingresso dei farmaci orali, si è visto, aveva effettivamente contribuito a mettere in ombra il bagaglio di spiegazioni e strumenti terapeutici della professione psicologica a favore di una gestione medicalizzata ipoteticamente *quick-fix* nelle mani della categoria dei medici

⁸⁰ Per una disamina approfondita del concetto di salute così come viene definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità si rimanda a Turchi, Della Torre, 2007.

uro/andrologi. Tuttavia, negli ultimi dieci anni almeno, la sola figura del medico prescrittore di farmaci si è rivelata appunto insufficiente per un intervento davvero incisivo, anche se questa incisività è stata spesso giudicata rispetto alla compliance del paziente verso i farmaci stessi. È proprio la fragilità dimostrata da un eccessivo affidamento sulla sola opzione farmacologica, che sembra aver aperto nuovi spazi di azione-legittimazione per un rinnovamento professionale e terapeutico orientato in senso multidisciplinare. Infatti, proprio in virtù di spiegazioni eziologiche multifattoriali, viene sostenuta l'istanza che il sintomo sessuale, sia nella diagnosi che nella terapia, sfugga a a schemi terapeutici singoli e convenzionali. In alternativa viene proposto un lavoro di équipe che reintegra la figura professionale dello psicologo all'interno di un approccio di cooperazione con il medico che prevede dunque l'integrazione di approcci teorici e strumenti clinici diversi, sia medici che psico-sessuologici.

Sebbene le specifiche impostazioni di questo protocollo integrato dipendano in larga misura dal *background* degli specialisti coinvolti (Simonelli, 2006; Cacchioni, 2015) le principali declinazioni terapeutiche che si trovano in letteratura di tale orientamento diagnostico sembrano prediligere una combinazione di farmaci orali, *counseling* sessuale e interventi psicoterapeutici brevi e focalizzati sul sintomo, solitamente rivolti alla dimensione relazionale della coppia. Sarebbe proprio tale combinazione ad assicurare l'efficacia di interventi terapeutici (e di professionalità) che da soli, invece, si sono dimostrati insufficienti, come si è visto nella breve ricostruzione storica delle tappe della patologizzazione della inadeguatezza sessuale maschile. Solo un approccio integrato sarebbe dunque funzionale per garantire, per esempio, la *compliance* di un paziente maggiormente disposto ad accettare di legarsi ad un farmaco sintomatologico dopo aver usufruito di una consulenza sessuologica educativa; o di una coppia che, coadiuvata da un farmaco che blocca momentaneamente il sintomo disfunzionale, può più facilmente eseguire gli esercizi sessuali cognitivo-comportamentali solitamente orientati al completamento di un coito penetrativo orgasmico per entrambi (Althof, 2002; Simonelli, 2006; Metz, McCarthy, 2007; Cormio et al. 2015; Frith, 2015).

In questo senso, si è in linea con le osservazioni critiche di Cacchioni (2015; cfr. Potts, 2000b; Tiefer, 2004; 2007; Cacchioni, Tiefer, 2012; Gupta, Cacchioni, 2013; Cacchioni,

2015; Frith, 2015) che, riprendendo il concetto di “tailorizzazione del sesso” di Jackson e Scott (2010), sottolinea l'aspetto paradossalmente disciplinante che comporta il riuscire a performare una sessualità adeguata e competente nell'attuale contesto eteronormativo/normativizzante all'interno del quale agli individui viene insegnato come “deprogrammarsi e riprogrammarsi” (Cacchioni, 2015) sessualmente attraverso modalità che comportano il sottoporsi ad un training specialistico (Jackson, Scott, 2010), spesso farmacomediato:

“Of all the types of sex work, [...] discipline work is the option sex experts are most likely to advocate. Jackson and Scott have pointed to the inconsistency in messages from sex experts who frequently suggest that sex should be 'spontaneous' even though they require 'working harder and practicing in order to achieve the best possible outcome'. Whether the practitioners were employed in fields relating to mental or physical “health,” they shared the goal of disciplining mental and physical sexual responses, but emphasized different aspects depending on their disciplinary background [...] [the] basic strategy was to alter the [men and women's] mental and physical reactions to certain types of sexual activity, rather than to alter social expectations of heterosexual sex” (Cacchioni, 2015)

In questa cornice eteronormativa e terapizzata, all'interno della quale una eterosessualità di successo richiede uno sforzo disciplinante, “l’aspirazione alla norma fallica” dunque sembra ancora configurarsi, nonostante tutto, a tutti gli effetti come “imperativo” (Magaraggia, Blatterer, 2012: 197) poiché sia il benessere sessuale maschile che la stessa maschilità sono spesso tradotti (e ridotti) in termini di efficienza peniena, a cui dedicare letteralmente anima e corpo (Cacchioni, 2015) in vista dell'ottenimento di una performance ottimale che sembra avere la precedenza su visioni alternative della sessualità più aperte alla negoziazione e ad una costruzione contestualizzata, più flessibile e paritaria, delle forme del desiderio e del piacere (Ferrero Camoletto, Bertone, 2012; 2016).

III. Obiettivi e metodo della ricerca

3.1 Contesto e domanda di ricerca

Sulla base delle statistiche della Società Italiana di Andrologia, in Italia soffrirebbe di disfunzione erettile il 13% dei maschi tra i 18 e i 70 anni, corrispondente a circa 3 milioni di individui⁸¹. Inoltre, sempre secondo le stime fornite da fonti ufficiali che considerano l'attuale tendenza a un progressivo invecchiamento della popolazione, pare che nei prossimi 20 anni, la diffusione della disfunzione erettile sia destinata ad aumentare notevolmente sino a valori addirittura stimati intorno al 50% della popolazione maschile compresa tra i 40 e 75 anni di età (Bevere et al., 2012: xxxi). Anche nel contesto italiano il “*gold standard terapeutico*” (Bevere et al., 2012: xx) è rappresentato dagli inibitori dell'enzima fosfodiesterasi di tipo 5 come il Viagra e i suoi successori. Stando al rapporto dell'edizione del Quaderno del Ministero della Salute dedicata alla branca andrologica, “una volta riconosciuti, curati o eliminati le cause e i fattori di rischio di disfunzione erettile, il trattamento con gli inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE5i) è da considerarsi di prima scelta” (Bevere et al., 2012: 81).

Per quanto concerne il mercato dei farmaci, dei 3 milioni di individui che si stima possano soffrire di questo disagio, si è calcolato che circa 450 mila si affidano al trattamento farmacologico (Basile Fasolo, 2004: 2). Secondo quanto riportato dal sito italiano della Pfizer⁸², nel nostro paese i farmaci orali per la disfunzione erettile sembrano avere un buon successo di vendite: con 60 milioni di compresse vendute in dieci anni e una media di 4.300 pillole di Viagra ogni 1000 uomini oltre i 40 anni, l'Italia si posiziona al terzo posto in Europa per consumo della pillola blu, seconda solo ad Inghilterra e Germania. Nel 2013, la spesa per questi farmaci ha toccato i 170 milioni di Euro, corrispondente al 5,6% del totale

81 Fonte: <http://www.andrologiaitaliana.it/content/0823ae17-b69a-4c95-a9d0-e47636f8d6c1/Deficit-Erettile.aspx> (cfr. Mianiti, 2009)

82 <http://www.pfizer.it/cont/comunicati-stampa/0812/2300/compleanno-per-lapillola-blu-.asp>

dei medicinali di fascia C⁸³ (Astuti, 2014; 2016) a cui però, stando agli studi sul monitoraggio delle terapie, fa da contraltare un elevato livello di *drop-out*, ovvero di abbandono della cura farmacologica per una percentuale che raggiunge addirittura il 50% in alcuni studi (Turchi, 2011: 3). Oltre all'utilizzo effettivo, la legittimità sociale di questo tipo di farmaci sembra essere abbastanza ampia: sempre secondo una *survey* finanziata dalla Pfizer⁸⁴ poco più della metà degli intervistati, con poche differenze tra donne e uomini, considera moralmente accettabile utilizzare un farmaco per migliorare le proprie prestazioni sessuali (53%) o per ristabilire l'armonia sessuale della coppia (57%).

Sul versante dell'eiaculazione precoce, invece, non si dispone di dati pubblici particolarmente informativi sul consumo di farmaci nonostante l'approvazione della dapoxetina, il primo agente farmacologico con specifica indicazione per questo disturbo, sia avvenuta ormai nel 2009⁸⁵. Tuttavia, come si è visto nel precedente capitolo, la letteratura sul monitoraggio delle terapie attesta, proprio in relazione al contesto italiano, un livello di abbandono della terapia farmacologica particolarmente elevato che sfiora addirittura il 90% (Mondaini et al., 2011).

Ciononostante, le fonti andrologiche ufficiali considerano l'eiaculazione precoce “una condizione medica ancora sottostimata e poco trattata, pur essendo la disfunzione sessuale maschile più diffusa con un'incidenza maggiore della disfunzione erettile”⁸⁶. Sulla base dei dati derivati da studi epidemiologici, si stima che in Italia l'eiaculazione precoce, manifestabile a qualunque età, abbia un'incidenza sulla popolazione maschile tra il 20-30%, vale a dire oltre 4 milioni di uomini, senza differenza per fasce di età. Nonostante tale presunta maggiore diffusione, è la disfunzione erettile a rappresentare il motivo più

83 Medicinali non concessi dal SSN e quindi a carico del cittadino. Sono ovviamente escluse da queste statistiche le vendite effettuate on-line, pressoché impossibili da rintracciare.

84 “Gli italiani e la sessualità”, realizzato da GPF su un campione rappresentativo di italiani tra i 18 e i 74 anni. Soltanto il 2% degli uomini intervistati dichiara di aver utilizzato un farmaco per la disfunzione erettile, ma un terzo degli intervistati, concentrati soprattutto nelle età centrali (tra i 35 e i 54 anni) dichiara che, se necessario, potrebbe ricorrere al Viagra.

Fonte: <http://www.pfizer.it/cont/comunicati-stampa/0812/2300/compleanno-per-la-pillola-blu-.asp>

85 Come si è visto nel precedente capitolo, gli altri farmaci utilizzati per la terapia dell'EP, dagli SSRi tradizionali agli anestetici a base di lidocaina, vengono prescritti *off-label* e dunque è impossibile tracciarne il consumo specifico per questa problematica.

86 Fonte: <http://www.benesserecoppia.it/eiaculazione-precoce/3/cose-leiaculazione-precoce.html>

frequente di consultazione andrologica (Gentile, 2010: 9; Bevere et al., 2012: 25).

Se nel contesto americano e neozelandese il successo dei *blockbuster drugs* come il Viagra sembra essere legato ad una legislazione che ne permette una massiccia pubblicizzazione direttamente al consumatore, nel contesto europeo, il mercato farmaceutico è vincolato da una legislazione⁸⁷ più restrittiva poiché la pubblicità diretta al consumatore è consentita solo per i cosiddetti farmaci “da banco”, non soggetti a prescrizione medica. In Italia, e più in generale in Europa, alla pubblicità diretta viene sostituito il canale delle campagne mediatiche di sensibilizzazione sulle patologie, in questo caso andrologiche. Tale mezzo comunicativo è stato diffusamente utilizzato negli ultimi anni dalle diverse associazioni facenti parte del contesto andrologico italiano⁸⁸, spesso in collaborazione con importanti case farmaceutiche e organismi istituzionali, come il Ministero della Salute.

A partire da questo breve quadro sulla medicalizzazione farmacologizzata delle disfunzioni sessuali maschili nel contesto italiano, la riflessione che si pone al centro di questo lavoro, informata dagli strumenti concettuali delineati nei precedenti capitoli introduttivi, è stata rivolta ad approfondire i processi di co-costruzione (Casper, Koenig, 1996; Haraway, 1991; Barad, 1998; Jasanoff, 2004; Lock, Nguyen, 2010) che caratterizzano e sorreggono l'espansione diagnostico-terapeutica delle principali problematiche sessuali maschili.

Si è infatti cercato di mettere in luce, limitatamente alla patologizzazione dei disturbi sessuali maschili, alcune delle tensioni e dei meccanismi di adattamento all'interno di quelle configurazioni interdipendenti e processuali che si creano proprio dal rapporto di coproduzione tra diverse dimensioni che dipendono le une dalle altre per il proprio sviluppo: dalle definizioni di salute e malattia e dai dispositivi terapeutici, alle giurisdizioni professionali fino alla stessa costruzione di soggettività incorporate.

⁸⁷ Per quanto riguarda l'Italia si fa riferimento al Codice comunitario sui medicinali per uso umano – Decreto legislativo n. 219 del 24 Aprile 2006.

Fonte: <http://www.medicoeleggi.com/argomenti00/italia2006/19131.htm>

⁸⁸ Le principali sono: la S.I.A. (Società Italiana di Andrologia), la S.I.U. (Società Italiana di Urologia) e la S.I.A.M.S (Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità).

Una attenzione privilegiata è stata diretta, in particolare, all'interazione (e alla produzione di stabilità reciproca) fra sistemi eziologici, farmaci e autorità professionale. Infatti, dal momento che nella “definizione della malattia” è contenuta la definizione della figura professionale legittimata ad occuparsene (Tousijn, 2000; 2009; Vicarelli, 2010), l'intento che dalle premesse teoriche ha strutturato il lavoro di analisi del materiale empirico è stato quello di trovare un filo conduttore che, muovendo da una prospettiva di conoscenza situata (Haraway, 1991: 590) saldamente ancorata al punto di vista dei professionisti andrologi e psicosessuologi, riuscisse a mettere in luce i meccanismi di *mutual shaping* tra questi saperi-esperti e il campo più ampio della salute sessuale maschile che essi intendono amministrare. Con questo obiettivo in mente si è deciso di affidarsi allo strumento euristico dei repertori diagnostico-terapeutici, dispositivi al contempo materiali e semiotici (Haraway, 1991; Johnson et al., 2016) intesi come un “prisma attraverso il quale produrre la diffrazione necessaria per destrutturare l'apparente compattezza del discorso scientifico” (Haraway, 1997/2000; cfr. Johnson et al., 2016: 314).

La finalità non è quella di rendere conto delle effettive pratiche diagnostico-terapeutiche in sé, quanto quella di lavorare con le modalità di descrizione, di interpretazione e di definizione di senso prodotte dai professionisti della salute sessuale maschile facendo emergere quindi la dimensione di argomentazione normativa e di autolegittimazione (Orbuch, 1997) del loro operato e del loro ruolo di *gatekeeping* in relazione a quei disagi della sessualità maschile che, come tante altre problematiche legate alla qualità della vita, hanno subito nel tempo un importante processo di espansione diagnostica altamente medicalizzata e farmacologizzata.

3.2 Costruzione della base empirica

La questione al centro della domanda di ricerca è stata indagata a partire dai discorsi

ufficiali e dagli *accounts* dei saperi esperti appartenenti al settore andrologico e psicologico. Questo lavoro dunque, nella sua parte pratica, si è affidato ad una modalità di ricerca di tipo qualitativo articolata attraverso la raccolta e l'analisi sia di materiale documentario che di interviste in profondità ad esperti del settore andro- e psico-sessuologico italiano.

La scelta di focalizzarsi sui repertori diagnostico-terapeutici prodotti dai discorsi specialistici è stata, di conseguenza, sviluppata secondo due direttive. Da una parte è stata indagata la versione accreditata che viene fornita a livello ufficiale delle problematiche sessuali in oggetto e delle figure degli specialisti dell'area andro/psico-sessuologica. Dall'altra, si sono sollecitati, sempre sulle stesse tematiche, dei resoconti e delle riflessioni rilasciate, a porte chiuse, da questi professionisti interpellati sia nella veste di esperti della sessualità maschile sia in quella di osservatori/testimoni, ma anche protagonisti⁸⁹ attivi del processo di patologizzazione dell'inadeguatezza sessuale maschile e del conseguente disciplinamento, spesso farmaco-mediato, delle condotte sessuali e dei rapporti di genere.

3.2.1 Selezione del materiale documentario

Sul versante del materiale documentario il campione è vario e si compone sia di testi scientifici di recente pubblicazione (manualistica, libri e riviste di matrice andrologica e psico-sessuologica) che materiale *public-oriented*⁹⁰ (campagne di sensibilizzazione sulla

⁸⁹ Per i ruoli assegnati all'intervistato si rimanda a Cardano, 2011: 167

⁹⁰ Come si avrà modo di sottolineare, le campagne di sensibilizzazione analizzate sono finanziate dalle principali case farmaceutica produttrici di farmaci per le disfunzioni sessuali maschili. Pur non essendo questo il contesto per un approfondimento circa l'etica dei finanziamenti ad iniziative di comunicazione sociale da parte di imprese private, si riprendono brevemente le riflessioni in merito di Garrone (2005: 38-39) secondo cui “il limite generale che gli operatori privati incontrano quando sono coinvolti in iniziative di comunicazione sociale è quello relativo al divieto di mascherare messaggi promozionali all'interno di un contesto apparentemente informativo circa problematiche di rilevanza collettiva. In altre parole, un'impresa che sponsorizzi un'iniziativa di sensibilizzazione su di una determinata problematica, non deve, ad esempio, trarre da ciò occasione per collegare a tale iniziativa la promozione diretta di propri prodotti attinenti l'argomento affrontato dalla campagna di comunicazione sociale”. A maggior ragione questo dovrebbe valere in ambito sanitario, dal momento in cui i prodotti in questione sono medicinali con obbligo di prescrizione medica, la cui promozione diretta al consumatore è soggetta a divieto ai sensi dell'articolo

disfunzione erettile e sull'eiaculazione precoce). Per selezionare il materiale da includere nella ricerca ci si è anzitutto basati sulle indicazioni presenti nei siti delle principali società scientifiche di settore: la Società Italiana di Andrologia (SIA), la Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità (SIAMS) e la Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica (FISS), considerate come le portavoci ufficiali del settore andro-sessuologico più ampio⁹¹.

La scelta degli articoli e dei saggi è stata realizzata attraverso una ulteriore selezione dei titoli per parole chiave semanticamente riconducibili ai repertori diagnostico-terapeutici delle disfunzioni sessuali maschili, tra cui le principali sono: disfunzione erettile; eiaculazione precoce; andrologia; (psico)sessuologia; molecole e nomi commerciali dei farmaci per le disfunzioni sessuali; coppia; (sex)counseling; sex therapy; psicoterapia (mansionale) sessuale. Oltre ad una copertura tematica di entrambe le disfunzioni sessuali maschili in oggetto, si è optato per un campionamento che privilegiasse la dimensione giurisdizionale cercando di essere dunque più rappresentativi possibile rispetto al panorama delle diverse voci che compongono il settore andro/psico-sessuologico nel contesto italiano. Si sono dunque scelti articoli e manuali di andrologia e di (psico)-sessuologia all'interno dei quali si ritrovano sia casi di collaborazione inter-professionale a partire dalla stessa linea editoriale; sia tracce di divisioni intra/inter-professionali.

Tabella 1. Materiale documentario:

<u>Riviste Scientifiche</u>	“JAS – Journal of Andrological Sciences” diventato dal 2012 “Archivio Italiano di Urologia e Andrologia”: selezione di 15 articoli tra il 2010 e il 2015 + edizioni
-----------------------------	---

115 del d.lgs. n. 219. La pubblicità, dunque, dovrebbe rispettare il principio di trasparenza senza utilizzare l'espedito psicologico della pubblicità redazionale facente leva su di un messaggio che appare, a prima vista, oggettivo e disinteressato, al quale viene riconosciuto un elevato e subdolo potere di persuasione del consumatore, proprio in virtù della sua presunta obiettività (Garrone, 2005: 39-40).

91 SIA: <http://www.andrologiaitaliana.it/> SIAMS: <http://www.siams.info/> FISS: <http://www.fissonline.it/>. Le prime due società citate hanno patrocinato le principali campagne di sensibilizzazione sulla salute sessuale maschile promosse in Italia, tra le quali rientrano anche le due sulle quali si è approfondita l'indagine in questo lavoro.

	speciali: atti dei convegni nazionali SIA – Società Italiana Andrologia dal 2010 al 2015. “Rivista di Sessuologia Clinica”, Franco Angeli, Milano : selezione di 25 articoli tra il 2004 e il 2015 “Rivista di Sessuologia”, Scione Editore, Roma: numero speciale sul counseling psicosessuologico (2011); numero speciale sulla psicoterapia mansionale integrata (2012)
<u>Manualistica</u>	Bevere et al. (2012), Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura delle patologie andrologiche, in “Quaderni del Ministero della Salute”, n. 13 Jannini et al. (2007), Sessuologia medica, Elsevier Masson, Milano Lenzi et al. (2012), Guida allo studio dell'andrologia, Società Editrice Universo, Roma Longhi, Papini (2016), Manuale di andrologia e sessuologia, Pacini editore, Pisa Menchini Fabris et al. (2008), Manuale di andrologia, edizioni Ets, Pisa Simonelli (2006), L'approccio integrato in sessuologia clinica, FrancoAngeli, Milano
<u>Campagne di sensibilizzazione</u>	http://www.benesserecoppia.it/ (Eiaculazione precoce) https://www.uomoesalute.it/ (Disfunzione erettile)

3.2.2 Interviste ai saperi esperti

Secondo Littig e Pochhacker (2014: 1087-1088), ci sono due ragioni principali che assegnano alla “expert interview” lo status di metodologia a sé stante all'interno del panorama dell'indagine qualitativa. La prima è relativa a questioni epistemologiche concernenti la categoria di “esperto” e lo specifico tipo di conoscenza di cui egli si fa portatore e la seconda ha a che fare con questioni metodologiche pratiche legate sia a determinati limiti imposti dal contesto, sia al ruolo dell'intervistatore (Dexter, 2012/1970).

Al centro dell'interesse di ricerca non rientrano tanto gli individui presi nella loro “interezza” quanto le conoscenze e le capacità degli intervistati relative al loro specifico ruolo di esperti di un determinato ambito di attività, in questo caso i professionisti dell'area medica o psicologica. In quanto esperti e professionisti essi dunque possiedono e padroneggiano una conoscenza, sia tacita che esplicita, di tipo contestuale, processuale, tecnico/pratica (*know how*) e interpretativa (*know why*) che, a maggior ragione per le categorie di specialisti in questione, determina anche una loro posizione di accesso privilegiato alle informazioni e di responsabilità funzionale allo sviluppo, all'implementazione e al controllo di processi di *problem solving* e *decision making* (Bogner, Littig, Menz; 2009; Flick, 2014).

Come sottolineano Bogner e Menz (2009: 44) infatti:

“Experts have technical process oriented and interpretive knowledge referring to their specific professional sphere of activity. Thus, expert knowledge does not only consist of systematized and reflexively accessible specialist knowledge, but it has the character of practical knowledge in big parts. Different and even disparate precepts for activities and individual rules of decision, collective orientations and social interpretive patterns are part of it. The experts' knowledge and orientations for practices, relevancies etc. have also – and this is decisive – a chance to become hegemonic in a specific organizational or functional context. This means, experts have the opportunity to assert their orientations at least partly. By becoming practically relevant, the experts' knowledge structures the practical conditions of other actors in their professional field in a substantial way”.

Una volta appurata la qualifica di esperto, che per le categorie di specialisti in oggetto sembra essere autoevidente tanto che, nella letteratura sull'argomento (Dexter, 1970/2012; Bogner, Littig, Menz; 2009), i medici sono definiti come il prototipo per

eccellenza in relazione al percorso di studi e avanzamento professionale certificato e monopolistico, è necessario operare una riflessione relativa proprio allo status particolare dell'intervistato che, soprattutto nel caso del medico specialista, spesso comporta una attività professionale elitaria ed estremamente impegnativa. Da ciò infatti derivano importanti implicazioni pratiche che il ricercatore deve necessariamente tenere in conto prima di intraprendere una ricerca che si focalizza sul ruolo e sul sapere degli esperti, a maggior ragione se facenti parte di una data élite professionale (Dexter, 1970/2012; Hoffman et al., 1995; Littig, 2009: 98-113). Tali implicazioni vanno ad incidere su diversi livelli, a partire dallo stesso accesso al campo spesso molto difficoltoso a causa dei molteplici impegni dell'intervistato.

Come pone in evidenza Flick (2014: 113): “it can be difficult to convince them to give an interview. Here and during the interview, the issue of time restrictions comes up – expert interviews often have to be calculated and run much tighter than other forms of interviews”. L'intervistatore deve essere, dunque, innanzitutto preparato a possibili, e spesso purtroppo numerose, modifiche nel calendario degli appuntamenti per le interviste e ad una generale mancanza di tempo che si ripercuote anche nella conduzione dell'intervista stessa. Per quanto, infatti, sia opportuno negoziare, già nella fase di primo contatto⁹², alcuni aspetti fondamentali per la conduzione “ortodossa” di un'intervista, quali la durata minima del colloquio e la necessità di rimanere da soli con l'intervistato, non sempre essi vengono rispettati a causa di meccanismi “compromettenti” che esulano dalla volontà e dal raggio di azione del ricercatore. Spesso infatti la disponibilità a farsi intervistare viene limitata il più delle volte alle pause pranzo, tra un paziente e l'altro o a fine turno lavorativo, per altro in ambienti di lavoro, come ospedali, a.s.l. o studi privati, all'interno dei quali, in certi casi, non é sempre possibile usufruire di una costante privacy tra l'intervistato e l'intervistatore, spesso interrotta, per esempio, da richieste di consulti o addirittura da vere e proprie emergenze mediche.

Un discorso a parte va, poi, riservato alla modalità di conduzione dell'intervista e

⁹² Fase che spesso è mediata da un operatore amministrativo segretariale che non facilita di certo questo processo esplicativo così fondamentale ai fini della buon esito dell'intervista.

all'interazione che si instaura fra intervistato e intervistatore. Le linee guida che un intervistatore deve seguire quando interagisce con un esperto o un membro di una particolare élite sono flessibili e accordano all'intervistato un trattamento non standard/standardizzato che, nella classica interpretazione di Dexter (1970/2012: 18) implica:

1. stressing the interviewee's definition of the situation;
2. encouraging the interviewee to structure the account of the situation;
3. letting the interviewee introduce to a considerable extent (an extent which will of course vary from project to project and interviewer to interviewer) his notions of what he regards as relevant, instead of relying upon the investigator's notions of relevance;

Lo status che l'intervistato attribuisce sia all'intervistatore sia all'intervista in sé sono dunque di fondamentale importanza per la strutturazione dell'interazione nel *setting* di una “expert interview” caratterizzata in partenza da un'asimmetria relazionale e conoscitiva.

A seconda della sua preparazione sugli argomenti toccati dalla traccia di intervista e del suo modo di porsi, il ricercatore potrà essere percepito come un conoscitore della materia o un semplice profano, come un critico potenziale o sostenitore dell'operato dell'intervistato. Queste attribuzioni influiranno sia sulla qualità dei contenuti che sullo stesso “comportamento comunicativo” dell'intervistato, dalla sua disponibilità e apertura comunicativa (livello di *self-disclosure* e profondità delle argomentazioni descrittive ed esplicative) al suo stile di auto-rappresentazione, all'interno di un continuum che va da un eccesso di “manierismo paternalista” (Pfadenhauer, 2009: 86) ad una totale riluttanza nel rispondere a determinate domande considerate inopportune. Il ricercatore deve quindi essere consapevole di queste dinamiche e modellare i suoi obiettivi di ricerca, espliciti ed impliciti, e la gestione stessa dell'intervista sulla base di queste considerazioni.

A riguardo sono degne di nota le indicazioni di Pfadenhauer (2009) secondo cui al fine di riuscire a connettersi in maniera adeguata al sistema di rilevanza dell'esperto, il ricercatore dovrebbe diventare addirittura un “quasi-expert” o quantomeno un *outsider* altamente informato, tramite un lungo, accurato e faticoso studio sia della materia padroneggiata in maniera ottimale e ufficiale dall'esperto professionista sia del contesto organizzativo e

relazionale in cui egli è inserito durante lo svolgimento dei propri compiti lavorativi. Questa competenza tematica e strutturale, oltre ad essere di per sé imprescindibile per definire al meglio la domanda di ricerca e strutturare la traccia di intervista, deve quindi secondo la Pfadenhauer, emergere nella stessa conduzione dell'intervista:

“The more one is able to slip in qualified assessments, reasons and counterarguments every now and then in the course of the interview, the more [the experts] on their part are prepared to disclose their knowledge and their positions – and to reveal their subjective relevance structures and orientation patterns in non-strategic intent” (Trinczek in Pfadenhauer, 2009: 86).

Sulla base di queste indicazioni, e a partire dalla stessa domanda di ricerca, si è dunque ritenuto opportuno ampliare le conoscenze scientifiche sull'argomento delle disfunzioni sessuali maschili, tenendo ovviamente conto dei limiti derivanti dal non padroneggiare un sapere così specialistico ed esoterico. A tal fine la base empirica è documentaria è stata utilizzata anche come integrazione sussidiaria, propedeutica soprattutto alla costruzione della traccia di intervista.

Al fine di ottenere una maggiore accuratezza nella rappresentazione delle opinioni dei saperi-esperti si è scelto di sollecitare la produzione di discorsi articolati attraverso un'intervista discorsiva in profondità, intreccio di narrazioni e argomentazioni degli intervistati (Cardano, 2011). Date le molteplici finalità conoscitive alla base della domanda di ricerca, la modalità di direzione della conversazione selezionata è stata quella dell'intervista semi-strutturata (Sala, 2010). Tale tipo di intervista guidata si è basata, quindi, su una traccia suddivisa in un insieme di tematiche attorno alle quali si è ritenuto importante sviluppare la conversazione. Per ogni tematica si sono formulate una serie di domande progettate per suscitare alcuni dei discorsi attesi, che sono servite come promemoria da cui attingere per la formulazione effettiva dei quesiti durante l'intervista.

Le domande sono dunque volte alla sollecitazione di resoconti da parte degli intervistati in grado di fornire, non tanto una descrizione fedele della realtà di ciò che accade all'interno dei loro studi, quanto un panorama delle rappresentazioni, giustificazioni legittimanti e attribuzioni di senso relative alle loro pratiche situate e alla loro

costruzione/definizione della realtà rispetto ad una molteplicità di punti: da un più generale inquadramento dei percorsi formativi e professionali dei saperi esperti e delle loro relazioni intra- e inter-professionali, alla concezione da loro fornita di *underperformance* sessuale, che si evince appunto dai loro *accounts* sulla gestione diagnostico-terapeutica delle principali problematiche sessuali maschili e sul rapporto medico-paziente.

3.2.2.1 Campionamento e conduzione delle interviste

Il lavoro di raccolta del materiale empirico, nella sua parte relativa alla conduzione delle interviste, si compone di 44 interviste in profondità svolte tra marzo e dicembre 2015 con specialisti medici e psicologi che si occupano della gestione diagnostico-terapeutica della salute sessuale maschile.

La linea principale di campionamento che si è privilegiata è stata quella della diversa specializzazione dei professionisti con l'obiettivo di evidenziare punti di contatto e di allontanamento nella pratica diagnostica e terapeutica che si ritiene possano derivare proprio dalle fratture inter- e intra-professionali. Le professioni prese in esame sono state principalmente quelle dei medici andrologi e degli psico-sessuologi.

Dal momento che né gli andrologi né gli psico-sessuologi dispongono attualmente di una specializzazione riconosciuta a livello ministeriale, non si può disporre di un albo specialistico a cui poter fare riferimento. Per il campionamento si è dunque fatto riferimento ai nominativi e ai contatti degli specialisti che si possono trovare sul web: nei registri pubblici a sottoscrizione volontaria forniti dalle società scientifiche sovra-citate, solitamente delle vere e proprie “mappe” divise per regioni; negli appositi portali che offrono servizi di consulti online e consentono la prenotazione di visite specialistiche (idoctors.it, dottori.it, medicitalia.it, trova-medico.com); nelle pagine web personali degli stessi specialisti che sempre di più scelgono anche questo canale mediatico per autosponsorizzarsi. La scelta di

appoggiarsi al web come principale canale di selezione non é da ritenersi del tutto un ripiego, infatti, al di là del passaparola, internet é diventato oggi il principale mezzo di informazione sanitaria e scelta del medico, soprattutto se specialista, e ancora di più se dispensatore di servizi legati alla diagnosi e cura di problematiche sessuali per le quali é spesso ritenuto fondamentale preservare la propria privacy.

Una seconda modalità di campionamento, seppur minoritaria, si è basata sul *network sampling*, una volta iniziato il ciclo effettivo di interviste. Questa strategia basata sulle “raccomandazioni” si è rivelata efficace per ottenere soprattutto il consenso di alcune figure “di spicco” come medici e psicologi particolarmente attivi nel campo, a capo di istituti clinici o dipartimenti di ricerca.

Sulla base di questa principale linea di stratificazione inerente alla specializzazione sono quindi stati intervistati, nello specifico: 10 specialisti in andrologia, 8 urologi e 8 endocrinologi con competenze andrologiche⁹³, 14 psicologi con master in sessuologia clinica e 4 altri specialisti medici con master in sessuologia clinica che per lavoro si occupano specificatamente di sessualità.

Tabella 2. Esperti intervistati:

<u>Andrologia</u> tot contattati 76 intervistati 26 rifiuti 21 (motivo addotto principale: mancanza di tempo) mancate risposte 29	10 andrologi 8 urologi con competenze andrologiche 8 endocrinologi con competenze andrologiche
<u>Sessuologia</u> tot contattati 49 intervistati 18 rifiuti 6 (motivo addotto principale: mancanza di	14 psicologi con master in sessuologia 4 sessuologi medici

⁹³ Per quanto riguarda il parametro della diversa specializzazione all'interno del contesto andrologico, sono stati intervistati: 8 urologi con competenze andrologiche, di cui 1 anche endocrinologo ma impiegato in una struttura urologica; 8 endocrinologi con competenze andrologiche e 10 andrologi, di cui 4 anche urologi, 2 anche endocrinologi e 1 contemporaneamente andrologo, urologo ed endocrinologo.

tempo) mancate risposte 25	
-------------------------------	--

La divisione fra settore pubblico e privato, che in fase di costruzione del disegno della ricerca era stata considerata una dimensione potenzialmente utile a identificare presumibili differenze – per esempio, in termini di tipologie di pazienti e attitudini diagnostico-terapeutiche – si è rivelata, al netto delle interviste, priva di grande significatività. Tutti gli psicologi intervistati infatti lavorano principalmente nei loro studi privati e, tranne pochissime eccezioni, le esperienze di collaborazione con il settore pubblico sono poche, poco strutturate e saltuarie. Tutti i medici intervistati, invece, lavorano, o hanno avuto modo di lavorare, contemporaneamente sia nel settore pubblico che nel privato e nessuno ha di fatto espresso sostanziali differenze rispetto a questo punto né per quanto riguarda il loro operato, né per quanto riguarda l'individuazione di tratti caratteristici dei pazienti, salvo per un prevedibile maggiore afflusso negli studi privati di una popolazione di classe sociale più alta la quale risulterebbe, a detta dei medici intervistati, “avvantaggiata” rispetto alla risoluzione delle problematiche sessuali, dal momento che la maggior parte delle soluzioni terapeutiche oggi in commercio non risultano coperte dal Servizio Sanitario Nazionale. Il carattere “elitario” delle terapie è stato quindi tenuto in considerazione e messo a tema nella fase di analisi e interpretazione dei risultati.

In considerazione del fatto che uno degli snodi centrali del processo di medicalizzazione farmacologizzata dell'*underperformance* sessuale maschile è quello relativo alla “rivoluzione” sia terapeutica che culturale conseguente all'introduzione sul mercato dei farmaci orali per la cura dell'impotenza, un altro criterio significativo di selezione del campione è quello dell'anzianità di servizio dello specialista, tenendo come importante linea divisoria il 1998, ovvero anno di commercializzazione del Viagra. Sulla base di questo parametro gli intervistati si dividono fra 27 specialisti “pre-Viagra” (di cui 9 psicologi) e 17 specialisti “post-Viagra”(di cui 5 psicologi).

Dal punto di vista della dislocazione geografica si è invece deciso di non procedere con una rigida selezione sulla base della provenienza geografica, divisa tra Nord-Centro-Sud perché la forza comparativa di questa classificazione sarebbe stata effettivamente ridotta. Si è piuttosto optato per ridurre l'area di raccolta delle interviste senza spingersi fino al Meridione, focalizzandosi sui centri-urbani medio-grandi di Torino, Milano, Padova, Genova, Bologna, Firenze, Pisa e Roma, dove si trova una buona concentrazione di centri ospedalieri, ambulatoriali, studi privati e scuole di formazione.

Similmente, non si è ritenuto ragionevole operare una strutturazione del campione anche sulla base del genere poiché il settore andrologico è notoriamente una professione ad alta concentrazione maschile mentre sul versante psico-sessuologico il numero di professioniste donne aumenta notevolmente. Anche il profilo degli intervistati corrisponde a questa generale descrizione, infatti le donne medico che si occupano di salute sessuale maschile che si è riusciti ad intervistare sono soltanto 3, mentre sono 9 le psico-sessuologhe. Dato il campione a maggioranza maschile, l'analisi, sotto questo aspetto, è stata quindi più che altro orientata a rilevare l'importanza della dimensione dell'omosocialità nel rapporto fra specialista e paziente.

Tutti gli specialisti sono stati inizialmente contattati attraverso una mail in cui si è esplicitato il ruolo della ricercatrice, la finalità della ricerca e, laddove possibile, una “raccomandazione” da parte di un professionista già intervistato. Le questioni relative alla durata dell'intervista e alla registrazione sono state concordate in un secondo momento con chi ha risposto in maniera positiva a questa prima mail di presentazione. In questa fase diversi professionisti hanno ritenuto incompatibile con i propri impegni la richiesta di intervistarli per almeno un'ora consecutiva e si sono quindi tirati indietro. Come evidenziato anche nella Tabella 2, riassuntiva del numero degli esperti intervistati a seconda della provenienza professionale, la questione della “mancanza di tempo” è stata infatti la principale e maggioritaria causa di rifiuto a partecipare alla ricerca⁹⁴. La definizione delle

⁹⁴ Le ulteriori, seppur largamente minoritarie, cause di rifiuto dopo un primo interessamento positivo, sono state la richiesta, da parte di quattro professionisti andrologi, di poter avere la traccia delle domande prima della conduzione dell'intervista. Il mancato accordo su tale questione ha poi portato gli interessati a disdire una loro iniziale adesione a rilasciare l'intervista.

tempistiche è stato un punto dolente, soprattutto con i professionisti medici, raramente disposti a concedere gli spazi e i tempi sufficienti ed adeguati alla conduzione dell'intervista, soprattutto perché la maggior parte di loro ha inserito il colloquio in mezzo ad un'agenda fitta di altri impegni lavorativi, come operazioni chirurgiche o visite ambulatoriali.

In ogni caso la durata media delle interviste, sia faccia a faccia che telefoniche, è all'incirca di un'ora/un'ora e mezza. Solo in 4 occasioni le interviste, che pure sono durate all'incirca un'ora, sono state interrotte bruscamente per via di un'emergenza sanitaria o di un impegno improvviso del medico, in questi casi dunque si è riusciti ad ottenere una copertura parziale, per quanto comunque densa e ricca, delle tematiche toccate dalla traccia di intervista.

Per quanto riguarda la modalità di conduzione delle interviste, si è potuto intervistare di persona, nei loro studi privati o ambulatoriali, 18 professionisti tutti provenienti dalle aree di Torino e Milano, mentre le altre interviste sono state condotte telefonicamente, di cui 3 su Skype. Come riconosce Sala (2010: 101):

“Il telefono non costituisce di sicuro lo strumento di raccolta dati privilegiato per condurre interviste qualitative, soprattutto se si tratta di interviste non strutturate. Ciò nonostante, nel caso in cui sussistano seri vincoli economici, temporali e geografici alla conduzione di una ricerca, si va sempre più diffondendo all'interno della comunità scientifica una certa apertura e un cauto ottimismo nei confronti delle possibilità di ricerca offerte da questo metodo di raccolta dati”

Sulla scelta della modalità di intervista telefonica⁹⁵ hanno influito sia questioni legate alla raggiungibilità degli intervistati ma anche, e in misura maggiore, questioni relative all'elevato numero di impegni di questi ultimi che hanno reso vano il tentativo di riuscire a organizzare un discreto numero di interviste in una sola città in tempi ristretti.

Oltre al controllo del *setting*, altri fattori che hanno influito sulla copertura e sulla

95 In merito alla conduzione di interviste telefoniche, la Sala (2010: 101) riconosce come aspetto positivo rispetto alla più tradizionale intervista qualitativa faccia a faccia “il vantaggio di garantire una miglior qualità dei dati raccolti. L'assenza dell'intervistatore ridurrebbe la distorsione (*bias*) talvolta introdotta dalle caratteristiche socio-demografiche dell'intervistatore e la reticenza dell'intervistato nel fornire risposte a domande potenzialmente 'delicate'”. Sempre la Sala (2010: 102) sconsiglia la conduzione di interviste telefonica “quando l'obiettivo della ricerca consiste nell'indagare la sfera emotiva dell'intervistato e quando il disegno della ricerca prevede la conduzione di interviste di lunga durata e/o che si avvalgono di video stimoli”

qualità dei contenuti tematici sono riconducibili più in generale all'interazione che si instaura fra intervistatore e intervistato, in cui non vanno di certo trascurati fattori legati al genere e all'età.

Tuttavia, né la disparità di genere e/o di età fra intervistato/a e ricercatrice né la tematica sensibile in oggetto, ovvero la sessualità maschile, hanno dato luogo ad evidenti *impasse* e difficoltà sia interattive che di contenuto. Si suppone che in larga parte ciò sia dovuto al ruolo stesso ricoperto dagli intervistati, ovvero quello di professionisti il cui *expertise* e autorità sono fondati proprio sulla gestione della salute sessuale (maschile) e sono quindi i primi a parlare degli argomenti ad essa correlati senza mostrare imbarazzo e/o reticenze.

In ultimo, sebbene tutti i professionisti che hanno concesso l'intervista abbiano dimostrato una generale disponibilità e compiacenza nei confronti del progetto, sorprendendosi di riscontrare dell'interesse per il loro lavoro al di fuori della loro cerchia professionale, in alcuni casi isolati è però emerso, allo stesso tempo, un clima di diffidenza in parte generato dal sospetto che le domande, soprattutto quelle legate all'uso specifico dei farmaci, potessero contenere sia critiche e pregiudizi impliciti che secondi fini non dichiarati come per esempio una affiliazione con le case farmaceutiche⁹⁶. Per questo motivo nella conduzione effettiva dell'intervista si è cercato di “stemperare” le istruzioni di Pfadenahuer (2009) circa il ruolo di “quasi expert” che l'intervistatore dovrebbe sempre assumere nei confronti dell'intervistato. Proprio per ridurre il rischio di ottenere risposte esageratamente sintetiche e inficciate a priori da atteggiamenti di chiusura o di riluttanza, si è infatti moderato questa attitudine in favore di una modalità di conduzione dell'intervista che, ponendo l'intervistatore in una posizione di ingenuità in relazione a domande potenzialmente scomode come quelle legate all'uso/funzionamento/efficacia dei farmaci oppure ai rapporti inter/intra-professionali, ha permesso di ottenere risposte e riflessioni potenzialmente dotate di maggiore chiarezza e profondità esplicativa.

96 Quest'ultimo dubbio è stato espresso da due medici andrologi che hanno infatti inizialmente sospettato di essere stati contattati da una “spia” mandata dalle case farmaceutiche per ottenere un loro parere franco sui farmaci.

3.3 Analisi

Pur non essendo una ricerca esplicitamente interessata a rilevare il particolare uso del linguaggio o le dimensioni latenti e diffuse del potere, vengono prese in considerazione le strategie discorsive di argomentazione/legittimazione che ruotano principalmente attorno alla descrizione di determinati repertori diagnostico-terapeutici. Senza dunque adottare in blocco una prospettiva analitica fortemente ancorata in senso foucaultiano, si identificano nelle formazioni discorsive “delle pratiche che formano sistematicamente gli oggetti di cui parlano” (Foucault, 1969/1971: 67) all'interno di un'approccio interpretativo che esamina “le modalità attraverso cui gli eventi, le realtà, i significati, le esperienze sono gli effetti di una gamma di discorsi che operano all'interno di una data configurazione sociale” (Braun, Clarke, 2006: 86; cfr. Johnson, Åsberg, 2016: 77) e che ne sono a loro volta influenzati. In questo senso, il discorso medicalizzato sulla sessualità maschile viene inteso quindi come un discorso dotato di notevole importanza sociologica poiché partecipa alla produzione di particolari configurazioni dell'ordine sociale e, contemporaneamente, è da queste che viene modificato.

Come sottolineato, il focus sulle modalità diagnostico-terapeutiche e sull'inquadramento professionale degli specialisti del settore andro-sessuologico ha guidato la raccolta del materiale documentario e la conduzione delle interviste ed è stato quindi mantenuto anche nel lavoro di analisi ed interpretazione dei dati. Laddove possibile si è cercato di far dialogare fra loro e mettere a confronto queste fonti diverse in modo da poter evidenziare punti di contatto e distacco fra le questioni sollevate in ambito ufficiale sovente connesse alla costruzione di una immagine pubblica, e quelle che vengono declinate, spesso diversamente (o esclusivamente) tra gli addetti ai lavori.

In parallelo alla trascrizione integrale delle interviste e alla sistematizzazione del materiale documentario, si è operata una procedura di qualificazione della documentazione

empirica simultanea alla sua segmentazione. Tale operazione, per quanto riguarda il materiale proveniente dalle interviste, si è avvalsa dell'impiego del software Atlas.ti. A tal fine si è scelto di utilizzare un approccio metodologico, contemporaneamente deduttivo e induttivo, riconducibile alla *template analysis*, che prevede “la preliminare definizione di un insieme di categorie analitiche, di codici, desunti sia dalle domande da cui muove la propria ricerca, sia da quanto sedimentato nella produzione teorica [...] della comunità scientifica. Queste categorie costituiscono il template, la griglia analitica con la quale il ricercatore affronta la lettura del materiale empirico” (Cardano, 2011: 266-267).

Le dimensioni individuate in fase di elaborazione della traccia di intervista sono state mantenute come dimensioni cardine dell'analisi. Infatti il lavoro di codifica si è sviluppato attorno alla selezione di un insieme di tematiche: inquadramento professionale; inquadramento delle definizioni di malattia; inquadramento delle modalità diagnostiche; inquadramento delle modalità terapeutiche; inquadramento dei pazienti.

Dal momento che la domanda di ricerca è indirizzata a cogliere e comparare la varietà e la distribuzione di differenti prospettive tra diversi gruppi di professionisti definiti a priori, si condivide l'approccio di Flick (2014: 318-323; cfr. Braun, Clarke, 2006) dell'analisi tematica interpretativa secondo cui:

The research issue is the social distribution of perspectives on a phenomenon or a process. The underlying assumption is that in different social worlds or groups, differing views can be found [...] The result of this process is a case-oriented display of the way it specifically deals with the issue of the study, including constant topics that can be found in the view points across different domains The developed thematic structure also serves for comparing cases and groups. Thus, you analyze and assess the social distribution of perspectives on the issue under study. For example, after the case analyses have shown that the subjective definition of technology is an essential thematic domain for understanding technological change, it is then possible to compare the definitions of technology and the related coding from all cases. [...] The analysis of texts consists of coding statements and narratives in categories, which are developed from the material. It is oriented to elaborating correspondences and differences between the groups defined in advance.

IV. Definizione dell'ambito professionale.

Sistemi di significato terapeutici e strategie giurisdizionali.

Sono all'ordine del giorno le rubriche che offrono spazi in cui esperti di varia estrazione, solitamente medica o psicologica, discutono di benessere sessuale, sia nelle trasmissioni televisive che si occupano di salute sia nelle riviste dedicate ai pubblici più vari (Boni, 2004). Sempre rimanendo su un piano divulgativo, si può notare come interi programmi tv in seconda serata siano dedicati al tema della “sex therapy” psico-comportamentale, mentre già da diversi anni le campagne di sensibilizzazione specifiche per i problemi della salute sessuale maschile esortano il pubblico a rivolgersi all'andrologo. Anche solo attraverso una semplice ricerca on-line con parole chiave come “disfunzioni sessuali maschili”, “disfunzione erettile”, “eiaculazione precoce” risulta chiaro come a disposizione del potenziale paziente si offrano principalmente i servizi di due profili professionali, il medico andrologo e lo psicologo-psicoterapeuta, solitamente perfezionato in sessuologia.

Sembra quindi che il maschio in crisi debba scegliere già in partenza tra due interlocutori a prima vista così diversi e, in sostanza, decidere se rivolgersi al “medico del corpo” o al “medico dell'anima” (Bellastella, 2007: 201). Per di più, riuscire a districarsi all'interno dell'ambito andro- e psico-sessuologico italiano non è un'impresa così facile, sia dal punto di vista inter-professionale che da quello intra-professionale. Infatti, anche se all'interno del discorso pubblico troviamo appunto l'invito a rivolgersi all'andrologo e allo (psico)-sessuologo, nessuna di queste due categorie professionali dispone attualmente di una specializzazione riconosciuta a livello ministeriale e non esiste un albo specialistico a cui poter fare riferimento.

Nei paragrafi seguenti si è provato quindi a delineare innanzitutto un breve profilo di queste figure specialistiche la cui giurisdizione si estende alla gestione della salute sessuale (in questo caso maschile) attraverso la costruzione di percorsi di diagnosi e cura che possono essere paralleli, comuni o conflittuali. Tale profilo intende rendere innanzitutto conto della

dimensione di auto-rappresentazione e auto-legittimazione che gli stessi specialisti mettono in atto nella definizione del proprio ruolo di esperti della salute sessuale e nel rapporto con le figure professionali limitrofe.

Pertanto, la base empirica analizzata per la stesura dei primi paragrafi si compone di materiale di varia natura. Sia estratti di interviste in cui i diretti interessati parlano del proprio ruolo e del proprio ambito lavorativo/disciplinare; sia descrizioni e collegamenti sullo stesso tema rintracciabili nel materiale documentario, tra saggi nei manuali scientifici e articoli delle riviste di settore a firma di professionisti, che solitamente lavorano sia nella formazione che nella clinica, e iniziative di sensibilizzazione patrocinate dalle principali società scientifiche, intese quindi come voci ufficiali delle categorie professionali in oggetto. Successivamente, una volta inquadrata le tensioni e i processi di posizionamento che interessano le figure professionali in oggetto, si è svolta una analisi testuale incentrata a fornire una panoramica dei meccanismi di co-costituzione che legano assieme la costruzione delle problematiche sessuali maschili, del target dei pazienti-consumatori e dei professionisti legittimati a farsene carico.

4.1 Gli specialisti del benessere sessuale maschile

4.1.1 La costruzione del settore andrologico

Sul versante andrologico, la specializzazione vera e propria in andrologia non esiste a livello europeo. In Italia le scuole di specializzazione, sono state poche e attive solo per periodi relativamente brevi. La più famosa, a Pisa, attiva dal 1977 al 2007 ha rilasciato circa 250 diplomi di specialista in andrologia (Menchini Fabris, 2007: 77; Jannini et al., 2016: 12). Così, sebbene solo alcuni professionisti più anziani possono esibire l'intestazione di “specialisti in andrologia”, è però possibile che ad una generica definizione di “medico andrologo” non corrisponda il possesso di un titolo effettivo, proprio perché l'attuale assenza di una specializzazione strutturata in andrologia permette una grande libertà nella pratica

della stessa, soprattutto nel settore privato.

Attualmente, le vie legittime per definirsi “andrologi”, pur in mancanza di un titolo specialistico, sono l'esercizio almeno quinquennale in un reparto andrologico di una struttura pubblica oppure l'acquisizione di competenze certificate tramite il conseguimento di alcuni master universitari di I e di II livello, solitamente indicati per specialisti urologi o endocrinologi. Di fatto anche le due principali società scientifiche in questo campo si dividono fra indirizzo urologico (SIA – Società Italiana di Andrologia⁹⁷) ed endocrinologico (SIAMS – Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità⁹⁸), tanto che si può dire che oggi l'andrologia possessa due anime, quella chirurgica di cui si occupano gli urologi e quella medica di cui si occupano soprattutto gli endocrinologi (Jannini et al., 2016: 10-16).

Eppure, quantomeno a livello di informazioni a disposizione del potenziale paziente si riscontra un grande sforzo da parte delle sovraccitate società scientifiche per promuovere la figura unica dell'andrologo, soprattutto attraverso l'organizzazione di campagne di sensibilizzazione sulle problematiche andrologiche. Tale mezzo comunicativo è stato diffusamente utilizzato negli ultimi anni dalle diverse associazioni facenti parte del settore andrologico italiano, spesso in collaborazione con importanti case farmaceutiche e organismi istituzionali, come il Ministero della Salute.

Le diverse iniziative promosse possono essere aggregate in un'ampia progettualità di campagne di informazione e prevenzione dedicate ad una generale medicalizzazione della sessualità maschile. Solitamente, assieme ai siti internet contenenti la maggior parte del materiale informativo, si accompagnano anche diverse pubblicità sociali (Gadotti, 2005), sia per la stampa che per la tv, e l'organizzazione di eventi di screening su tutto il territorio italiano. Tra le campagne si possono trovare quelle focalizzate su problematiche specifiche, come le campagne informative sulla disfunzione erettile e sull'eiaculazione precoce, entrambe finanziate dalle case farmaceutiche produttrici dei farmaci orali specifici per questi disturbi⁹⁹. Esistono inoltre progetti più articolati e ampi che ricoprono varie tematiche della

97 <http://www.andrologiaitaliana.it/>

98 <http://www.siams.info/>

99 Le campagne sulla disfunzione erettile sono state sviluppate dalle società S.I.A., S.I.A.M.S. e S.I.U. e finanziate dalla Eli Lilly, produttrice del Cialis. La prima, “Amare senza pensieri” lanciata nel 2007 confluisce, nel 2009, nella campagna condotta a livello europeo intitolata “No more excuses”, “Basta scuse” nella versione italiana. Nel 2012 il progetto ha preso il nome di “Chiedi aiuto”, mentre nel 2013 è diventato

salute sessuale maschile e della prevenzione, come “Amico andrologo” o “Androlife”.

Tabella 1. Campagne di sensibilizzazione sulla salute sessuale maschile in Italia dal 2001¹⁰⁰

Periodo	Titolo	Tema	Target	Attori (promotori, patrocinatori, sponsor)
Dal 2001	Settimana/Semestre della prevenzione andrologica	Salute sessuale maschile	Uomini di qualsiasi età	SIA Ministero della Salute Sponsor privati vari nei diversi anni, tra cui case farmaceutiche (e.g. Pfizer, Sigma Tau, Lilly, Bayer)
2008-2009	Amare senza Pensieri	DE	Uomini 40-70	SIAMS, SIA, SIU, Ministero della Salute, Eli Lilly
2009	Amico Andrologo	Salute sessuale e riproduttiva maschile	Uomini giovani (dai 18 in su)	Univ. La Sapienza, SIAMS, Ministero della Salute
2010	Basta scuse	DE	Uomini 40-70	SIAMS, SIA, SIU, Eli Lilly

“Uomo e salute”, mantenendo pressoché intatte forme divulgative e contenuti del messaggio. Le campagne relative alla cura dell'ejaculazione precoce, invece, sono state fin'ora soltanto due, create grazie alla collaborazione fra le associazioni professionali sovracitate e le due case farmaceutiche che hanno avuto in gestione i diritti di vendita del farmaco Priligy (Dapoxetina), prima la Jansen-Cilag finanziatrice di “Eiaculazione precoce stop” (2011) e, successivamente, la Menarini con la campagna attuale “Benessere coppia” (2013).

100 Ripreso da Ferrero Camoletto, Bertone, 2012: 440 (cfr. Salis, Ferrero Camoletto, Bertone, 2015: 152).

2011	Androlife	Salute sessuale e riproduttiva maschile	Uomini dai 18 anni in su	Ministero della Salute, Croce Rossa Italiana, SIAMS, Merck, Merck Serono, Genadis, Eli Lilly
2011	Eiaculazione precoce Stop	EP	Uomini di qualsiasi età	SIAMS, SIA, SIU, Janssen-Cilag
2012	Chiedi Aiuto	DE	Uomini 40-70	SIAMS, SIA, SIU, Giro d'Italia, Eli Lilly
2013-in corso	Uomo e Salute	DE e I.P.B.	Uomini 40-70	SIAMS, SIA, SIU, Eli Lilly
2013-in corso	Benessere Coppia	EP	Uomini di qualsiasi età	SIAMS, SIA, SIU, AOGOI, Menarini

Queste campagne, per quanto non tutte apertamente finanziate dalle case farmaceutiche, sono comunque il segno tangibile di una forte sinergia tra queste ultime e le società di categoria professionale medica, entrambe particolarmente attive nel sostenere una concezione medicalizzata della sessualità maschile in un contesto, quale quello italiano, in cui risulta ancora scarsa la propensione della popolazione maschile ad affrontare i problemi sessuali e a gestirli in termini clinico-terapeutici. Tanto che, nella rivista ufficiale della SIA – *Iouomo* – tali campagne vengono definite come una vera e propria “rivoluzione culturale” finalizzata a “squarciare il velo dell’imbarazzo che per lungo tempo ha oscurato la sessualità maschile” (Pirozzi Farina, 2011: 1). Anche perché, nella rappresentazione del problema presentata nel Quaderno del Ministero della Salute specifico per l’andrologia, “le patologie andrologiche” pare abbiano raggiunto “una diffusione tale da essere considerate malattie

sociali e possono manifestarsi in tutti gli individui in qualsiasi momento della vita, dall'epoca della nascita fino alla terza età. Per tale motivo ogni individuo a qualsiasi età potrebbe necessitare della figura dell'andrologo" (Bevere et al., 2012: xxxiv).

In queste brevi righe contenute in una pubblicazione ufficiale ad alto carattere divulgativo, si condensa l'intento medicalizzante così evidente all'interno dell'area andrologica italiana: alla necessaria patologizzazione di problematiche collegate alla sfera sessuale e riproduttiva maschile, si accompagna la "promozione" della figura dell'andrologo. "L'andrologo è la controparte del ginecologo" si legge nel sito Prevenzione Andrologica della SIA, ma forse sarebbe più corretto usare il condizionale dal momento che non sembra ancora esserci un pieno riconoscimento pubblico della sua figura come "medico dell'uomo", così come il ginecologo è invece il medico della donna.

Per la quasi totalità dei medici intervistati, questo mancato riconoscimento non sarebbe solo da ricondurre all'abolizione della specifica specializzazione, quanto piuttosto ad una forte resistenza, soprattutto di tipo culturale, da parte dell'utenza maschile a rivolgersi al medico per questioni legate alla sessualità. A ciò si va così ad aggiungere l'aggravante della carenza/assenza dei giusti spazi per l'esercizio della professione e per la comunicazione con il paziente, soprattutto in chiave di prevenzione. È opinione diffusa, infatti, anche tra gli intervistati, che con l'abolizione della leva militare sia andata persa l'opportunità di fare uno screening di prevenzione e valutazione andrologica tra i giovani maschi su larga scala (Bevere et al., 2012; Jannini et al., 2016):

[la figura dell'andrologo] è sottostimata nella misura in cui manca la prevenzione [...] prima c'era la visita militare che era un bel filtro, a maglie grosse se vogliamo, però era un filtro che beccava tutti insomma. Non essendovi più la visita militare, il genitale maschile rimane un buco nero fino al presentarsi della patologia, con ovviamente aggravati dal punto di vista sia delle difficoltà di cura per molte patologie che hanno un andamento progressivo, per cui prima le becchi e prima le curi con risultati migliori, sia in termini di costi sociali, nel senso che è preferibile, che so, costa meno alla comunità operare un varicocele a diciott'anni che non trovarsi un paziente infertile a trentaquattro che deve fare una procreazione medicalmente assistita o comunque un intervento molto più costoso, per dire, rispetto ad una patologia molto banale no? Ma è inutile, non c'è proprio la cultura di andare a farsi una visita per vedere se è tutto a posto, per monitorare, come voi [donne] fate con il ginecologo, o mi sbaglio? E invece da noi vengono solo quando ci sono problemi, quando non gli si alza più (ride). Oh, per carità non mi lamento, il lavoro non mi manca (ride). Ma sarebbe davvero bello far entrare nella testa dei maschi italiani il concetto di prevenzione (enfasi) (Intervistato 30, andrologo, endocrinologo).

È connaturato alla natura umana e soprattutto alla natura maschile quella di nascondere i propri problemi, cioè, la donna va dal ginecologo in età molto adolescenziale, il maschio invece non ci va, il pediatra non se ne occupa, molto spesso il medico di famiglia non ha tempo. E quindi c'è un buco che sta tra i 12/13 anni, o a volte i 30/40/50 in cui il maschio non sa dove andare e i problemi, a meno che non siano problemi molto gravi, tende a tenerseli purtroppo. Per cui il tabù c'è sempre stato c'è e ci sarà sempre, però comunque va anche detto che c'è uno svecchiamento dei vecchi modi di pensare e quindi la gente ci va più spesso dall'andrologo al giorno d'oggi, però comunque soprattutto per quello che riguarda tematiche più imbarazzanti come l'EP o il deficit erettivo ancora oggi vedi che molto spesso le cose vengono fuori per caso, molto spesso è la donna che lo tira fuori cioè la reticenza, il tabù c'è sempre comunque (Intervistato 18, urologo con competenze andrologiche).

[la figura dell'andrologo] dieci anni fa era meno conosciuta di oggi, anche grazie agli aspetti pubblicitari, di informazione. Le società scientifiche hanno fatto tanti passaggi pubblicitari anche sponsorizzati dalle case farmaceutiche interessate al campo. Ora molta più gente sa che esiste l'andrologo. Certamente non è che ha la stessa rilevanza e abitudine d'uso di un ginecologo, eh, assolutamente. Insomma, il concetto di prevenzione, cioè che uno fa la visita andrologica per vedere se è tutto a posto all'apparato genitale maschile è un concetto ancora per pochi illuminati, comunque esattamente uno a dieci rispetto alla donna che sa che deve andare dal ginecologo, è una figura sottostimata ma comunque direi in ampia crescita rispetto al passato (Intervistato 33, urologo con competenze andrologiche).

La figura andrologica emerge ancora come una professione sottostimata dalle stesse parole di chi se ne occupa, anche se tutti gli intervistati riconoscono gli enormi passi avanti che, in questo frangente, si sono fatti soprattutto grazie all'entrata in commercio dei farmaci orali, sia per la disfunzione erettile¹⁰¹ che per l'eiaculazione precoce¹⁰², e ad una maggiore circolazione mediatica di informazioni sulla salute sessuale maschile, che hanno senza dubbio favorito una destigmatizzazione di queste tematiche e una conseguente maggiore conoscenza dell'esistenza di un professionista apposito per la salute maschile, seppure “decisamente ancora insufficiente” (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche). Per questo motivo, ribadisce un intervistato urologo (Intervistato 13), “bisogna parlarne, parlarne e ancora parlarne, nei mass media, queste cose qui, televisione, internet e tutto, anche perché il paziente andrologico viaggia molto sul web, fondamentalmente il web è una grande risorsa”.

Si sente perciò il bisogno di gettare nuove basi per creare un rapporto di

101 PDE5i – Inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 – di cui il Viagra (Pfizer) è il capostipite.

102 Dapoxetina – nome commerciale Priligy (Menarini).

fidelizzazione tra gli andrologi e i pazienti maschi, a partire dalla giovane età. In questo scenario assumono così particolare rilevanza iniziative come le campagne sovraccitate focalizzate su una generale prevenzione andrologica (Prevenzione Andrologica¹⁰³ patrocinata dalla SIA, Amico Andrologo¹⁰⁴ e Androlife¹⁰⁵ patrocinate dalla SIAMS) che, avendo una visibilità anche nelle scuole primarie e secondarie, si propongono di facilitare l'accesso dei giovani dall'andrologo, promuovendo un vero e proprio “stile di vita andrologico”¹⁰⁶ per l'uomo lungo tutto l'arco della sua vita. Su questa linea troviamo l'appello espresso all'interno del Quaderno Ministeriale n.13 che sollecita la presenza tassativa di un andrologo all'interno di ogni struttura consultoriale (Bevere et al., 2012: 93), non prevista obbligatoriamente dalla legge attuale, o nei centri di procreazione medicalmente assistita (PMA) dove l'importanza della figura andrologica viene spesso sottovalutata collocandola “solamente in fondo all'iter diagnostico” (Bevere et al., 2012:94)¹⁰⁷.

Il quadro che emerge sembra, perciò, definire l'andrologia italiana come una disciplina in forte espansione le cui competenze non si limitano esclusivamente alla fisiopatologia e alla clinica della sfera sessuale e riproduttiva maschile ma anche agli aspetti socio-antropologici (Menchini Fabris, 2008), spaziando così “dall'endocrinologia alla medicina interna, dalla microbiologia alla biologia molecolare, dalla semeiologia alla genetica, dalla psicologia alla sociologia della salute” (Bevere et al, 2012: xxxiv; cfr. Menchini Fabris, 2008; Lenzi, 2012). A confermare questa visione d'insieme si ritrovano le diverse società scientifiche che, per quanto divise in diverse sigle, sono tutte particolarmente attive e dinamiche nel condividere, l'obiettivo di dare maggiore credito, autonomia e competenze all'andrologo, descritto non solo come “il miglior amico dell'uomo in tutte le fasi dell'esistenza” (Vaggi, 2009: 3), ma come una vera e propria “figura professionale di riferimento trasversale” che si occupa “della salute sessuale e riproduttiva del maschio e,

103 <http://www.prevenzioneandrologica.it/>

104 <http://www.amicoandrologo.it/web/it/>

105 <http://www.androlife.it/>

106 <http://www.amicoandrologo.it/web/it/>

107 In direzione analoga troviamo la petizione popolare promossa dall'A.I.D.A.S.S. (Associazione Italiana per il Diritto alla Salute Sessuale) che ha richiesto, nel Lazio, l'approvazione di una legge regionale in favore dell'istituzione in ogni ospedale e in tutte le aziende sanitarie di una unità operativa andrologica e della programmazione di una visita medica andrologica preventiva gratuita rivolta a tutti i ragazzi fra i 14 e i 18 anni. Fonte: http://www.aidass.it/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=1

ovviamente, anche della coppia” (Bevere et al., 2012: x).

Allo stesso tempo però, accanto a dichiarazioni che da una parte enfatizzano in chiave positiva la multidisciplinarietà funzionale dell'andrologia e, dall'altra, continuano a riferirsi all'andrologo come una figura unitaria di “referente della salute sessuale maschile” (Fusco, 2008: 18), si rintracciano anche richiami più critici che lasciano intravedere quanto forse la strada verso la stabilità interna del settore andrologico sia ancora lunga e accidentata. Senza una specializzazione riconosciuta l'andrologia sarebbe infatti alla ricerca di “una sua precisa identità, come disciplina accademica di insegnamento, come scienza medica, come branca clinico-chirurgica” (Fusco, 2008: 18). In questo contesto dunque il vero andrologo fatica a “doversi 'scolpire' i giusti spazi clinici nella struttura di riferimento, rifiutare i facili accomunamenti o, peggio, inglobamenti in branche mediche affini, puntualizzare i distinguo che lo rendono peculiarmente insostituibile” (Fusco, 2008: 18). Invettive ancora più esplicite contro l'apertura della pratica andrologica anche a chi non possiede un titolo di specialista si ritrovano per esempio nelle pagine di Andronews, rivista trimestrale della SIA, dove uno specialista andrologo, riferendosi allo “spinosissimo problema rappresentato dalla abolizione della Scuola di Specializzazione” (Papini, 2006: 1), chiede in maniera retorica:

“Se tu, tuo figlio, tuo padre, tuo nipote aveste un problema andrologico [...] da chi preferireste essere valutati o trattati? A) da un medico che fa dell'andrologia la sua professione principale da oltre 5 anni, magari anche specialista, che segue i Congressi della Società, i suoi stage europei, i suoi laboratori e i suoi centri di eccellenza? B) da un medico che fa l'Urologo o l'Endocrinologo o il Ginecologo a tempo pieno e l'Andrologo saltuariamente dopo un master? Riteniamo che un'indagine fra gente di media cultura ed intelligenza darebbe una netta prevalenza di risposte tipo A”.

Nonostante un grande sforzo a livello pubblico per diffondere la cosiddetta “cultura andrologica” si ritrovano, quindi, anche all'interno di comunicazioni ufficiali, sebbene difficilmente circolanti tra i non addetti ai lavori, sentori di un malcontento derivante proprio da una non totale armonia fra le diverse “anime dell'andrologia”. Queste divisioni emergono in maniera particolarmente netta anche nelle parole dei medici intervistati. I veri andrologi che posseggono una specializzazione andrologica con “la A maiuscola” (Intervistato 14, andrologo, urologo), per esempio, tengono a evidenziare quanto le competenze andrologiche ottenute oggi con i master siano in realtà piuttosto frammentarie:

A mio avviso, oggi, sono tutti master che approfondiscono uno dei due maggiori indirizzi dell'andrologia,

non danno una visione a tutto campo. E quindi ritorniamo proprio al fatto che dipende dalle competenze e la maggior parte delle volte queste competenze non sono le stesse che può avere chi ha davvero studiato l'andrologia con l'A maiuscola. Cioè, dire 'Urologo con competenze andrologiche', se ha competenze esclusivamente di chirurgia andrologica, eh, allora il paziente infertile, il paziente giovane, l'adolescente da valutare, molto probabilmente non lo sa fare, mentre un andrologo sì! Diciamo che in linea di massima lo sa fare perché l'andrologia di per sé come branca prevede delle competenze su questo campo qui, l'endocrinologo sarà più esperto per quanto riguarda tutto il problema degli ormoni, eccetera, però può darsi che non abbia competenza dal punto di vista della chirurgia delle patologie andrologiche, quindi insomma, queste competenze vanno valutate di volta in volta, è giusto che ognuno faccia quello che sa fare poi alla fine" (Intervistato 14, andrologo, urologo)

Tutti i "veri andrologi" dunque tengono a rimarcare il possesso di una preparazione andrologica più completa e non frammentaria come quella che si può ottenere oggi attraverso i master. In ogni caso, le fratture interne, come già si può evincere dal precedente estratto di intervista, non sembrano però scorrere espressamente lungo la discriminante del grado di certificazione delle competenze andrologiche ottenute, ma si strutturano soprattutto in bilico tra le cosiddette due anime dell'andrologia, ovvero l'impostazione urologica-chirurgica e quella internistica-endocrinologica. Si legge infatti nel già citato Quaderno Ministeriale specifico per l'andrologia, che "data l'assenza attuale a livello italiano ed europeo di una specifica Scuola di Specializzazione, si definisce come andrologo un endocrinologo con competenze andrologiche o un urologo con competenze andrologiche" (Bevere et al., 2012: 113; Jannini, 2016: 10-16). La differenza che intercorre fra i due background ruota attorno alle "competenze ormonali o chirurgiche", dove l'endocrinologo per definizione "gestisce meglio gli ormoni" e l'urologo "gestisce molto meglio la parte chirurgica" (Intervistato 19, endocrinologo con competenze andrologiche):

Gli urologi, essendo chirurghi, hanno in genere un approccio più alla patologia, in ogni caso si occupano delle situazioni andrologiche che abbiano una ripercussione chirurgica, varicocele, fimosi, torsioni del testicolo, quindi quell'aspetto lì è competenza evidentemente del chirurgo; ci sono le patologie invece che sono di natura più medica, l'ipogonadismo, la disfunzione erettile, l'eiaculazione precoce in cui non ci va un approccio chirurgico e allora ce le gestiamo sia noi che loro. L'endocrinologo rispetto all'urologo ha un approccio più internistico, quindi generale, e quindi l'attenzione ai possibili altri motivi, problemi di salute che possono portare vuoi alla disfunzione erettile che è poi la patologia più prevalente, vuoi all'ipogonadismo, mentre magari i colleghi urologi si focalizzano su quel sintomo lì, su quel disturbo lì e di quello si occupano. Noi abbiamo più una formazione anche diabetologica, per cui spessissimo questi pazienti sono pazienti dismetabolici e quindi quegli aspetti lì noi li valutiamo e li trattiamo per altro oltre al al trattamento della disfunzione sessuale o gonadica che sia. Questo è il grosso della differenza tra l'approccio urologico chirurgico e quello endocrinologico-medico (Intervistato 2, endocrinologo con competenze andrologiche).

Diciamo che in Italia l'endocrinologo-andrologo si occupa generalmente della parte andrologica di pertinenza endocrinologica per cui, nell'ambito dell'endocrinologia, l'andrologo si occupa dell'ipogonadismo, del paziente che ha un deficit di testosterone e si occupa magari del paziente impotente. Tipicamente l'urologo si occupa di più della parte diciamo dell'impotenza che molto spesso si associa anche a disturbi minzionali, disturbi infiammatori magari delle vie urinarie e genitali, cioè di quelle parti dell'andrologia che maneggia tra virgolette più comunemente facendo l'urologo, mentre invece l'endocrinologo si occupa di quella fetta di andrologia che rientra più nella parte ormonale, quindi del deficit ormonale, così come il ginecologo si occupa di andrologia tutte le volte che magari cura una paziente e poi c'è un problema magari di fertilità coppia e quindi si occupa anche del maschio. Diciamo che, non essendoci una figura andrologica riconosciuta a tutto tondo, ci sono varie figure che si occupano di andrologia cioè che si intersecano nell'insieme dell'andrologia, però poi uno poi tende ad occuparsi della piccola branca dell'andrologia che gli deriva un po' di più, che è un po' più aderente alla specializzazione di appartenenza (Intervistato 18, urologo con competenze andrologiche).

Per alcuni intervistati si tratta però di differenze assai modeste e superabili di fronte alla necessità di essere in primo luogo un medico “dedicato” alla salute andrologica dei pazienti e capace pertanto di offrire “un'operazione di counseling dietro alla prescrizione di un farmaco o di un'indagine” (Intervistato 19, endocrinologo con competenze andrologiche).

In altri estratti di intervista invece i differenti background sembrano avere un peso decisamente più marcato, non solo nel caratterizzare impostazioni alla diagnosi e alla cura differenti ma anche nel segnare divisioni quasi gerarchiche fra urologi ed endocrinologi che scelgono di dedicarsi all'andrologia. In particolare, sembra che gli urologi, quantomeno quelli intervistati, condividano una certa convinzione di possedere una maggiore “completezza” rispetto agli endocrinologi, derivante proprio dal monopolio della gestione chirurgica delle problematiche andrologiche, sottintendendo, quindi, l'idea di una sorta di graduatoria all'interno della quale gli endocrinologi si posizionerebbero in modo subordinato a causa della mancata padronanza del sapere puramente chirurgico. Secondo questa prospettiva, il sapere endocrino-andrologico risulterebbe, dunque, parziale e ciò permetterebbe agli urologi di auto-considerarsi, più o meno esplicitamente, la professione dominante all'interno dell'area andrologica, tanto da ritenere la stessa andrologia come una “costola dell'urologia” (Intervistato 4, andrologo, urologo):

Secondo me, ora io tirerò l'acqua al mio mulino, però fondamentalmente l'andrologia non esiste come branca a sé stante ma rientra nell'ambito dell'urologia. Eh, l'andrologia comprende la sessualità e quindi i genitali e la fertilità, e per la fertilità dell'uomo non esiste la terapia medica ma solo la terapia chirurgica e

per essere a 360° devi avere delle competenze chirurgiche. Io voglio bene agli endocrinologi però l'urologo, se è ben preparato, può fare a meno dell'endocrinologo, l'endocrinologo poi anche il più bravo del mondo ha sempre bisogno di un chirurgo per i casi più complicati” (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche)

Allora, come ben sa, non esiste lo specialista in andrologia anche perché non esiste la scuola di specializzazione in andrologia [...] quindi, generalmente chi si occupa di andrologia è o l'urologo, e soprattutto quindi l'urologo che diciamo padroneggia tutta la branca e quindi può trattare anche le patologie andrologiche di tipo chirurgico, quindi disfunzioni erettili, impianti protesici, anomalie congenite e acquisite del pene che richiedono una correzione chirurgica. Poi ci sono gli endocrinologi che hanno quindi più un'estrazione di tipo medico, e che se seguono prevalentemente problematiche andrologiche che hanno una patogenesi internistica come il diabete o le disfunzioni endocrinologiche. E qui diciamo, per levarci, così, una soddisfazione professionale, che quello che gli urologi non riescono a fare perché magari appunto sono impegnati con problemi più seri dal punto di vista chirurgico lo passano agli endocrinologi (ride) anche se nella pratica non succede sempre così eh, soprattutto nel privato, svolgiamo volentieri un servizio anche più semplice, di problematiche sessuali di routine diciamo, ma comunque diciamo che le figure principali sono urologo e endocrinologo” (Intervistato 9, urologo con competenze andrologiche)

Gli endocrinologi, dal canto loro, sono di ben altro avviso, forti anche del fatto che nella declaratoria aggiornata dei settori scientifico-disciplinari universitari, la tematica andrologica é inserita all'interno della disciplina endocrinologica¹⁰⁸, tanto che nei testi specialistici l'endocrinologo viene definito come colui che “ha nel suo DNA la conoscenza andrologica” (Lenzi, 2012: xi) e l'andrologia come una “disciplina maggiormente affine all'endocrinologia” (Bevere et al., 2012: 113). “La valutazione andrologica medica dovrebbe sempre precedere la valutazione chirurgica” (Intervistato 31, endocrinologo con competenze andrologiche), sostiene un intervistato endocrinologo poiché, gli fa eco un altro collega, la formazione e la cultura dell'urologo sarebbe “la peggiore possibile nei confronti delle disfunzioni sessuali” (Intervistato 23, endocrinologo con competenze andrologiche,

¹⁰⁸Si legge nella declaratoria del Settore Scientifico-Disciplinare MED/13 Endocrinologia: “Il settore si interessa dell'attività scientifica e didattico-formativa, nonché dell'attività assistenziale a essa congrua nel campo della fisiopatologia e clinica delle malattie del sistema endocrino; gli ambiti di competenza sono: la fisiopatologia endocrina, la semeiotica funzionale e strumentale endocrino-metabolica; la metodologia clinica e la terapia in endocrinologia, diabetologia e andrologia; la fisiopatologia e clinica endocrina della riproduzione umana, dell'accrescimento e delle attività motorie; la fisiopatologia e clinica del ricambio con particolare riguardo all'obesità e al metabolismo glucidico, lipidico ed elettrolitico (D.M. 4 ottobre 2000)”. La declaratoria del Settore Scientifico-Disciplinare MED/24 Urologia invece recita: “Il settore si interessa dell'attività scientifica e didattico-formativa, nonché dell'attività assistenziale a essa congrua nel campo della chirurgia dell'apparato uro-genitale in età pediatrica e adulta; il settore ha competenza nella semeiotica funzionale e strumentale, nella metodologia e nella terapia urologica tradizionale e mini-invasiva (D.M. 4 ottobre 2000)” (Jannini, 2016: 10-11).

sessuologo):

Fino a qualche anno fa, circa vent'anni fa se non erro, c'era la specializzazione [in andrologia], poi è stata inglobata con quella che era la sua area naturale ovvero l'endocrinologia, quindi l'endocrinologia naturalmente si divide in endocrinologia in sé per sé, malattie del metabolismo, diabete, eccetera, obesità, poi c'è la branca dell'andrologia vera e propria e quindi molti afferiscono da quella branca oppure dall'urologia, e l'andrologia per molti anni, per disattenzione probabilmente degli endocrinologi, era di competenza urologica ma in realtà la base è di estrazione endocrinologica. [...] il loro [degli urologi] campo d'azione dovrebbe essere prettamente su base interventistica chirurgica, quindi, se vogliamo, dopo (enfasi) un eventuale fallimento medico clinico dell'andrologo di estrazione endocrinologica, quindi su base farmacologica” (Intervistato 21, endocrinologo con competenze andrologiche)

Se legge la declaratoria di urologia c'è scritto che [l'urologo] è il chirurgo che si occupa di tagliare e cucire l'albero genitale e urinario maschile quindi in realtà è un chirurgo, il che significa che dal punto di vista culturale è quanto di più lontano ci sia al mondo nei confronti delle disfunzioni sessuali [...] c'è questa idea, assolutamente insensata, ma c'è appunto questa idea che siccome il medico del pisello, mi scusi l'espressione, è l'urologo, cioè quello che aggiusta i piselli rotti è l'urologo [allora] quando c'ho l'impotenza vado dall'urologo! Però ripeto, in realtà l'urologo è formato ad affettare piselli che hanno un cancro, a togliere il cancro dalla prostata, a curare il cancro del rene, cioè ha una formazione che lo lega per l'appunto ad un approccio molto pratico e anche molto crudo, molto rudimentale [...] il paziente ha bisogno di ben altro [...] l'urologia è una materia chirurgica, cioè una materia che basa la propria competenza su tagliare e cucire [...] quelli che si ritrovano ad essere urologi e non sono capaci di tagliare e cucire perché non sono bravi chirurghi, si accorgono di non essere capaci di fare quello che avrebbero voluto fare, ripiegano sull'andrologia, ripiegano sulla sessuologia [...] Quindi qual è il problema grossissimo che ha l'andrologia di derivazione urologica? Ha il problema grossissimo di essere un ripiego, cioè di essere nella maggior parte dei casi l'arrivo a un esercizio di qualche cosa che non è considerato di elezioni per se stessi, cioè in altre parole sono quelli incapaci in sala operatoria e non sapendo che altro fare fanno questo (Intervistato 23, endocrinologo con competenze andrologiche, sessuologo).

Anche se non tutti gli intervistati di estrazione endocrinologica sono inclini a utilizzare toni così forti come quelli presenti in quest'ultimo estratto, effettivamente è comune in questa frangia di professionisti intervistati la critica verso una gestione diagnostico-terapeutica considerata eccessivamente sbrigativa e impersonale, ovvero la presunta propensione, che sarebbe propria degli urologi, a prescrivere i farmaci orali con estrema leggerezza, senza seguire un adeguato iter anamnestico e diagnostico. L'approccio chirurgico, dunque, invece che essere una competenza in più sarebbe un limite, un approccio troppo “pratico e crudo” (Intervistato 23, endocrinologo con competenze andrologiche, sessuologo) che renderebbe l'urologo per certi versi miope, con una “visione troppo ristretta” (Intervistata 16, endocrinologa con competenze andrologiche) nei confronti di una gestione più completa dal punto di vista clinico e più attenta alle esigenze dei pazienti:

Se un paziente si riferisce in prima battuta ad un chirurgo molto spesso rischia di poter essere avviato a procedure chirurgiche ben prima di poter essere inquadrato in maniera complessiva, in maniera propria da un medico. L'urologo tende ad essere più sbrigativo! Ci sono degli urologi onesti e illuminati che appunto o ti contattano oppure sono in grado loro di fare una valutazione di più di ampio respiro[...] l'andrologia finisce che la fanno gli urologi che per varie motivazioni non ne sono in grado. Una cosa che la può aiutare a capire è che, io spesso frequento l'ambiente degli urologi, quando si parla di DE non si parla mai di ormoni, cioè l'aspetto endocrinologico non viene mai considerato! Cioè loro parlano solo di terapia! Di adeguatezza della terapia, di compliance del paziente, di efficacia della terapia, parlano dei problemi urinari legati alle problematiche prostatiche [...] E siccome non sono in grado di parlare di ormoni, non li considerano! Interi congressi, che ci fosse una relazione che parla invece di quanto l'ipogonadismo, soprattutto nell'anziano può contribuire pesantemente all'insorgenza del sintomo e anche all'efficacia dei farmaci, è disastroso questo! [...] l'urologo si ferma solo alla prescrizione farmacologica e questo è solo la punta dell'iceberg, non va a scandagliare quello che c'è sotto (Intervistato 31, endocrinologo con competenze andrologiche E)

Culturalmente c'è una preparazione diversa rispetto alla preparazione urologica che è più chirurgica e quindi anche l'approccio col paziente ovviamente è un approccio di tipo diverso rispetto diciamo all'approccio medico che è un approccio, come dire, più completo dal punto di vista della comunicazione, della psicologia del paziente, ecco, il chirurgo in generale è abituato ad avere un rapporto come dire meno personale col paziente, più impersonale no? ma per ovvi motivi no? È più sbrigativo, è abituato ad altri ritmi, è abituato alla sala operatoria, non al colloquio in profondità, questa è un po' l'impostazione nell'animo degli urologi in generale, poi ovviamente ci sono quelli anche più completi ovviamente ma la differenza principale è un po' questa, storicamente l'andrologia di impronta medica è stata la prima disciplina ad occuparsi in maniera specifica delle patologie riproduttive sessuali maschili, poi nel corso degli anni come dire è diventato un mercato appetibile anche per altre specialità (Intervistato 30, andrologo, endocrinologo).

Detto in maniera molto rappresentativa e molto rudimentale, il paziente che arriva, si siede e dice 'Dottore, io non riesco a fare l'amore con mia moglie perché non ho l'erezione' e quello dice 'Non ti preoccupare, ecco qui la pillola blu', vede questa dinamica che le ho rappresentato, è la tipica dinamica urologica, che piace moltissimo alle industrie farmaceutiche (Intervistato 23, endocrinologo con competenze andrologiche, sessuologo).

Solitamente quindi, per ammissione degli stessi intervistati, a fare le spese di questa situazione professionale confusa in cui al titolo di “andrologo” corrispondono di fatto diversi background è il paziente che “è già tanto se sa chi è l'andrologo” (Intervistato 22, endocrinologo con competenze andrologiche) e che non viene di certo aiutato, soprattutto nel pubblico, da un sistema di prenotazione delle visite che generalmente non tiene conto di queste differenze¹⁰⁹ (Jannini et al., 2016):

109 Per un quadro completo e aggiornato della distribuzione territoriale dell'assistenza andrologica nel settore

L'impressione è che il paziente non lo sappia assolutamente, tant'è che il paziente ti chiede 'Ma lei è un andrologo giusto?' Il che presuppone che non sappia che non esiste più l'andrologo, che c'è la competenza dedicata, [di cui] chiunque, che sia un urologo o un endocrinologo, può fregiarsi. Perché in Italia in questo momento non c'è ancora da dover dimostrare la propria competenza in andrologia, basta essere specialista in una di queste due branche per poter vantare teoricamente anche una competenza andrologica (Intervistato 19, endocrinologo con competenze andrologiche).

Il paziente 90 su 100 alla prima visita non sapeva non sapeva neanche che l'andrologo esistesse, dopo di che arriva e non ha idea del fatto che ufficialmente la specialità in andrologia non esiste più [...] e quindi non sa bene chi si trova di fronte [...] che sia endocrinologo o urologo è una cosa che semmai scopre dopo e magari neanche scopre mai sostanzialmente [...] il medico di base fa la richiesta per visita andrologica, poi è una scelta di fatto che fanno gli amministrativi del centro prenotazioni, il fatto di indirizzare il paziente in una struttura piuttosto che in un'altra. Quindi a volte mediamente è casuale e a volte l'invio è anche improprio, perché magari il motivo è fondamentalmente chirurgico, cioè magari il medico chiede la visita andrologica per fimosi che è una cosa di cui tanto più che fare l'intervento, o te la tieni o fai l'intervento, sostanzialmente dovrebbe subito andare dall'urologo e invece arrivano a noi, quindi poi dopo bisogna cercare di aggiustare per non far capire che di fatto è arrivato nel posto sbagliato e poi re-indirizziamo; il medico di base spesso non sa se in una certa struttura, ospedale, Asl che sia, l'andrologo è un endocrinologo o un urologo, già tanto che sappia che in quella struttura c'è l'andrologo!" (Intervistato 2, endocrinologo con competenze andrologiche)

No no, il paziente non ha la minima idea di tutte queste cose. Poi alla fine si rivolge ad un professionista che può essere o l'uno o l'altro, se ha fortuna ne trova uno bravo [...] E comunque i medici di medicina generale fanno una richiesta di visita andrologica al Cup e quindi rientrano in vari ambulatori andrologici della regione dove c'è sia urologico che endocrinologico, ma questa sottigliezza non viene mai spiegata. Poi sta all'intelligenza di colui che visita, quindi, per capirsi, il problema endocrinologico nella disfunzione erettile o nell'andrologia te calcola è il 3%, quindi, vedendo tot pazienti io quando mi capita un paziente che fai conto ha una problematica di ipogonadismo o simili, anche se saprei trattarlo benissimo, non mi sto a rompere le scatole e lo invio al collega endocrinologo (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche).

Presi nel loro carattere generale, in questi estratti di intervista sono sintetizzati alcuni elementi che si ritrovano molto simili anche per quanto riguarda l'altra figura di esperto della salute e del benessere sessuale introdotta all'inizio di questo capitolo, ovvero lo (psico)-sessuologo, anch'esso, come si vedrà, figura professionale dai confini poco netti e in cerca di maggiore legittimazione.

pubblico si rimanda al Libro Bianco della SIAMS (Jannini et al., 2016).

4.1.2 La costruzione del settore (psico)-sessuologico

Anche sul versante propriamente sessuologico troviamo scarso riconoscimento a livello nazionale delle competenze specifiche per esercitare in questo campo. “La questione dell’autonomia e della legittimità professionale dei sessuologi” è quindi, tutt’oggi, “un problema irrisolto” sostengono Simonelli e colleghe (2002: 7) mettendo in evidenza quanto la mancanza di uno specifico titolo universitario e di un albo professionale renda “la qualifica di sessuologo un titolo non protetto dalla legge, diversamente da quanto accade per i medici e per gli psicologi”.

Mentre però, come si è visto, gli andrologi sono tenacemente impegnati nella promozione mediatica della cosiddetta “cultura andrologica” in modo da presentarsi come la controparte del ginecologo al pubblico maschile ancora ignaro della loro esistenza, lo stesso intento non sembra essere presente nel contesto della (psico)sessuologia italiana. Quando interpellati sulla “popolarità” del loro ruolo professionale, la stragrande maggioranza degli intervistati¹¹⁰, pur convenendo nel considerare il sessuologo come una figura ancora largamente sottostimata, non ne ha fatto una questione di mancanza di pubblicità. Come fa notare una intervistata psicosessuologa (34), al giorno d’oggi la “figura del sessuologo ricorre in continuazione” in “tutte le riviste femminili e non, nei i giornali, in tv”. Non si tratterebbe dunque di un problema di sottoesposizione mediatica nei confronti del pubblico di potenziali pazienti, quanto piuttosto di una mancanza di serietà e credibilità dell’offerta formativa oggi esistente in questo settore:

[dello psico-sessuologo] Se ne parla ma se ne parla più da un punto di vista di spettacolarizzazione mi viene da dire, piuttosto che da un punto di vista proprio scientifico e come persona che abbia delle competenze per poter comprendere, capire e aiutare o indirizzare nel modo migliore la persona che ha una difficoltà di questo tipo. Ma effettivamente finché non si mette in ordine la faccenda dell’albo, e noi come inseriti all’interno della FISS¹¹¹ ci stiamo muovendo in quel senso ma è davvero difficile, molto. Forse adesso si sta muovendo qualcosa in tal senso ai piani alti, ma chissà (Intervistata 34, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

Oggi come oggi sono molti che si chiamano, si fanno chiamare sessuologi e magari sono stati formati in

¹¹⁰ Si ricorda che, per quanto riguarda il parametro della diversa specializzazione all'interno del contesto sessuologico, sono stati intervistati: 14 psicologi con master in sessuologia e 4 sessuologi medici.

¹¹¹ FISS – Federazione Italiana di Sessuologia Clinica

corsetti di 40 ore. No, il problema è proprio poi per chi ha un problema sessuale, un disagio, di capire da chi andare, come trovare il professionista serio fra un mare di sessuologi della domenica dico io, che adesso, anzi, con tutti questi programmi tremendi, reality, come si chiama adesso e vabbè ce ne sono svariati, eeh, Sex Therapy mi sembra, LineaSex-LineaLove, boh. E le rubriche dove il sessuologo risponde, e il sessuologo ti consiglia le posizioni migliori, i trucchi per essere più bravi a letto. Insomma sono tutti esperti del sesso ma a scapito di cosa? C'è un'impoverimento incredibile di cosa è la sessualità, la relazione no? Quindi no, non penso che il sessuologo sia una figura sottostimata nel senso di poco conosciuta, però vede 'sottostimata' nel senso di poco valorizzata sì, ma dagli stessi medici che sono parecchio restii, almeno per la mia esperienza diciamo, che poi davvero molto pochi illuminati capiscono che è importante una valutazione, un intervento nel caso anche dal punto di vista psicosessuologico. Dovrebbero andare di pari passo le cose ma siamo ancora anni luce rispetto a questo e il grosso limite effettivamente è anche prima di tutto la questione che non c'è un albo, manca l'albo e tutti possono dirsi psicosessuologi e questo fa perdere di credibilità (Intervistato 42, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo)

Nel corso degli anni, effettivamente, si è assistito al proliferare di corsi di formazione privati in sessuologia tra i quali risulta spesso difficile muoversi. Un tentativo di dare ordine è stato promosso dalla FISS – Federazione Italiana di Sessuologia Clinica – alla quale, non a caso, afferiscono alcuni dei principali istituti di clinica e di formazione che coprono principalmente il Centro-Nord¹¹². Tale federazione ha costituito un albo professionale interno su scala nazionale e ad iscrizione volontaria, nato con l'obiettivo di uniformare gli standard formativi e di attribuire una qualifica di professionalità a chi ha intrapreso la formazione in sessuologia clinica.

Come si avrà modo di specificare è necessario quantomeno mettere tra parentesi l'aggettivo “psico” quando si tratta di sessuologia clinica dal momento che la formazione e la relativa pratica sessuologica sono aperte a professionisti di varia estrazione, principalmente psicologi, psicoterapeuti e medici. L'offerta formativa in sessuologia è di solito articolata in bienni distinti sull'educazione, sulla consulenza sessuale e sulla sessuologia clinica che si differenziano in funzione delle competenze di base e del livello di preparazione raggiunto. Mentre il corso per diventare esperti in educazione sessuale è accessibile a chiunque sia in possesso di diploma superiore, gli altri due livelli formativi richiedono requisiti di ammissione più restrittivi, anche se variabili di scuola in scuola. Nel sito della FISS si legge

¹¹² Aderiscono alla FISS: il Centro Clinico Crocetta (Torino); il Centro Italiano di Sessuologia (Bologna); l'Istituto di Sessuologia Clinica (Roma); la Società Piemontese di Sessuologia Clinica (Torino); l'Istituto Ricerca e Formazione (Firenze); l'Associazione Italiana Sessuologia Psicologia Applicata (Milano); il Centro Studi per la Terapia dei Disturbi Affettivi e Sessuali (Genova).
Fonte: <http://www.fissonline.it/scuole-di-sessuologia.html>

che sono ammessi a frequentare il corso di consulente in sessuologia i laureati in Psicologia (triennale e quinquennale) o Medicina e Chirurgia, i laureati in Scienze della Formazione o Scienze Sociali o titoli equipollenti e altri operatori della salute (Assistenti sociali, Ostetriche, Assistenti sanitari, Infermieri). Il corso di sessuologo clinico è invece riservato ai soli laureati in psicologia o medicina regolarmente iscritti agli albi professionali degli Psicologi o dei Medici Chirurghi, che abbiano precedentemente conseguito il titolo propedeutico di consulente sessuale.

Sulla base di tali presupposti, la sessuologia sembra dunque, a prima vista, configurarsi come luogo di congiunzione di diverse aree professionali derivanti da specialità mediche, psicologiche e anche sociologiche, i cui scopi sono la ricerca, lo studio clinico e la risoluzione, attraverso il counseling e le terapie, delle problematiche sessuali. Ed effettivamente, nelle riviste specializzate la sessuologia clinica viene definita come una scienza autonoma di recente formazione che rappresenta il “tentativo di integrare tre aspetti, quello biologico, quello psicologico e quello culturale” dovendo infatti “tener conto, oltre che delle componenti organiche e psicologiche della sessualità anche dell’influenza dei profondi cambiamenti culturali avvenuti in questi ultimi anni” (Baldaro Verde, Todella, 2004: 21). In questo senso il sessuologo, sia medico che psicologo, è tenuto a conoscere le componenti psicologiche della personalità e le dinamiche relazionali che incidono sulla comparsa di un disturbo sessuale, così come l'anatomia e la fisiologia della sessualità, dalle basi genetiche e neuroendocrine alle malattie, fattori di rischio e stili di vita che vanno ad interferire con la risposta sessuale (Baldaro Verde, Todella, 2004).

Per quanto riguarda la definizione di *sex-counseling* nei testi si trova ancora valida quella data nel 1975 dall'OMS come “attività di sostegno capace di aiutare individualmente persone in difficoltà ad assimilare le loro conoscenze e trasformarle in stili di vita soddisfacenti e comportamenti responsabili”. Il counselor è quindi colui che “raccolge ed indirizza la domanda sessuologica” permettendo “a chi ne ha la necessità, di accedere alle moderne terapie sessuali” (Rossi, 2004: 18; cfr. Florini, 2011; Fulcheri, Savini, 2011). La consulenza sessuale si configura quindi come un primo “intervento socio-psico-pedagogico” (Florini, Rifelli, 2011: 11), un presupposto necessario per effettuare correttamente le terapie

sessuali che, invece, sono di stretta pertinenza del sessuologo clinico, quella figura professionale che, secondo il sito della la Scuola Superiore di Sessuologia Clinica (S.S.S.C.) di Torino, “oltre ad avere le competenze del consulente sessuale [può] attuare un intervento terapeutico integrato per un cambiamento che consenta il recupero della salute sessuale”¹¹³.

L'aggettivo “clinico” accanto al titolo di sessuologo, secondo Baldaro Verde e Todella (2004: 22), presuppone la capacità di diagnosi e di terapia, ma sul valore dato a quest'ultima, o meglio, sulle competenze necessarie per poter fornire un'aiuto terapeutico in ambito sessuologico non sembra esserci ancora completa chiarezza, a partire dallo stesso accesso al corso di formazione che in alcune scuole è aperto a medici e psicologi già formati in consulenza sessuale (così come del resto si ritrova nello stesso statuto generale della FISS), mentre in altre è invece specificatamente rivolto a coloro in possesso del titolo di psicoterapeuta. Questo punto è emerso spesso nelle parole degli intervistati con un background di impostazione psicologica ed è riconducibile ad un dibattito più generale che, secondo alcuni “c'è sempre stato tra psicologo e psicoterapeuta” (Intervistato 6, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo). Tra gli psicologi si trova, per esempio, chi, rifiutando di sentirsi “figlio di un dio minore” (Intervistata 1, psicologa, pedagogista, sessuologa), nega alle terapie sessuali il valore di psicoterapie e mette in discussione lo stesso confine netto fra la consulenza e il lavoro terapeutico:

Il consulente diciamo che fa un lavoro un pochino più da consulente, più in superficie, non si occupa in qualche modo delle terapie, anche se è così difficile stabilire dove finisce la consulenza e inizia la terapia. Se vogliamo anche un incontro di sola consulenza può essere terapeutico ai fini di sanare una situazione magari di disagio personale [...] poi ci sono quelli che vogliono fare i quattro anni e diventano poi sessuologi clinici, spesso si sente parlare di psico-sessuologo, ma non è una parola che di fatto è legittimata si parla di sessuologi, è un modo di dire un po' gergale, è un sessuologo di matrice psicologica ma allora ci dovrebbe essere il doctor sessuologo, il physician sessuologo no? E invece è lo psico-sessuologo. Credo che questo sia sempre un po' un problema di noi psicologi di considerarci un po' figli di un dio minore e quindi di doverci un po' irrobustire l'autostima e metterci qualche cosa in più perché quello non lo possiamo fare, quell'altro non lo possiamo fare, almeno in Italia. Quindi credo sia un po' un discorso di questo tipo, di autostima, di professionalità. Io posso parlare per la mia esperienza, la mia esperienza, quindi 4 anni dove in qualche modo sei abilitato alle terapie sessuali che non sono psicoterapie, poi anche lì, cosa modifica la psiche? perché io do le mansioni, cioè ti dico “Adesso tu posi le posate tre volte”, “Adesso ti accarezzi con una piuma”, “Adesso stai mano nella mano per tre minuti”, è chiaro che un po' il comportamento va un po' a modificare, ma anche la consulenza mi modifica un modo di vedere le cose e allora sono già terapie della psiche! (Intervistata 1, psicologa, pedagogista, sessuologa)

¹¹³<http://www.sssc.torino.it/nuovo/corsi-sessuologo-edu.html>

Vi è chi, al contrario, equipara le scuole di sessuologia clinica ad una vera e propria specializzazione in psicoterapia:

Che cos'è un sessuologo? In realtà può essere una persona che comunque ha frequentato almeno quattro anni di scuola di specializzazione, che è come se fosse una vera e propria specializzazione dopo la laurea in psicologia. Perché è qui che impari davvero le terapie e quindi ti vale proprio in questo senso qui. Ma deve essere una scuola di quelle serie, una di quelle riconosciute dalla FISS, perché i corsi monotematici... Mi permetto di dire che trenta ore di corso ti danno poco, già quattro anni comunque non ti danno l'esperienza, ti danno il tempo di assorbire determinate cose ma poi chiaramente è l'esperienza, quindi quattro anni sono necessari, credo nella figura dello psicologo specializzato nella sessuologia, quindi la natura deve essere comunque psicologica” (Intervistata 41, psicologa, sessuologa)

Chi invece, oltre alla laurea in psicologia, possiede anche una specifica formazione psicoterapeutica tiene ad evidenziare quanto “già l'uso del termine terapia dovrebbe discriminare uno psicologo da uno psicoterapeuta” poichè “lo psicologo non può fare terapia, non fa nessun tipo di trattamento terapeutico” (Intervistato 6, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo) ribadendo quindi la necessità che la sessuologia clinica sia una branca essenzialmente riservata agli psicoterapeuti:

È importante secondo me, bisogna proprio sottolineare che l'attività di sessuologo clinico, siccome è un metodo di cura che si fonda sull'utilizzo di tecniche psicoterapeutiche specifiche, ecco, quindi è praticabile solo da psicologi abilitati in psicoterapia, anche medici chiaramente, ma meglio se psicologi psicoterapeuti – detto inter nos (ride) – comunque il senso è che se c'è terapia è necessaria la figura dello psicoterapeuta, ma lo dice la legge eh, non lo dico io (Intervistato 39, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo)

Il titolo, che poi non è un titolo perchè non è riconosciuto, comunque nel caso venisse riconosciuto, c'è un dibattito se chiamarlo psicoterapeuta sessuale o sessuologo clinico. Perchè psicoterapeuta sessuale? Perché per esercitare devi (enfasi) essere psicoterapeuta, quindi devi avere la specializzazione in psicoterapia, non basta essere psicologo [...] Essendo una terapia tu devi essere per forza uno psicoterapeuta, poi una cosa è l'iscrizione al corso e una cosa è l'esercizio della professione nel senso che tu, cioè l'esercizio della professione in teoria è riservato agli psicoterapeuti, dico in teoria perchè non è ancora una professione, non esiste, non puoi fare il sessuologo clinico e scrivere sessuologo clinico nel tuo biglietto da visita, scriverai psicoterapeuta con specializzazione in sessuologia, ma eserciti in quanto psicoterapeuta non in quanto hai seguito il master in sessuologia [...] Il dibattito c'è sempre stato tra psicologo e psicoterapeuta, cioè qual'è la differenza? In realtà essendo professioni riconosciute ci sono delle leggi che dicono cosa fa l'uno e cosa fa l'altro, è chiaro che il margine è difficile da definire perchè poi nessuno ti controlla nel tuo studio, cioè se tu sei psicologo e nel tuo studio ti avvali di una psicoterapia non se ne accorge nessuno purtroppo, però non hai in teoria le competenze (Intervistato 6, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo)

Un'altra questione ancora aperta, che si intravede anche negli estratti di intervista appena presentati, è quella che ruota intorno alla già sottolineata trasversalità della sessuologia che non tutti considerano un punto di forza quanto semmai un impedimento epistemologico per l'individuazione di un linguaggio e di obiettivi propri come disciplina scientifica né tantomeno per la formazione di una figura professionale unitaria e autosufficiente che va sotto il nome di “sessuologo clinico”. Così, mentre società come la FISS si propongono pubblicamente “l'ambizioso progetto”¹¹⁴ di veder riconosciuto a livello giuridico la professione del sessuologo clinico con un suo albo specifico di riferimento, c'è chi, anche tra le figure di punta del panorama sessuologico italiano, di fatto sostiene l'impossibilità di acquisire la sessuologia come scienza indipendente, trovando quindi “irrealistico immaginare una formazione capace di generare un sessuologo” tout-court “che adotta più linguaggi interpretativi dell'evento sessuale” (Rifelli, 2013: 23) dal momento che ciascun clinico interpreta l'evento sessuale attraverso il linguaggio e l'impostazione epistemologica che gli è propria:

“Così ad esempio l'andrologo identifica la disfunzione erettile con la sigla DE e la tratta come una malattia, lo psicologo invece considera il disturbo dell'erezione il sintomo di una malattia che è rappresentata dal vissuto della incapacità di essere un uomo. L'uno può ovviamente conoscere le teorie dell'altro, ma ciascuno a fronte di un deficit erettile attiva schemi cognitivi diversi e non facilmente integrabili: l'andrologo pensa a meccanismi neuroendocrini ed emodinamici mentre lo psicologo ragiona in termini di vissuti e di relazioni diadiche. Il primo, pur riconoscendo la genesi psichica del disturbo si orienta facilmente verso terapie farmacologiche o chirurgiche, il secondo ritiene comunque indispensabile un approccio consulenziale o psicoterapeutico” (Rifelli, 2013: 22).

La sessuologia sarebbe quindi, piuttosto, da identificare come un surplus di formazione, una sensibilizzazione multidisciplinare diventata ormai indispensabile per arricchire il bagaglio di conoscenze delle diverse professioni che si occupano di gestire la salute sessuale (Rossi, 2004: 27). Come infatti mette in rilievo Giorgio Rifelli (2013: 22-23):

“la trasversalità della componente sessuale, investendo diverse dimensioni dell'esistere (fisiche, psichiche, sociali, ecc.) ha impedito la individuazione di un protocollo di lettura univoco e la sessuologia è costretta

¹¹⁴ Fonte: <http://www.fissonline.it/albo-fiss/albo.html> – a tal fine sarebbe in fase di costituzione una nuova associazione di categoria denominata ASI, Associazione dei Sessuologi Italiani.

a mutuare da altre scienze le tecniche di indagine e descrittive e deve ricorrere a linguaggi diversi ciascuno corrispondente alla scienza (sociologica, psicologica, medica, biologica, antropologica, ecc.) a cui deve attingere. In definitiva la ubiquità delle tematiche sessuali rende difficile la identificazione di un linguaggio scientifico esclusivamente sessuologico [...] Dunque la formazione in sessuologia e in particolare in sessuologia clinica non può avere come obiettivo la acquisizione di una sessuologia come scienza, la formazione può solo fornire conoscenze e competenze in ordine con la formazione di base. In altri termini si tratta di completare la formazione di base (medicina, psicologia, andrologia, ginecologia, psichiatria, sociologia, ecc.) con i temi della sessualità che competono a quella scienza”

Mentre per Rifelli (2013: 22, dunque, la sessuologia non può esistere perché non esiste un “protocollo di lettura in grado di integrare le diverse scienze che la compongono”, per altri specialisti molto attivi in questo campo, come la dottoressa Simonelli e il suo gruppo di lavoro, la sessuologia può a tutti gli effetti definirsi come “scienza autonoma” (Simonelli et al., 2002: 6; 2005: 31; cfr. Avenia, 2009: 5) proprio in virtù del suo orientamento multidisciplinare necessario allo studio della sessualità nei suoi aspetti biologici, psicologici, culturali e sociali. “L’ipotesi alla base di questo orientamento multidisciplinare – sostiene il gruppo di lavoro di Simonelli – è che la sessualità sia un evento psicosomatico e che, nell’insorgenza di un disturbo, ci sia sempre una compartecipazione di fattori diversi: psicologici, organici, ma anche relazionali, sociali e culturali” (Simonelli et al., 2002: 6).

Tale multidisciplinarietà, però, è fonte di ambiguità nel momento in cui è usata per giustificare contemporaneamente la sessuologia clinica in termini disciplina autonoma che “ambisce ad un legittimo riconoscimento nel novero delle scienze” (Avenia, 2009: 5) e di approccio integrato. Da un lato, serve infatti a fondare una figura professionale definita capace di “superare la tradizionale scissione mente-corpo” (Avenia, 2009: 7) propria di chi ragiona in termini di disturbi fisiologici (medici) o del vissuto intrapsichico/relazionale (psicologi) per svolgere interventi di carattere clinico in termini di prevenzione, diagnosi e riabilitazione; dall’altro interviene come base dello sviluppo di un linguaggio comune necessario alla collaborazione integrata fra diversi professionisti.

Si fa dunque fatica a trovare chiarezza all'interno di un discorso pubblico che in più contesti - dal sito della FISS a quello delle singole scuole passando per la manualistica e le riviste specializzate - fa riferimento al sessuologo clinico come figura autonoma alla ricerca di una maggiore legittimazione e, contemporaneamente, esorta ad un lavoro di équipe tra

professionisti con background differenti, in larga misura appunto medici e psicologici (Simonelli et al., 2002; 2005; Simonelli, Fabrizi, 2006; Rossi, 2004).

La questione emerge anche nelle parole degli stessi intervistati che, ragionando proprio sulle caratteristiche del percorso formativo e sui servizi poi offerti al paziente, esprimono opinioni contrastanti sull'autodeterminazione professionale del sessuologo clinico che sembrano così riflettere la confusione esistente in merito nel discorso pubblico:

Lei ha parlato di psicosessuologo e di sessuologo in maniera interscambiabile no? Noi in realtà parliamo di sessuologo clinico, perché nella formazione del sessuologo clinico hanno accesso sia i medici che gli psicologi. Ovviamente sono dei medici che provengono da magari già specializzazioni pregresse, quindi che sono fondamentalmente l'urologia e la ginecologia, in parte anche l'endocrinologia, che hanno voglia di approfondire quest'aspetto della sessuologia clinica, quindi proprio del lavorarci, non soltanto del fare ricerca in questo campo ma proprio dell'andare a confrontarsi con le tematiche e le problematiche portate dal paziente. Psicosessuologo è una dizione che viene utilizzata oggi per alcune persone che sono laureate in psicologia, che hanno fatto magari un corso più breve di formazione che non rientra nei nostri parametri formativi della FISS, e che non potendo utilizzare un altro termine si dice psicosessuologo, però in realtà anche lo psicosessuologo è una figura, cioè noi siamo psicologi di base, possiamo essere psicoterapeuti, psicosessuologo è una forzatura, altrimenti non avremmo dei corsi che di formazione per sessuologi clinici! Si manterrebbe una separazione che invece pensiamo non abbia più senso mantenere se si adotta una prospettiva olistica e quindi appunto centrata sui bisogni della persona nella sua interezza, non scissa in due! (Intervistata 34, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

All'interno della scuola la formazione avviene solitamente [...] non c'è una selezione, cioè non c'è un medico che segue un corso adatto per lui, un corso per gli psicologi, un corso per le altre professioni sanitarie, ma solitamente vengono fatti assieme. Questo in modo tale da dare allo psicologo quelle competenze della medicina che non gli sono state date, e al medico quelle informazioni sulla psicologia che non ha ricevuto, ecco. [...] Questo serve per fare in modo che le persone si conoscano, incomincino a far sciogliere quelle rigidità interprofessionali in modo tale che ci sia una circolazione eventualmente delle consultazioni, una integrazione in questo senso. E questo è molto molto importante, a mio parere, ma porta anche a confusione quando giustamente lei mi chiede chi è il sessuologo. Perché poi se si va a vedere è chiaro che il taglio delle scuole, nel senso dell'offerta formativa in sé è molto impostato sullo psicologico-clinico e quindi diciamo che di fatto avrebbe forse più senso parlare di psico-sessuologo secondo me, cioè uno psicoterapeuta esperto in sessuologia che ha quindi delle conoscenze specifiche sul versante organico ma che non può ovviamente prescindere dalla consultazione con il medico e che poi prenderà in carico la cura della persona o della coppia con gli strumenti propri della psicoterapia sessuologica, secondo un orientamento che di fatto intendiamo come integrato. [...] Allo stesso modo è importante, anzi penso sia necessario che i medici dal canto loro seguano un corso di sessuologia clinica ma è più per un accrescere la loro conoscenza personale, non so se mi spiego, nel senso, so che ci sono corsi, ma quelli sono extra FISS credo, che riservano le lezioni sulle tecniche terapeutiche solo agli addetti ai lavori (ride) ecco secondo me questo è sbagliato, cioè come gli psicologi imparano di più sul, non lo so, sistema endocrino o sulla disponibilità farmacologica credo sia necessario altrettanto che un medico andrologo per esempio conosca l'esistenza della terapia mansionale integrata per dire la prima, ma questo non significa che poi abbia la necessaria competenza per applicarla nel modo corretto (Intervistato 42, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo).

La mia posizione è quella che il sessuologo che si occupa di sessuologia a 360° non esiste, e non può essere [...] non può essere uno psicologo, c'è semmai lo psico-sessuologo, e infatti io mi sento tale, io sono una psico-sessuologa perché ovviamente anche gli urologi che si occupano di sessuologia sono dei sessuologi, ma sono dei sessuologi-medici a cui manca tutta la parte nostra, diciamo, no? E viceversa. È necessario differenziare, lo psico-sessuologo è una figura che nella cultura italiana è ancora una figura un po' con delle luci e delle ombre, viene spesso scambiata con lo psicologo-psicoterapeuta base e in realtà molti di loro non vogliono trattare la tematica della sessuologia e altri invece si cimentano però non avendo mai seguito dei corsi appropriati, e quindi non conoscendo affatto bene qual'è la diagnostica e anche quali sono i percorsi, per cui anche noi psicologi facciamo un po' di confusione, eh, la fanno anche i medici [...] Non può essere di prerogativa soltanto di una figura perché ci sono delle disfunzioni erettili, ad esempio, organiche che il medico dice “Vanno trattate assolutamente dal medico”, ecco, in realtà il beneficio che possono trarre da un aiuto di tipo psico-sessuologico quindi che va a lavorare sulla relazione, sulle emozioni, sul sentire, eh, è assolutamente indispensabile! Come, d'altro canto, abbiamo delle disfunzioni erettili che invece sono assolutamente non organiche e però spesso l'aiuto di un farmaco può sbloccare la situazione, però deve essere accompagnato poi da un percorso psico-sessuologico che, diciamo così, monitora e permette un evolversi salutare del farmaco (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

Di fronte al quadro così delineato in cui di fatto l'accesso e la stessa formazione in sessuologia prevedono l'apporto dell'*expertise* di area medica, bisogna però notare quanto la maggioranza dei professionisti sessuologi provengano dall'area psicologica/psicoterapeutica. Secondo uno studio risalente al 2002 (Simonelli et al., 2002: 13), per quanto “la maggior parte dei medici ritiene di avere il titolo più adeguato a svolgere tale professione” la sessuologia sarebbe praticata circa per il 60% da professionisti non medici, in prevalenza psicologi. Questo dato evidenzerebbe, secondo gli autori, “come gli psicologi tendano verso una maggiore attenzione alla loro formazione” (Simonelli et al., 2002: 9) e del resto, da una analisi del sovracitato albo FISS emergono dati a conferma di tale “squilibrio” a favore di una giurisdizione psicologica: in Piemonte per esempio il 59% degli iscritti all'albo ha un background psicologico/psicoterapeutico contro il 17% medico; in Lombardia le percentuali si attestano al 68% per quanto riguarda gli psicologi o psicologi-psicoterapeuti e il 16% medici mentre in Lazio i primi arrivano ad essere addirittura l'81% degli iscritti all'albo FISS rispetto ad un 14% di medici. Inoltre, i corsi di sessuologia riconosciuti dalla FISS sono forniti da docenti in maggioranza psicologi-psicoterapeuti all'interno di scuole o centri clinici di psicologia applicata che offrono servizi formativi e terapeutici quasi esclusivamente

orientati in senso psicoterapeutico¹¹⁵.

Si legge, per esempio, nel sito della Scuola Superiore di Sessuologia Clinica di Torino che il principale obiettivo offerto dal corso di sessuologia clinica è “l'apprendimento teorico e pratico del metodo integrato con particolare riguardo alle terapie mansionali e psicocorporee”¹¹⁶. Su questa linea si inseriscono tutte le altre scuole mantenendo, tuttavia, indirizzi e orientamenti di partenza differenti, come la prospettiva cognitivo-comportamentale, quella sistemico-relazionale o quella psico-dinamica solo per citarne alcune. Come del resto pone in luce anche una psicologa intervistata “la sessuologia è molto poliedrica, per la formazione le scuole riconosciute dalla FISS sono comunque diverse, ci sono diversi stili diciamo di formazione in un certo senso e poi va molto a seconda del pregresso del singolo professionista” (Intervistata 1, psicologa, pedagoga, sessuologa). E difatti, a seconda delle scuole, si viene orientati all'approfondimento di un modello terapeutico specifico - come il CIS (Centro Italiano di Sessuologia) di Bologna che ha focalizzato il suo master sull'insegnamento della Psicoterapia mansionale integrata¹¹⁷ – o è presentato un ventaglio più ampio, ma meno approfondito, di proposte – scelta compiuta ad esempio dalla milanese AISPA (Associazione Italiana Sessuologia Psicologia Applicata) nel cui programma formativo sono inseriti diversi tipi di terapie: la terapia mansionale, la terapia cognitivo comportamentale, la terapia relazionale e di coppia, la terapia psicodinamica, la terapia corporea, la terapia ipnotica e, infine, la terapia strategica¹¹⁸.

Pur partendo da, e privilegiando, impostazioni diverse ciò che sembra accomunare la clinica sessuologica è l'idea che l'intervento clinico sulla sessualità debba tenere in considerazione, in linea con il paradigma biopsicosociale, l'interconnessione degli aspetti biologici, chimici, fisici, psicologici e culturali come possibili fattori eziologici. In questo senso, il riconoscimento che il sintomo sessuale “sfugge, nella diagnosi come nella terapia” alla rigidità degli “schemi terapeutici convenzionali” (Rossi, 2004: 22; cfr. Simonelli, 2005: 33) comporta quindi l'apertura verso un uso integrato e flessibile di approcci teorici e

115 Elenco scuole FISS: <http://www.fissonline.it/scuole-di-sessuologia.html>

116 Fonte: <http://www.sssc.torino.it/nuovo/corsi-sessuologo-edu.html>

117 Fonte: http://www.cisonline.net/index.php?option=com_content&view=article&id=17&catid=11&Itemid=11

7

118 Fonte: <http://www.aispa.it/avanzato>

strumentali diversi, sia mutuati dalla psicoterapia che influenzati dalle innovazioni farmacologiche. “Ogni terapia dovrebbe essere centrata sul paziente” sostengono in merito Baldaro Verde e Todella (2004: 24) sottolineando come il problema sessuale non debba essere:

“Arbitrariamente inserito nell'unica strada suggerita dalla teoria psicologica (psicoanalitica, comportamentista, cognitivista, ecc.) di cui il terapeuta si sente nello stesso tempo 'discepolo' e padrone. Se la terapia è centrata sulla persona non viene privilegiato un solo fattore (biologico da parte dei medici, comportamentista, cognitivista, psicodinamico, relazionale, sistemico, ecc. da parte degli psicologi) e ci si può avvalere di differenti strumenti terapeutici integrandoli fra loro, senza pregiudizi”

Se il panorama descritto finora sembra propendere, pur con una certa ambiguità, verso una sorta di equivalenza fra sessuologia e psicosessuologia (Fulcheri, Savini, 2011: 20), non si possono ignorare gli sforzi di chi invece punta verso una piena affermazione di una sessuologia propriamente medica (Jannini et al., 2007; Jannini 2016).

Nel testo “Sessuologia medica: trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità” (Jannini et al., 2007) – edito da un team di andrologi di area endocrinologica appartenenti alla società SIAMS – si sottolinea a chiare lettere la necessità di allontanarsi dall'aggettivo di “clinica” accanto al termine di sessuologia ormai del tutto connotato in chiave psicosessuologica, come del resto si evince anche da questo breve excursus.

All'interno della sessuologia medica “la grande tradizione psicosessuologica” si integra “con la novità della medicina della sessualità” (Jannini et al., 2007: xi) ad uso e consumo sia di medici che di psicologi interessati a “colmare le lacune” (Jannini et al., 2007: xi) proprie di ciascuna disciplina nel tema della sessualità.

La retorica è del tutto simile a quella usata nei trattati di sessuologia clinica: al modello biopsicosociale viene sostituito il modello olistico (Jannini et al., 2007: xi) anch'esso, esattamente come il primo, “attento alla via psicosomatica e somatopsichica” (Jannini et al., 2007: xi).

Tuttavia, si ritrovano nel testo di Sessuologia medica (2007), che pure vanta la collaborazione di specialisti appartenenti al mondo della psicosessuologia, esplicite critiche riguardanti “il fiorire di scuole private di Sessuologia con indirizzo psicologico, psicanalitico e psicoterapeutico” (Jannini et al., 2007: xv) a causa di percorsi formativi ritenuti

estremamente variabili da scuola a scuola e per la supposta carenza di una solida base culturale e scientifica. Al loro posto vengono lodati percorsi formativi comunque vari ma maggiormente inseriti nei canali universitari, come i master andrologici di secondo livello citati nel primo paragrafo e casi isolati considerati particolarmente virtuosi come il corso di laurea specialistica in Psicologia Applicata, Clinica e della Salute ad indirizzo esplicitamente “sessuologico”, istituito nel 2007 all'Università degli Studi de L'Aquila, ma durato poco come progetto autonomo in quanto ormai “accorpato” insieme alla psicologia della devianza (sic), accorpamento che avrebbe del tutto “snaturato” la sua impostazione iniziale, secondo un intervistato (23, endocrinologo con competenze andrologiche, sessuologo) che ha citato il caso del suddetto corso specialistico come esempio virtuoso.

Si sostiene inoltre che lo sviluppo della psicosessuologia di stampo psicanalitico freudiano avrebbe peccato di un eccesso di psicologismo (Dettore, 2007: 202-208), intralciando così il corretto sviluppo scientificamente fondato della sessuologia medica.

A tal proposito si esprime in maniera estremamente critica anche un intervistato (23, endocrinologo con competenze andrologiche, sessuologo) soprattutto relativamente a quella che lui giudica come una mancanza di rigore metodologico e scientifico di una dottrina, quella psicosessuologica appunto, accusata di essere troppo “autoreferenziale” e “graniticamente paralizzata negli anni '70”:

La cosa interessante della psicosessuologia è proprio questo fatto che è una dottrina che è graniticamente paralizzata negli anni '70, cioè non è stata minimamente in grado di evolversi oltre quel mondo, c'è stato il grande momento di Master e Johnson, questi due geni che hanno rivoluzionato la sessuologia, sono stati i primi a fare analisi di laboratorio a due che facevano sesso, insomma voglio dire grandissimi, però sono anche, poverini, senza colpa perché quelli erano gli strumenti del 1966, quello che hanno detto che il 90% delle disfunzioni sessuali è di tipo psicologico e chiaramente gli psicologi ci credono, vogliono crederci perlomeno, e la cosa più grave per l'appunto è che non sono stati minimamente capaci di rinnovarsi, per cui lei troverà la gente che ripete a pappagalino quello che c'è scritto nel libro di Master e Johnson [...] la stragrande maggioranza dei cosiddetti sessuologi sono estremamente poveri di cultura scientifica prima di tutto, lo dimostra il fatto che nella stragrandissima maggioranza dei casi, quasi quasi senza eccezioni [...] non ci sono sostanzialmente psicosessuologi in Italia che siano noti all'estero e che abbiamo pubblicato in maniera decente sulla letteratura internazionale [...] l'accademia nel suo insieme si è sempre tenuta molto lontana dalla sessuologia, i sessuologi dicono che il motivo è perché gli accademici sono sessuofobici, non è affatto così, il motivo è che i sessuologi sono ignoranti! [...] questo ha fatto sì che rimanesse aperto enormemente il campo alla formazione cosiddetta privata, una moltitudine di piccole e grandi scuole di sessuologia, che con varie denominazioni e con varie religioni per così dire, vari credi diagnostico-terapeutici, propongono dei corsi che generalmente sono di quattro anni, che hanno gradi diversi, e che hanno tutti la stessa caratteristica: di essere sostanzialmente autoreferenziali! [...] sono completamente autoreferenziali, non hanno nessun tipo di valore legale, di nessun genere [...] con duemila euro l'anno di

iscrizione, perché tanto costano, mi compro un titolo di sessuologo che è riconosciuto dalla Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica, anche nota come FISS [...] la FISS non è altro che un'associazione di categoria altrettanto privata che mette insieme le scuole private di sessuologia, cioè è un autoriconoscimento [...] e poi non c'è omogeneità [...] naturalmente come in tutte le cose ci sono delle eccezioni, ci sono delle buone scuole private, diciamo buone insomma, il livello è sempre secondo me molto al di sotto delle aspettative di chi vuole imparare [...] nessuna di queste scuole in realtà è in grado in realtà di fornire degli strumenti pratici di diagnostica e di terapia con il paziente, il massimo che viene fatto in queste scuole [...] sono delle simulazioni, quindi la possibilità da parte del discente di imparare la clinica dal punto di vista proprio reale in realtà è molto molto limitata (Intervistato (23, endocrinologo con competenze andrologiche, sessuologo).

Al di là di questa presa di posizione in chiave svalutativa della psicosessuologia e dell'ammissione, sempre presente nel testo in oggetto, della “mancanza di una visione unitaria” soprattutto per “tematiche vaste come quella della disfunzione erettile e dell'eiaculazione precoce” (Jannini et al., 2007: xiii), non sembrano però esserci riferimenti espliciti a quei dilemmi epistemologici (Rifelli, 2004; Turchi, della Torre, 2007) rilevati nelle pubblicazioni di stampo più dichiaratamente psicologico che andrebbero ad inficiare quasi sul nascere la possibilità di un “sessuologo a 360°” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta sessuologa) e che implicherebbero quindi la necessità di un lavoro di equipe che, come si vedrà, viene particolarmente enfatizzato nel discorso della (psico)sessuologia clinica.

Come si avrà modo di mettere in luce nel paragrafo seguente, tale lavoro di equipe, che tra l'altro sorregge l'impianto di tutto il testo, viene certamente tenuto in grande considerazione ma, si fa d'altro canto costante riferimento all'individuazione di un sessuologo che abbia un training “polifonico” (Jannini et al., 2007: xiii):

“una figura professionale con formazione multidisciplinare, una conoscitore di varie 'lingue' scientifiche e umanistiche capace di parlare i diversi linguaggi delle tante discipline che costituiscono la sessuologia, che sappia quindi dare le risposte giuste a patologie che sono sempre multifattoriali, che definitivamente rifiuti quegli artificiali steccati tra mente e corpo che così tanto hanno danneggiato il comportamento sessuale umano” (Jannini et al., 2007: xii)

Su questa linea si esprimono alcuni intervistati, medici con competenze psico-sessuologiche, che riconoscono proprio nel loro percorso specifico quello più adatto a “coprire tutto lo spettro” (Intervistata 43, ginecologa, sessuologa) delle esigenze del paziente per almeno un buon “80% delle volte” (Intervistato 37, ginecologo, psicoterapeuta, sessuologo):

Che cosa orienta la scelta quando si è davanti a varie figure no? Che possono essere lo psicologo, il sessuologo, il medico che si occupa di problemi sessuali, in questo caso l'andrologo [...] cioè, chi vado a scegliere? Con che criterio mi oriento? Questo sarebbe interessante da capire, proprio per poter poi orientare meglio la nostra risposta, la nostra presentazione ai pazienti, con un feedback continuo no? però è difficile poterlo dire. Ovviamente allo stato attuale non si può fare a meno di solito di un approccio integrato, una collaborazione ma, come del resto questo modello di base già suggerisce, di muoversi sulla base delle singole esigenze della persona nella sua interezza no? E allora spesso soprattutto poi le problematiche di suo interesse non sempre necessitano di grossi interventi, un bravo medico sessuologo basta e avanza diciamolo per.. l'80% delle volte? (Intervistato 37, ginecologo, psicoterapeuta, sessuologo).

Sono molto, molto perplesso da questo punto di vista, nel senso che si occupano, che hanno fatto ovviamente, o perlomeno speriamo, perché c'è anche chi non ha fatto il corso in sessuologia, ma ok, però ipotizziamo che abbiano fatto il corso in sessuologia, quindi anche qui distinguiamo quelli che non l'han fatto e quelli che l'han fatto, e si trovano a dover affrontare problemi senza però avere le basi di tipo medico, o anche la possibilità di utilizzare l'aspetto farmacologico nella terapia dei disturbi sessuali no? Per cui lì è veramente un casino, nel senso che ovviamente la lobby degli psicologi è riuscita ad avere l'accesso agli studi di sessuologia, però secondo me rimane una carenza di base perché scindere l'aspetto medico dall'aspetto psicologico per quanto riguarda la sessuologia è secondo me un errore proprio concettuale no? di base [...] in realtà la sessuologia, ipotizzando potesse diventare, è una branca che comunque abbraccia veramente in maniera piena l'aspetto medico, e quindi dal punto di vista endocrinologico, neurologico, e l'aspetto psicologico e quindi è estremamente complessa, meriterebbe proprio una specialità a se stante dal punto di vista medico, però questo secondo me non avverrà mai perché se no verrebbero di nuovo esclusi gli psicologi (Intervistato 5, psichiatra, psicoterapeuta, sessuologo).

4.2. La questione definitoria al centro della co-costruzione fra diagnosi, trattamenti e specialisti

Nonostante questa panoramica appena presentata avesse il proposito di gettare una luce chiarificatrice sul settore andro-sessuologico italiano, il livello di multidisciplinarietà, di eclettismo e il suo carattere costantemente in divenire rendono, come si è visto, questa impresa davvero ardua.

Si deve perciò ribadire una delle considerazioni fatte all'inizio, ovvero che a occuparsi della salute sessuale maschile attualmente, nel contesto italiano, si trovano principalmente figure professionali ancora in cerca di una loro legittimazione e di uno spazio di giurisdizione/azione proprio sul quale poi concepire ruoli e relazioni intra- e inter-professionali, le quali sono invece appunto ancora poco codificate.

È utile in questo frangente riprendere una prospettiva analitica introdotta nella parte teorica di questo lavoro che risulta particolarmente adatta a comprendere appieno le dinamiche di autolegittimazione qui sopra brevemente tratteggiate. In accordo con Tousijn (2000: 202; cfr. Abbott, 1988; 2005), si intende per professionalizzazione quel “processo di negoziazione e di conflitto con altri soggetti e forze sociali per il controllo di una base cognitiva e del mercato dei servizi professionali”. Dal momento che “la storia della medicina è tutt’altro che un percorso lineare, in cui le conoscenze si sommano ordinatamente e i modelli esplicativi nuovi cancellano quelli vecchi” (Parodi in Giarelli, 2004: 5), si ribadisce come solitamente le linee di tensione fra le diverse professioni in campo sanitario, con bagagli educativi, training e competenze tecnico-cognitive differenti, si strutturano proprio attorno all'imposizione di una determinata definizione di malattia al fine di ottenere il monopolio sulla diagnosi, sulla linea terapeutica derivante e sul bacino di pazienti e potenziali pazienti ad esso connessa.

Risulta quanto mai evidente, una volta riletta questa definizione alla luce dell'impianto concettuale delineato nelle premesse teoriche, ispirato ai dibattiti su medicalizzazione, farmacologizzazione e biomedicalizzazione, come la definizione della propria autorità giurisdizionale e i rapporti che su di essa sono costruiti non possano assolutamente prescindere dalle definizioni diagnostico-terapeutiche proposte dalle diverse figure professionali in questo ambito. Ciò appare importante a maggior ragione se si tiene conto del fatto che si ha in questo caso a che fare con problematiche sessuali la cui definizione e cura deriva in larga misura dall'incontro anamnestico con i pazienti-consumatori, portatori di vissuti soggettivi che, su diversi livelli, possono incorporare, adattarsi, negoziare oppure distaccarsi dai modelli normativi di sessualità oggi esistenti e quindi incidere sulla stessa definizione contestuale/ibrida della diagnosi e, a maggior ragione, della scelta terapeutica (Brown 1995; Jutel, 2009; Anspach, 2011).

In questo modo si può mettere in luce più chiaramente, quantomeno rispetto alla patologizzazione dell'*underperformance* sessuale maschile, alcune delle tensioni e dei meccanismi di adattamento all'interno delle configurazioni interdipendenti e processuali che si creano dal rapporto di coconstruzione tra definizioni di salute e malattia, dispositivi

terapeutici, giurisdizioni professionali e soggettività incorporate. Il carattere interdipendente e processuale di queste dimensioni è sottolineato da Vicarelli (2010: 408-409) che, riprendendo le riflessioni che Elias propone proprio in merito alla genesi e sullo sviluppo di una professione, afferma:

“le professioni non inquadrano l’azione individuale (o di gruppo), né la struttura di un sistema, ma un processo figurativo che emerge dalle forme di interdipendenza che si realizzano, in concreto, nelle relazioni fra individui mutualmente coinvolti e che riguardano i tre livelli della realtà umana: quello psicologico, quello biologico, quello sociale. Nuove scoperte ed invenzioni o nuove tecnologie – afferma Elias – sono fattori incidenti sullo sviluppo di una occupazione, così come l’emergere di nuovi bisogni umani, ma nessuno di questi due fattori è da solo fonte del processo. Essi dipendono l’uno dall’altro per il proprio sviluppo. I bisogni umani divengono, cioè, differenziati e specifici solo in congiunzione con le tecniche umane specializzate; queste, d’altro canto, emergono e si cristallizzano in attività lavorative solo in riferimento ad attuali o potenziali bisogni umani”.

Così, dal momento che “il processo di medicalizzazione è inseparabile dalla professionalizzazione” Furedi (2004: 124), è proprio grazie a questa prospettiva che si possono far emergere, e meglio comprendere, i meccanismi che strutturano le diverse strategie di azione/legittimazione dei saperi-esperti della salute sessuale maschile.

A livello pubblico non è raro trovare messaggi contrastanti circa il loro spazio di autorità sulla salute e il benessere sessuale. Indagando tra manuali, riviste specializzate e campagne di sensibilizzazione andrologiche, si trovano attestazioni che sembrano promuovere un rapporto non paritario fra gli specialisti, spesso a favore del ruolo del medico. È il caso dei testi di andrologia che nei capitoli dedicati alla terapia per la disfunzione erettile non includono le possibilità offerte in campo psicoterapeutico ma si concentrano esclusivamente sulla farmacoterapia e sulla chirurgia (Jannini et al., 2012a: 291-298; cfr. Menchini Fabris et al. 2008) o definiscono “idiopatiche” (Scibona et al., 2008: 162) le cause psicogene dell'eiaculazione precoce.

Dal momento che, si è ripetuto più volte, “definitions have a justificatory power for the treatment” (Jutel, 2011) è quindi proprio a partire dalla questione definitoria dei repertori diagnostico-terapeutici che sembrano infatti concentrarsi i maggiori sforzi di espansione e negoziazione giurisdizionale.

Da questo punto di vista, le più recenti campagne di sensibilizzazione per le

disfunzioni sessuali maschili¹¹⁹ si inseriscono all'interno di un'ottica che punta verso l'espansione diagnostico/terapeutica dei disagi sessuali maschili, utile per i soggetti promotori e finanziatori di queste iniziative, ovvero le società scientifiche andrologiche e le case farmaceutiche. In questo senso rappresentano un caso emblematico tramite cui poter osservare la circolarità che intercorre tra le modalità di costruzione delle problematiche sessuali maschili, del target dei pazienti-consumatori e dei professionisti più adatti ad occuparsene.

Innanzitutto, il taglio dato alle presentazioni delle problematiche sessuali propende per un inquadramento di tipo biomedico. In accordo con una visione meccanicistica/riduzionista infatti si mette bene in evidenza, la dimensione puramente organica che, nel caso della DE enfatizza il funzionamento “idraulico”-vascolare dell'erezione e, per quanto riguarda l'EP, le componenti neurochimiche, mentre si relegano le determinanti psicologico-relazionali come intervenienti in un secondo momento:

L'erezione è un evento complesso che determina cambiamenti nei muscoli, nei nervi e nei vasi sanguigni del pene. Tuttavia, per semplificare, si può affermare che la DE si verifica quando nel pene non arriva o non rimane una quantità di sangue sufficiente a mantenere l'erezione” (U&S).

L'Eiaculazione Precoce (almeno quella Primaria, che è di gran lunga la più diffusa), è una condizione medica caratterizzata da una componente organica in cui gioca un ruolo chiave la serotonina. Questo neurotrasmettitore, che ha un effetto inibitorio sul riflesso dell'eiaculazione, rallentandolo, sembra essere presente in concentrazioni ridotte nei soggetti con eiaculazione precoce [...] Nell'EP come nella maggior parte delle disfunzioni sessuali, alcuni elementi psicologici osservati negli uomini e nelle loro partner sono il risultato della reazione emotiva e della frustrazione causate dalla stessa Eiaculazione Precoce, contribuendo così a loro volta ad esacerbare e perpetuare il problema, dando vita ad un circolo vizioso” (BC)

Le problematiche sessuali vengono quindi presentate come “*condizioni mediche*” (BC) serie caratterizzate da alte statistiche di diffusione. Da Uomo&Salute si apprende che “*circa il 52% degli uomini dai 40 ai 70 anni presenta sintomi di DE*” mentre, si legge in Benessere Coppia, “*L'Eiaculazione Precoce (EP) è la disfunzione sessuale maschile più diffusa tra gli*

¹¹⁹ Come evidenziato nel capitolo sul disegno della ricerca, le campagne oggetto di questa analisi sono: “Uomo e Salute” (U&S) specifica per la DE e l'IPB e “Benessere Coppia” (BC), sull'EP e DE. Per una analisi più approfondita sulla costruzione della maschilità riferita alle campagne di sensibilizzazione sulla salute sessuale maschile si rimanda a Ferrero Camoletto, Bertone (2012) e Salis (2016).

uomini,” in quanto colpirebbe “circa il 20-30 % della popolazione mondiale; una percentuale maggiore di quella della Disfunzione Erettile”.

Allo stesso tempo, però, è possibile individuare anche una serie di passaggi più indeterminati che potenzialmente allargano il target ad ogni uomo sessualmente attivo: “l'Eiaculazione Precoce non è legata all'età” e “può comparire sin dalla prima esperienza di rapporto/atto sessuale circa nel 50% dei casi ed è ugualmente presente in tutti i gruppi di età adulta” (BC) e la DE, parimenti

È una comune condizione che riguarda molti uomini [...] malgrado diversi studi abbiano dimostrato che la DE aumenti all'aumentare dell'età, la presenza del disturbo non va però sottovalutata negli uomini più giovani. I risultati di una indagine condotta in una clinica italiana su 790 pazienti ambulatoriali, infatti, suggeriscono una discreta diffusione della DE anche negli uomini di età inferiore ai 40 anni (con un'incidenza pari al 26%) (BC).

A pesare su questa sensazione di indeterminatezza si aggiunge la possibilità di compilare online dei brevi questionari di auto-valutazione volti appunto a misurare con poche e “semplici” domande la possibile presenza di una condizione disfunzionale, andando però a decontestualizzare completamente la situazione socio-relazionale, strutturale e di salute generale del soggetto che vi si sottopone. Nel caso della EP, di cui si occupa solo Benessere Coppia, viene proposto il PEDT – *Premature Ejaculation Diagnostic Tool*. Per quanto riguarda la DE, le due campagne in oggetto scelgono due test diversi: su BenessereCoppia si trova l'IIEF - *International Index of Erectile Function* - nella sua versione breve di sei domande, su Uomo&Salute è invece presente un test più anonimo che non fa nessun riferimento specifico a questionari ufficialmente validati ma viene comunque descritto un “questionario sensibile e specifico per valutare la funzione erettiva”.

Entrambi i test per la DE sono strutturati in maniera estremamente simile: le domande sono dirette a giudicare la “tangibilità” della funzionalità erettile sufficiente per il coito penetrativo in termini di durata, durezza e potenza penetrativa, il grado di fiducia del soggetto nel poter iniziare e portare a termine un rapporto sessuale adeguato e un ancora più indefinito grado di piacere provato durante il rapporto. Non vengono quindi indagate né le esperienze auto-erotiche, né tutte le altre pratiche sessuali, immediatamente declassate al

grado di “preliminari”.

Similmente, anche il test specifico per l'EP, è incentrato su una sequenza di domande volte a testare il livello di inadeguatezza maschile rispetto, in questo caso, alla questione della rapidità del coito. Eppure nessuna domanda è esplicitamente deputata a riscontrare una tempistica che possa “quantificare” tale supposta precocità. L'unico quesito in cui è presente la dimensione del “tempo che si impiega per arrivare all'eiaculazione” è in realtà focalizzato a rilevare il livello di preoccupazione legato ad una possibile insoddisfazione da parte della partner. Ed infatti gli aspetti di cui si tiene conto in questo test sono esclusivamente incentrati sulla capacità di controllo del riflesso eiaculatorio e sulla frustrazione determinata dal non essere in grado di condurre un rapporto sessuale penetrativo completo e soddisfacente per entrambi i partner.

Non solo dunque viene rafforzata la concezione dell'imperativo coitale eteronormativo che, implicitamente, qualifica come incompleto qualsiasi atto sessuale che non abbia come fine ultimo il coito penetrativo, ma l'introduzione di criteri valutativi così soggettivi e difficilmente misurabili come quelli legati al senso di *distress* di chi eiacula “prima di quando vorrebbe” o alla soddisfazione provata sia dal soggetto che dal(la) partner sembrano dotare le definizioni di DE e di EP di una estrema flessibilità e genericità consentendo loro di abbracciare, perlomeno nella versione “lieve o moderata”, quanti più individui possibile.

Così come sono costruiti, tali test riprendono la concezione di una possibile gradualità delle problematiche in oggetto, postulando l'esistenza di un continuum ad un capo del quale viene posta la prestazione sessuale ottimale concepita esclusivamente in termini di adeguamento ad un modello meccanico e standardizzato di efficienza. Infatti per poter sostenere di avere una funzionalità sessuale così valida, il soggetto deve rispondere con dei valori che si pongono quasi sempre tra i più alti tra quelli a disposizione. Di conseguenza, essere normali, in questo frangente, vuole ormai dire essere “sempre/o quasi sempre” (Giampietro et al., 2003: 113) sessualmente prestanti e funzionali, indipendentemente dalla propria età biologica e dal contesto.

Una forma lieve di disfunzione erettile viene infatti riscontrata, per esempio, anche nel caso in cui si risponda con le opzioni più alte per quanto riguarda gli indicatori relativi alla performance dal punto di vista prettamente fisico, e si selezioni il valore più basso per l'indicatore relativo al piacere provato o quello che stabilisce il grado di fiducia in sé stessi. Questa selezione corrisponde quindi ad un'individuo con una funzionalità erettile ottimale dal punto di vista fisico, il cui disagio è semmai riconducibile ad altre problematiche più che altro relative all'area del piacere/desiderio/eccitamento o a quella dell'autostima, e dunque difficilmente inscrivibili, e risolvibili, all'interno di una definizione organico-vascolare del problema. Così, chiunque provi ad utilizzare questo strumento di valutazione e, indipendentemente dall'età, non sia in quel momento in grado di rispondere con dei valori alti anche per quanto riguarda l'ambito così soggettivo della soddisfazione/fiducia personale, deve fare in conti con la schermata-diagnosi: *“Siamo in presenza di una disfunzione erettile lieve”*.

Parimenti, chi dichiara di avere un perfetto controllo sul riflesso eiaculatorio e sulla sensibilità peniena, ovvero chi seleziona l'opzione “per niente” alle domande: *“Quanto è difficile per lei ritardare l'eiaculazione?”* e *“Arriva all'eiaculazione con pochissima stimolazione?”* ma, allo stesso tempo, *“prova un senso di frustrazione perché ha eiaculato prima di quanto vorrebbe”* ed *“è preoccupato che il tempo che impiega per arrivare all'eiaculazione lasci la sua partner sessualmente insoddisfatta”* - ed è dunque scontento/sconfortato rispetto al parametro della durata che non viene mai verificato in maniere esplicita - viene dichiarato come probabilmente segnato dalla condizione di EP.

Non è dato ovviamente sapere in che modo possa essere, di volta in volta, recepito un messaggio di questo tipo che comunica la presenza di una problematica che, per quanto nella sua forma lieve, può affliggere in maniera estremamente pesante l'autostima maschile ma è eloquente notare come il collegamento forte tra le disfunzioni sessuali in oggetto e la supposta perdita della propria identità maschile sia continuamente riproposto nei siti delle campagne che infatti sottolineano quanto *“la fragilità del maschio esiste davvero”* e non debba essere considerata solo *“un mito”* (BC). Quello che viene descritto è così un uomo frustrato dal tabù e dall'imbarazzo poiché incapace di assumersi il ruolo attivo di provvedere

alla soddisfazione della partner. *“Voglio sentirmi sicuro di me e che la mia partner stia bene. Vorrei che fossimo entrambi felici”* pronuncia infatti un ipotetico uomo di mezza età, protagonista della campagna Uomo&Salute, afflitto dalla frustrazione e dalla mancanza di sicurezza in sé stesso mentre guarda scoraggiato la sua compagna che si allontana da lui a causa del problema sessuale che *“può iniziare in camera da letto, ma può intromettersi anche in altri aspetti della propria vita, dalle relazioni interpersonali all'autostima”* (U&S) andando dunque a ledere la stessa identità maschile. Non da meno, del resto, è l'EP che *“riduce la qualità di vita di un uomo e, di conseguenza, influisce sul rapporto di coppia”* dal momento che *“impatta negativamente sulla soddisfazione della partner per quanto riguarda la vita sessuale e la relazione”* (BC).

Viene così enfatizzata una visione che tende a marcare in maniera forte l'impatto dei disagi sessuali sulla qualità della vita in generale attraverso un salto logico tale per cui i disagi sessuali maschili diventano automaticamente sinonimo di pura insoddisfazione sessuale, non solo e non tanto per lui, quanto per la partner e per la coppia.

Questi passaggi sono particolarmente chiari nella campagna BenessereCoppia che, già dal titolo, evidenzia l'intento esplicito di inserire i disagi sessuali maschili, ed EP in particolare, all'interno di una cornice fortemente eteronormativa, in cui, oltre a proporre una visione della sessualità estremamente performativa e incentrata attorno all'imperativo coitale e orgasmico¹²⁰, viene anche data una lettura naturalizzata e polarizzante delle differenze di genere dalla quale si apprende proprio che *“le differenze tra i sessi valgono anche per il piacere sessuale”* secondo un copione che descrive l'uomo come predatore e la donna in cerca di intimità e complicità emotiva. Così, mentre *“per un uomo la sessualità è sinonimo di autoaffermazione e possesso”* e *“durante l'atto egli si concentra sul raggiungimento del piacere e sul controllo della sua prestazione sessuale”*, *“la maggior parte delle donne [desiderano] tenerezza fisica e [vogliono] esplorare altri modi di esprimere l'intimità sessuale”*. Per una donna infatti *“il desiderio sessuale e l'eccitazione dipendono da molti fattori, tra cui le emozioni, la tenerezza e l'attenzione che si dà all'esperienza nel suo*

¹²⁰*“Negli uomini l'orgasmo coincide con l'eiaculazione, mentre nelle donne coincide con la contrazione ripetuta delle pareti della vagina”* (BC)

insieme, inclusi i preliminari". Di conseguenza l'orgasmo femminile *"si verifica più frequentemente quando una donna si sente rilassata e sta con un partner sessuale attento, con il quale si trova emotivamente in armonia e che ritiene ideale per un impegno a lungo termine"* o addirittura, in chiave evoluzionistica, in base ad una *"specifica strategia riproduttiva"* che *"guida la predisposizione ad avere un orgasmo in base alla 'adeguatezza' del partner"*.

Se al partner maschile sembra dunque doversi impegnare in un costante disciplinamento sessuale al fine di *"controllare la sua eccitazione per il tempo necessario a consentire alla donna di raggiungere il piacere [...] stimato in media dopo 10-20 minuti dall'inizio del rapporto sessuale"*, il peso del "lavoro emozionale" (Duncombe, Marsden, 1996; Cacchioni, 2015) sembra ricadere in buona misura sulle spalle della partner femminile a cui, in una sezione specifica dedicata alle *"donne e partner"* presente in entrambe le campagne esaminate, viene consigliato di assumere il ruolo di mediatrice e diventare parte integrante del percorso di cura come colei che aiuta e sostiene emotivamente il proprio partner nell'accettazione del problema, che ricerca insieme a lui una soluzione e lo incita, infine, a rivolgersi ad un medico. La partner ideale sembra quindi ricoprire un ruolo attivo, complice e supportivo. A lei, in sintesi, viene raccomandato di *"parlare al suo partner con gentilezza, aiutandolo a prendere consapevolezza del problema"* (BC) e ancora di condividere le proprie emozioni evitando però i sentimenti negativi e aggressivi, di documentarsi in modo adeguato, di trovare il momento giusto per affrontare la questione col proprio partner e per convincerlo a cercare l'aiuto di un medico specialista.

Il ruolo attivo svolto dalla figura femminile è però solo apparente: il tema del piacere sessuale femminile non viene approfondito al di fuori della cornice dell'imperativo coitale, né viene suggerita una qualche forma di negoziazione della sessualità di coppia. La femminilità in questo senso appare esclusivamente funzionale all'affermazione di una mascolinità che sembra doversi esprimere solo attraverso un'adeguata capacità performativa.

Grandi sforzi dunque vengono fatti per spronare gli uomini ad uscire da questa condizione di impotenza che, peggiorata dall'imbarazzo di dover ammettere il problema e dall'erronea convinzione che non ci siano rimedi efficaci, impedirebbe di prendere i giusti

provvedimenti ed affrontare il problema nella maniera più efficace:

È necessario superare i tabù e l'imbarazzo nel parlare di eiaculazione precoce [...] l'EP è forse una condizione ancora più complicata perché non è sempre vista come una vera patologia medica con delle cause e delle soluzioni disponibili, bensì spesso solo come una questione di stile di vita. Gli uomini spesso trascurano l'Eiaculazione Precoce, attribuendola allo stress o si rassegnano perché sono convinti che non ci siano soluzioni”(BC)

In questo senso, quindi, si può leggere la rassicurazione *“se pensi di avere la DE, ricordati che non sei solo”* presente in Uomo&Salute diretta a far emergere il cosiddetto sommerso di chi ancora non si è rivolto al medico. Così come del resto riporta anche la campagna Benessere Coppia secondo la quale *“l'Eiaculazione Precoce (EP) è una condizione medica ancora sottostimata e poco trattata”*. Pur essendo infatti *“la disfunzione sessuale maschile più diffusa tra gli uomini [...] solo il 9% ricorre in effetti all'aiuto di un medico”*.

Attraverso la ben collaudata strategia del *disease mongering*, applicata nei limiti consentiti dalla legislazione vigente nel contesto italiano, le problematiche sessuali in questione vengono presentate come *“condizioni mediche”* serie, estremamente diffuse e con un profondo impatto sulla qualità della vita degli individui, ma allo stesso tempo curabili in maniera semplice e sicura attraverso il ricorso ad un medico specialista capace di fornire risposte e soluzioni rapide ed efficaci: *“a prescindere dalla sua natura, la DE può essere trattata rivolgendosi con fiducia al medico che, valutato il grado del disturbo, saprà indicare la soluzione farmacologica più adatta al caso”* (U&S).

Alla esortazione di prendere seriamente queste problematiche come delle vere e proprie patologie mediche e di rivolgersi al medico come *“unico modo per superare il problema”* (U&S) segue quindi la garanzia che ci sia finalmente qualcosa di concreto da fare *“a prescindere dalla natura”* (U&S) della problematica, mediante un parallelo non sempre velato che sminuisce in automatico un approccio di tipo psico-sessuologico tacciato appunto di mancanza di incisività.

L'EP, per esempio, nella campagna *“Benessere coppia”* viene descritta come una problematica che era stata *“inizialmente considerata come un problema psicologico”* e trattata *“per decenni con terapie comportamentali e cognitive”* lasciando così intendere una

inefficacia di fondo di questo tipo di intervento. Successivamente, infatti, si continua a leggere, “*grazie anche alla comprensione della componente organica che è alla base della patologia (ridotti livelli di serotonina a livello delle vie nervose che controllano il riflesso dell’ejaculazione), sono entrati in uso anche trattamenti farmacologici*” e attualmente l’ejaculazione precoce si meglio profila come una “*una condizione medica di origine organica/neurobiologica che può essere [finalmente] trattata*”.

Risulta chiara quindi in generale, come si è visto già a partire dalle definizioni eziologiche, la preferenza verso il paradigma clinico-fisico rispetto a quello psicologico. In entrambe le campagne infatti, sia che si tratti di EP o che si tratti di DE, si invita come primo e fondamentale step alla consultazione con il medico (andrologo) presentato come il referente primario e preferenziale per questo tipo di problematiche, capace di interagire anche con il/la partner e con le problematiche della coppia. Il sostegno psico-sessuologico si caratterizza quindi come un eventuale supporto secondario dipendente dalla discrezionalità del medico, l'unico incaricato di stabilire eziologia e gravità del disagio sessuale.

Così come sono costruite tali campagne di sensibilizzazione presentano evidenti segnali di una medicalizzazione farmacologizzata dell'*underperformance* maschile. In questa cornice l'estensione dei confini delle definizioni diagnostiche, la propensione per una soluzione *drug-oriented* e un controllo dell'intero processo diagnostico-terapeutico da parte della categoria andrologica si sostengono a vicenda, forti dell'incentivo fornito dal mantra implicito del “*it’s not all in your head*” (Tiefer, 2006: 285) unito alla soluzione *quick-fix* rappresentata dai farmaci, perpetuando in tal modo l'idea meccanicistica che la sessualità equivalga al pene eretto e *long-lasting*.

Allo stesso tempo però sono comunque molteplici i richiami di altro tenore che introducono configurazioni giurisdizionali alternative che sembrano a prima vista basarsi su premesse epistemologiche differenti.

Da una analisi dei programmi degli ultimi cinque anni dei convegni organizzati dalla Società Italiana di Andrologia si nota infatti quanto sia sempre più frequente l'organizzazione di intere sezioni congiunte fra psicologi/psicoterapeuti e andrologi e l'utilizzo di retoriche che

esortano ad una collaborazione maggiormente strutturata e integrata fra il settore andrologico e quello (psico)sessuologico. Le riviste di ciascun settore pubblicano contributi multidisciplinari, così come diversi manuali di recente pubblicazione esortano alla “collaborazione sinergica fra andrologi e sessuologi” (Longhi, Papini, 2016: 7) e si occupano delle disfunzioni sessuali presentate nei loro aspetti clinici e terapeutici contemporaneamente “uro-andrologici e psico-sessuologici” (Pirozzi Farina, 2016a: 8).

Si denota quindi una spinta verso un'apertura inter-professionale che sembra comportare la messa in discussione dei confini lavorativi e delle gerarchie tra le diverse professioni a favore di un *expertise* maggiormente collegiale e condiviso (D'Amour et al., 2005; Tousijn, 2012).

La prospettiva bio-psico-sociale così come delineata all'interno del discorso (psico)sessuologico prende esplicitamente di mira “la netta divisione di linguaggi e di competenze dei diversi specialisti della sessualità [che conduce ad] un approccio sequenziale per ogni disfunzione” (Simonelli, 2006: 10) che appunto ritroviamo suggerito nelle campagne di sensibilizzazione sovraccitate. Nella pratica tale impronta diagnostico-terapeutica messa in discussione si esplica:

“sull'indagine di parametri biologici per accertare la presenza di un'eziologia organica che una volta acclarata [viene presa] in carico con le modalità e gli strumenti tipici della disciplina medica. In caso di assenza di riscontri patologici evidenti, la disfunzione [viene] affrontata dallo specialista della psiche il quale si [impegna] nella ricerca delle diverse ipotesi eziologiche: intrapsichica, relazionale o semplicemente situazionale [...] con il rischio notevole, per i casi definiti psicogeni, di enfatizzare e di concentrarsi senza alcuna evidenza su *complessi edipici non risolti*, *ansia da prestazione* e altre amenità lasciate alla fantasia del singolo psicosessuologo” (Simonelli, Fabrizi, 2006: 10 – corsivo nel testo).

Al contrario, “data la natura circolare dei disturbi sessuali” viene sottolineata “l'impossibilità se non addirittura l'inutilità di lavorare secondo un ottica esclusivamente organica o psicologica” (Simonelli et al., 2006a: 76) all'interno di un approccio che propone per certi versi un superamento dell'ancoraggio eziologico così imprescindibile nel modello biomedico, necessitante infatti di un deficit medico per poter essere legittimato ad operare.

Dunque, in un tentativo di trovare una soluzione agli “eccessi di psicologismo e di medicalizzazione” (Simonelli, 2006: 10), si propongono piuttosto interventi clinici che

rispettino “una visione psicosomatica e somatopsichica contestualizzata” (Simonelli, Fabrizi, 2006: 20) del disagio sessuale a cui viene comunque data una lettura di “compromessa virilità” (Rifelli, 2014: 61; cfr. Giommi, 2004; Tomassetti, 2014).

In particolare, il concetto di somatopsichico amplia l'impostazione riduzionistica e farmacologizzata perché invita a tenere sempre in considerazione le ripercussioni psicologiche che possono “certamente” associarsi anche al sintomo sessuale che abbia una eziologia prevalentemente organica, assicurando quindi anche alla terapia psicosessuologica un posto come “terapia di prima linea” (Simonelli et al., 2006: 83) necessaria spesso per approfondire “la reazione emotiva alla farmacoterapia” (Rossi, Eleuteri, 2016: 153):

“per esempio un uomo che soffre di disfunzione erettile (DE) a causa di un grave problema vascolare vivrà certamente anche sentimenti di inadeguatezza, di depressione, di frustrazione della sua identità sessuale maschile, inoltre sarà coinvolta la sua partner e quindi la relazione di coppia. È compito del clinico prendere in carico anche queste difficoltà che non possono essere risolte solo con la cura farmacologica del sintomo” (Simonelli, Fabrizi, 2006: 20).

La strategia giurisdizionale dei sostenitori del modello bio-psico-sociale non si pone quindi in antitesi con le forme *mainstream* di farmacologizzazione della sessualità maschile che, per lo meno con il primo avvento del Viagra, sembravano aver messo in ombra il paradigma psicoterapeutico tradizionale (Loe, 2004a; 2006; Katz, Marshall, 2004; Tiefer, 2004; 2016; Conrad, 2007; McLaren, 2009). Piuttosto, sembra abbracciare la concezione dell'uso dei dispositivi farmacologici a “tutela della competenza” (Giommi, 2004: 42) sessuale e sopperirne le potenziali debolezze andando in primo luogo a rinforzare la compliance dei pazienti ai farmaci, per esempio consentendo di far fronte al diffuso fenomeno del *drop-out*:

“La prescrizione della pillola miracolosa sembrava aver segnato la fine della psicoterapia sessuale, ma il tasso di abbandono del farmaco (drop-out) e il bisogno di molti pazienti di avere chiarimenti, ha evidenziato la necessità di continuare ad aiutare gli uomini e le coppie a riappropriarsi della loro vita sessuale attraverso un percorso sessuologico e farmacologico integrato” (Simonelli et al., 2006: 98; cfr. Rossi, Eleuteri, 2016: 152).

Proprio a fronte della mentalità *quick-fix* instaurata dai farmaci orali, viene letta come una legittima esigenza del paziente contemporaneo quella di veder risolto il proprio problema

sessuale in breve tempo. Così, se da un lato si riconosce il fatto che al giorno d'oggi “per l'uomo la pillola rappresenti uno strumento indispensabile per il superamento della sua difficoltà” (Rossi, Eleuteri, 2016: 153); dall'altro si introducono elementi che vanno a snellire il percorso terapeutico orientato verso l'integrazione dinamica di farmaci e nuove forme di interventi psicoterapeutici-comportamentale/di counseling brevi e focalizzati sul sintomo, principalmente rivolti alle coppie (Simonelli, Fabrizi, 2006: 21).

Una cornice terapeutica di questo tipo permette così di poter in un certo senso ampliare le potenzialità di farmaci generalmente intesi, nel contesto biomedico, come farmaci sintomatici¹²¹. Non è raro infatti che nel contesto integrato si parli di “somministrazione farmacologica riabilitativa” intesa come una “assunzione temporanea del farmaco mirata al ripristino di una maggiore sicurezza sessuale. La memoria positiva del rapporto ottenuto in tal modo ha l'obiettivo di rafforzare la fiducia dell'uomo attraverso un'esperienza fino a quel momento preclusa” (Simonelli et al., 2006a: 109). Il farmaco quindi concepito come “tregua dal sintomo” permetterebbe di utilizzare al meglio gli strumenti offerti in campo psicoterapeutico per “lavorare sulle dinamiche più profonde” (Simonelli et al., 2006a: 103) e ottenere in questo senso risultati presentati come realmente duraturi, in antitesi con quelli superficiali e farmaco-mediati che caratterizzerebbero l'approccio biomedico (Simonelli, Fabrizi, 2006: 29).

Al fascino effimero del “*magic bullet treatment*” (Marshall, 2002: 133; cfr. Loe, 2004a: 74) viene quindi sostituito quello di un trattamento che si annuncia come risolutivo ma che richiede un impegno maggiore da parte dei pazienti che sono caldamente invitati a gestire le problematiche sessuali sottoponendosi ad un percorso psicoterapeutico, che seppur più breve rispetto ad una impostazione di analisi e di psicoterapia tradizionale, richiede comunque un investimento notevole e la disponibilità a mettersi maggiormente in discussione solitamente all'interno del contesto relazionale di coppia.

Per quanto infatti le terapie sessuologiche siano attuabili anche a livello individuale, “la disfunzione è un problema della coppia e non solo dell'uomo” (Simonelli et al., 2006a:

¹²¹Sia nella loro versione *on-demand* che *once a day*, i dispositivi farmacologici per l'EP e la DE non bloccano l'insorgenza del sintomo una volta sospesi.

103). È la coppia ad essere considerata il *locus* principale della disfunzionalità sessuale della quale va indagata anche la questione del desiderio “in cui le dinamiche tra chi presenta il sintomo e chi se ne lamenta sono fortemente intrecciate” (Simonelli et al., 2006c: 50). Le responsabilità in termini di cause scatenanti e di fattori di mantenimento sarebbero infatti da condividere, e da risolvere, tra entrambi i partner, sia a livello fisico, attraverso una serie di “comorbidità simbiotiche-collusive nell'area sessuale a carico della donna” (Nosedà, 2016b: 70), dall'anorgasmia al vaginismo ai disturbi dell'eccitazione; sia a livello emotivo-relazionale come i diversi stati d'animo legati allo sviluppo temporale del disagio vissuti dalla partner, dall'autocolpevolizzazione, alla rabbia aggressiva, dalla perdita del ruolo seduttivo e della sicurezza affettiva, al distacco emotivo (Simonelli et al., 2006: 103; cfr. Giommi, 2004; Longhi, Papini, 2016).

La coppia diventa così il focus ideale di un intervento terapeutico “che utilizza tecniche psicoterapeutiche che coinvolgono la coppia disfunzionale in esperienze intime sistematicamente strutturate” (Simonelli, Fabrizi, 2006: 21) che si pongono l'obiettivo “di sperimentare una sessualità più ricca, coinvolgente e soddisfacente”.

Oltre infatti al counseling informativo, riabilitativo e chiarificativo¹²² (Florini, 2011: 26; cfr. Fulcheri, Savini, 2011) la terapia di elezione sembra essere la psicoterapia mansionale integrata di breve durata che prevede una focalizzazione terapeutica sul sintomo sessuale attraverso la prescrizione di un “protocollo di attività sessuali non ansiogene” (Simonelli, Fabrizi, 2006: 28) da svolgere a casa tra una seduta e l'altra, intese come “step comportamentali predisponenti” (Nosedà, 2016b) il recupero di una piena funzionalità e dell'intesa sessuale/relazionale¹²³. Introdotta con Master e Johnson, da semplici indicazioni

122 Sulla differenza che intercorre tra counseling e psicoterapia breve Fulcheri e Savini (2011: 19) specificano: “la psicoterapia mira al raggiungimento di una stabile salute psicologica, alla modificazione dei meccanismi di adattamento e della struttura della personalità e alla guarigione o attenuazione di disturbi psico-patologici e/o scompensi clinici acuti o cronici. Il counseling, invece, ha come fine ultimo il raggiungimento di obiettivi specifici, lo sviluppo delle potenziali capacità di adattamento alla situazione disturbante e al superamento della crisi attraverso la focalizzazione sul bisogno; l'elemento psicopatologico, se presente, resta in secondo piano”.

123 Per quanto riguarda le tipologie di esercizi mansionali Rifelli (2004: 48) puntualizza che “le mansioni utilizzabili non sono riferibili ad un campionario predefinito; ci si può avvalere di quelle suggerite dalla letteratura, ma si prevede che il terapeuta stesso elabori mansioni che ritiene specificamente utili in situazioni determinate; il protocollo di intervento non è predefinito, dovendo muoversi in funzione delle difese-resistenze emergenti, caso per caso vengono formulate e prescritte le mansioni opportune; la

comportamentali necessarie per imparare *skills* sessuali adeguate, nel contesto biopsicosociale le prescrizioni sessuali diventano, proprio attraverso la figura dell'esperto (psico)-sessuologo, degli espedienti “per accedere all’universo di significati del paziente che caratterizzano il sentire, il pensare e l’agire” (Rifelli, 2004: 48). In questo senso dunque, sottolineano Simonelli e Fabrizi (2006: 28), l'utilità delle mansioni è duplice poiché “permettono alla coppia di sperimentare una sessualità meno esigente e nuova e, mediante l'analisi delle resistenze alla loro esecuzione, il terapeuta individua punti conflittuali individuali o di coppia che vengono affrontati nelle sedute terapeutiche”.

L'impostazione biopsicosociale lascia di fatto aperti nuovi spazi di azione all'interno del settore sessuologico. Tale spazio, come si è visto, è ancora poco definito in maniera ufficiale e sembra avere un'ampia possibilità di movimento per chi si inserisce al suo interno come “professione di aiuto” (Fulcheri, Savini, 2011: 18; cfr. Furedi, 2004), sia nell'ottica di una collaborazione d'équipe con il medico, sia in quella che si presenta come in grado di accentrare nelle proprie mani la proposta olistica.

Grazie al presupposto dell'integrazione infatti, vengono sfruttate potenzialità terapeutiche diverse che si avvalgono della combinazione fra interventi farmacologici, psicoterapeutici e di counseling. Si tratta dunque di strumenti diversificati usati in maniera flessibile e *tailored* per poter offrire “un servizio realmente centrato sul paziente con il fine di cucire su misura il trattamento più adeguato alle sue esigenze” (Rossi, Eleuteri, 2016: 155) attraverso un percorso che, pur offrendo spunti per concezioni e pratiche maggiormente egualitarie, intime e contestualizzate della sessualità, è teso a modificare e strutturare in maniera disciplinante reazioni individuali all'interno del contesto relazionale piuttosto che incidere sulle componenti socio-culturali che possono influenzare questioni identitarie e di genere alla base delle dinamiche sessuali (Tiefer, 2004; Cacchioni, 2015).

necessità di elaborare il materiale prodotto dalla mansione richiede l'utilizzazione e l'integrazione di altri strumenti terapeutici (informazione, chiarificazione, sostegno, conferma/disconferma, provocazione, confronto, interpretazione)”. Un tipico esempio di mansione, utilizzata sia in caso di DE che di EP, è la cosiddetta stop-start “che consiste nel coinvolgere la donna a stimolare il pene dell'uomo fino al raggiungimento dell'erezione (start) per poi interrompere lentamente il contatto fino alla completa detumescenza (stop). In tal modo l'uomo percepisce che un'eventuale perdita erettiva non è uno stato definitivo, raggiungendo così una maggiore consapevolezza nella gestione del sintomo” (Simonelli et al., 2006a: 108; cfr. Tomassetti, 2014; Longhi, Papini, 2016)

V. Modelli diagnostico-terapeutici a confronto

Il precedente capitolo ha mostrato alcuni legami profondi che collegano differenti concezioni ontologiche del corpo e delle identità a differenti impostazioni diagnostico-terapeutiche alle quali sono quindi connesse diverse strategie di (ri)posizionamento giurisdizionale, ovvero di collaborazione, di negoziazione e di conflitto, tra le diverse professioni operanti in questo ambiente.

Centrale in questo contesto è il ruolo delle tecnologie farmaceutiche per la cura delle disfunzioni sessuali maschili. In modo particolare l'ingresso sul mercato dei farmaci orali per la cura dell'impotenza sembra aver segnato un profondo spartiacque, a partire dal quale gli specialisti hanno dovuto ricalibrare definizioni diagnostiche, impostazioni terapeutiche e spazi di azione-legittimazione del proprio ruolo.

Tutti gli intervistati, in maniera unanime, indipendentemente dal diverso *background* professionale e dalle diverse opinioni circa l'eziologia delle problematiche, circa le modalità di uso dei farmaci e la loro efficacia, hanno infatti riconosciuto il duplice portato rivoluzionario, sia terapeutico che culturale, ai farmaci orali specifici per le disfunzioni sessuali maschili.

Per quanto la quasi totalità degli intervistati non si spinge fino ad avallare l'idea della legalizzazione della pubblicità diretta al consumatore per i farmaci con obbligo di ricetta – disapprovando di essere scavalcati da una diretta alleanza tra farmaco e paziente-consumatore – non si discute il potere dei *sexuopharmaceuticals* di calamitare l'interesse del pubblico, attirato dal fascino di una soluzione che si presenta come strumento concreto per migliorare la qualità della propria vita:

L'eiaculazione precoce, da una parte è il più frequente dei disturbi sessuali maschili, dall'altra è certamente molto al di sotto della disfunzione erettile quanto richiesta d'aiuto nei confronti del medico. Quindi c'è qualcosa che non funziona, cioè è più frequente da una parte ma non è il principale motivo di richiesta d'aiuto, perché? E io ho una mia risposta a questa domanda [ovvero che] la gente non sa, perché in Italia giustamente non si possono fare campagne pubblicitarie sui farmaci come si possono fare invece in America, certo, si stanno attivando con le campagne sulla sensibilizzazione e quindi magari ti rimangono

impressi i fiammiferini¹²⁴,no? Però dovrebbe essere un messaggio più diretto perché la gente ancora non sa che l'eiaculazione precoce ha una risposta di tipo farmacologico. Attenzione! Attenzione! Perché il fatto di avere una risposta di tipo farmacologico non significa affatto che il paziente debba necessariamente usare poi quella medicina specifica! [...] Però, il poter dire finalmente 'Attenzione, guardate che finalmente c'è un farmaco specifico!' eh caspita se serve! Ma è la testa della gente [che] è fatta in questo modo, se io so che esiste la possibilità (enfasi) di un intervento terapeutico, ecco che classifico quella condizione come una condizione medica suscettibile di aiuto da parte del medico e quindi curabile (enfasi). Ma se io ritengo, come la maggior parte delle persone ancora ritiene [...] che l'eiaculazione precoce sia una disfunzione psicologica, ecco che viene a mancare del tutto la richiesta di aiuto. Io devo innanzitutto pensare che il mio problema possa avere una soluzione effettiva e quello mi basta per attivarmi, l'importante è proprio che la gente si attivi su quel fronte lì [...] Esattamente come è successo per la disfunzione erettile prima del Viagra! [...] Quando uscì il Viagra, [...] tutti, tutti senza eccezioni, gli psicosessuologi italiani [...] erano terrorizzati dal fatto di perdere pazienti, [...] si stracciavano le vesti contro il Viagra. Quando poi si sono accorti che stranamente, in realtà non era per nulla strano, ma che in realtà i pazienti dopo il Viagra aumentavano nei loro studi di psicologi, anziché diminuire, ecco che il Viagra è diventato un grande amico, un amico di tutti quanti. Lei troverà tonnellate di psicologi che le diranno “Ma come no? Il Viagra è importantissimo, ha rivoluzionato tutto, eh per carità!”. E perché i pazienti sono diventati di più anche per gli psicologi? [...] perché il Viagra rappresenta una soluzione, cioè nella testa del paziente c'è 'Ok, io ho questo problema, esiste una soluzione', dopodiché a seconda della mia indole, a seconda di quello che ritengo, a seconda della mia ideologia, della mia cultura, del caso, mi rivolgo all'andrologo, oppure mi rivolgo all'urologo, oppure mi rivolgo allo psicosessuologo, purtroppo è raro che ci si rivolga al sessuologo perché è una specie ancora rara (Intervistato 23, endocrinologo con competenze andrologiche, sessuologo).

“Il motore fondamentale della ricerca di una risposta terapeutica è sapere che esiste una soluzione” continua ancora l'intervistato sottolineando quanto in fondo l'avvento dei farmaci abbia giovato in maniera trasversale tutte le professioni considerate che, come si vedrà, hanno appunto ricalibrato i loro spazi di azione-legittimazione alla luce delle opportunità, e dei limiti, che la farmacologizzazione ha introdotto nel campo della sessualità maschile:

Le racconto un episodio relativo allo spartiacque del 1998, quando è entrata in commercio la pillola che risolveva, diciamo che risolve (enfasi) - insomma sono farmaci davvero potenti questi inibitori delle pde5, cioè il Viagra e poi i successivi.. Eh gli amici più organicisti mi dissero “Aah! Hai finito di lavorare!!” e io dissi “Guardate, forse ho appena incominciato a lavorare” ed è stato così! (ride) (Intervistata 35, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

A fronte dell'indiscussa “forza del farmaco”, la riaffermazione del proprio potere professionale comporta per gli intervistati un continuo lavoro di gestione dei confini

124Riferimento alla campagna grafica usata dai progetti di sensibilizzazione sull'EP, prima Eiaculazione Precoce Stop e successivamente Benessere Coppia, che raffigurano una coppia di fiammiferi, uno dei quali brucia più velocemente dell'altro, per evocare metaforicamente l'idea dell'eiaculazione precoce.

professionali che, proprio attraverso la configurazione dei repertori diagnostico-terapeutici, contribuisce a segnare di pari passo anche la legittimità delle richieste dei pazienti rispetto alla gestione della propria sessualità.

Nelle riflessioni degli specialisti emergono alcuni degli assi principali che, spesso sovrapponendosi, incidono particolarmente nella distinzione tra richieste legittime e richieste atipiche da parte dei pazienti, ovvero: l'età, i motivi della richiesta di aiuto, il tipo di relazioni sessuali in cui sono coinvolti.

Questi criteri sarebbero innanzitutto necessari per discriminare i pazienti particolarmente virtuosi, ovvero coloro che, disposti ad impegnarsi davvero per ottenere un cambiamento “sofferto, ma duraturo” decidono di non prendere le “scorciatoie [farmacologiche]” (Intervistata 35, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) che verrebbero solitamente prescritte senza un adeguato lavoro di accompagnamento terapeutico dagli specialisti andrologi. “Io posso prescrivere farmaci ma siccome sulla mia porta c'è scritto sessuologo chiunque la varca sa bene, si immagina spero, che non se la cava con una prescrizione” sostiene un intervistato sessuologo (Intervistato 5, psichiatra, psicoterapeuta, sessuologo). Similmente una sua collega (Intervistata 20, medico medicina generale, sessuologa) afferma che “il paziente che va dal sessuologo è uno che non si accontenta della prescrizione dell'andrologo, è una persona che vuole capire se poi può sganciarsi dal farmaco, è una persona che vuole davvero impegnarsi a cambiare” esprimendo un parere condiviso da chi fa delle terapie e del counseling uno strumento per “lavorare sull'intimità, sull'affettività, sulla comunicazione,” soprattutto all'interno di una coppia che necessita quindi di essere “coltivata” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

Al contrario, “riporre tutto sul farmaco” equivarrebbe ad “avvalorare una sessualità fine a sé stessa” aprendo le porte anche al rischio di “doping sessuale” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa), spesso evocato dagli specialisti che riconoscono il potere che i farmaci, in particolare quelli per la DE, avrebbero di ridarti “la sessualità che avevi a 18 anni” (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche). Sebbene tutti gli intervistati prendano le distanze da richieste farmacologiche per usi dichiaratamente ludici, ricreativi o con finalità meramente potenzianti, sostenendo che tali usi illegittimi avvengano

solitamente al di fuori del loro raggio di autorità e controllo; a questo primario distanziamento segue anche il riconoscimento di quanto sia in realtà difficile, e spesso inutile, discriminare fra le richieste atipiche.

“Il doping succede anche col sesso in cui si piglia il farmaco perché si pensa di poter fare chissà che cosa e soprattutto non si vogliono avere sorprese, eh, ma di base c'è la paura di fallire qui, per tutti, ma proprio tanto” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) commenta in merito una psicosessuologa evidenziando quanto ormai risulti difficile parlare di un uso puramente ludico/potenziante dei *sexuopharmaceuticals* di fronte al riconoscimento dell'esistenza di standard performativi sempre più elevati, di relazioni spesso improntate esclusivamente sul sesso, e di una visione altamente fallocentrica dell'autostima maschile. “Nessuno ti verrà mai a dire 'Dottore io sto benissimo, ma voglio fare ancora di più', [...] il fatto è che tutti varcano la soglia del tuo studio e ti dicono di avere un problema e il 99% delle volte vivono una situazione di disagio che è innegabile” afferma un sessuologo intervistato (Intervistato 5, psichiatra, psicoterapeuta, sessuologo).

Viene quindi a sfumare, per ammissione degli stessi intervistati, un confine netto tra cura e ottimizzazione, tra bisogni “reali” e velleità potenzianti, dal momento che la linea che separa la ricerca di una migliore prestazione dalla ricerca di una maggiore sicurezza in sé stessi viene di fatto rappresentata come molto sottile e la funzione di questi farmaci si posiziona frequentemente a metà strada tra una coperta di Linus e “spinta extra” potenziatrice, sia per coloro che non “accettano di fare i conti con il tempo che avanza” (Intervistato 9, urologo con competenze andrologiche), sia per chi “semplicemente” vorrebbe essere in grado di avere delle super-prestazioni sempre e comunque come “il quarantenne single che ogni tre sere va in discoteca e deve avere l'erezione pronta in qualsiasi momento” (Intervistato 2, endocrinologo con competenze andrologiche) o “il cinquantenne che vuole farsi il weekendino avventuroso” (Intervistato 12, andrologo, urologo).

“Sta all'etica e alla sensibilità” (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche) dello specialista gestire caso per caso in un contesto in cui dunque la discrezionalità è elevata e, se da un lato, si accompagna anche all'ammissione di una contestuale difficoltà di base nel tracciare un profilo preciso delle lamentele (e delle

richieste) del paziente – “è sempre molto difficile, è sempre molto difficile riuscire a capire perché chiaro che quando il paziente viene a dirti ‘io ho bisogno di, io c’ho una disfunzione erettiva’ come fai a sapere se, cosa lui ti sta raccontando (Intervistato 12, andrologo, urologo) – dall’altro, viene seguita dal riconoscimento, a tratti sconcertante, di avere a che fare con pazienti, sempre più consumatori, che troverebbero in ogni caso il modo di procurarsi i farmaci, finendo quindi per “gonfiare le tasche di altri” (Intervistato 10, urologo con competenze andrologiche):

Il mio target che prima potevano essere 50-60enni, io oggi vedo eserciti di 40enni [...] spesso sono manager, fanno anche uso di cocaina, spesso ci sono abusi di alcol e di qua, di su, di giù, rapporti extraconiugali, il fatto che oramai si ricerca la super-prestazione sempre e quindi c’è anche questo, il target si è abbassato molto, di almeno vent’anni per esperienza personale [...] questi [pazienti] si gestiscono fondamentalmente cercando di fargli capire che devono cambiare le loro abitudini di vita, cosa estremamente difficile, però qualche volta il rischio di perdere la loro erezione, non ti dico che smettano delle cattive abitudini, ma quantomeno iniziano a ragionarci, a pensarci ad usare meno troia ogni tanto, perché comunque l’erezione, per l’uomo, cioè la mattina alzarsi e c’è il pisello ritto, eh, per l’uomo è importante [...] Questo perché fondamentalmente siamo una società tutta legata al pisello, eh, io spesso vedo questi ragazzi giovani che mi assillano con le dimensioni del pene e tutte queste cose qui e alla fine io li spiego che il pene può essere grande, piccolo, minimo, ma tanto l’importante è saperlo usare no? Il resto son tutte cose relative, ma c’è una generazione di uomini che queste cose non ce le ha presenti e riduce il tutto, la sessualità è ridotta alla penetrazione [...] poi devi calcolare che nella richiesta di visita andrologica una percentuale è la richiesta ludica, ovvero pazienti che non hanno nessun problema e vengono da te solo per la super prestazione, ora questi pazienti hanno due risvolti, uno che non ti raccontano la verità ovvero loro ti dicono che vogliono la super prestazione ma in realtà il problema ce l’hanno, altre volte è proprio per la super prestazione e quindi sta a te e poi alla tua etica, alla tua sensibilità poi gestire caso per caso a quello che magari non gli dai nulla, a quello che gli dai l’aiutino comunque, insomma ci sono mille sfaccettature di questo aspetto [...] poi ci sono i 70enni, ma anche 80enni eh, che ormai oggi la pillolina risolve tutto [...] Oggi con tutti questi farmaci saltano tante famiglie per questo e quindi c’è questa ricerca di questa immortalità. L’uomo prima a 70 anni aveva difficoltà ad avere un’erezione quindi stava buono, ora si sveglia a 70 anni, c’ha accanto una moglie di 65 anni, magari anche una bella donna, ma la donna purtroppo a quell’età c’ha anche problemi di secchezza vaginale, c’ha tutto il discorso della menopausa e tutte queste cose, per la strada ne trova una di 40 [...] te calcola vedo 70-80 pazienti a settimana io, ma ti dico un 60/70 di questi hanno storie extraconiugali, perché la richiesta, soprattutto dell’uomo un po’ più grande, per questi farmaci non è per l’utilizzo familiare, ma è per l’utilizzo extrafamiliare (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche).

Soprattutto per la categoria degli specialisti medici-andrologi, emerge in maniera preponderante una tensione derivante dalla constatazione della situazionalità e labilità di queste problematiche, proprio perché legate alla dimensione soggettiva della soddisfazione, personale e di coppia, che pure è ritenuta, in maniera pressoché unanime, il criterio principale per definirne la gravità. Il processo che porta al riconoscimento e presa in carico

terapeutica di queste malattie sembra così confermarsi come un repertorio ibrido e relazionale (Anspach, 2011). Infatti, più che la presenza più o meno effettiva di un danno fisiologico rilevato clinicamente, ciò che sembra incidere sulla definizione diagnostica è il vissuto soggettivo di *illness* di pazienti sempre più preoccupati di non riuscire a conformarsi ai canoni performativi contemporanei e sempre più informati sulle soluzioni oggi a disposizione sul mercato sanitario.

Conseguentemente si trova, in maniera altrettanto maggioritaria, il riconoscimento del carattere di “malattie sociali” delle disfunzioni sessuali maschili, in larga parte dipendente dai dettami sessuali simbolico-normativi del nostro tempo che imporrebbero standard prestazionali sempre più effimeri e difficili da raggiungere. Fenomeni come la mediatizzazione del sesso, il virilismo medicalizzato (Ferrero Camoletto, Bertone, 2012) conseguente al fenomeno del Viagra stesso, passando per una educazione sessuale “fatta su youporn” (Intervistata 20, medico medicina generale, sessuologa) inciderebbero quindi profondamente sul nostro modo di vivere il sesso e la sessualità andando a mettere costantemente sotto giudizio la “qualità” delle performance sessuali.

Quest'ultimo aspetto sembra valere, a maggior ragione, per la problematica dell'eiaculazione precoce, disagio che sembra non essere tanto collegato ad una questione di tempi oggettivi di “durata” da mantenere quanto, in ultima sostanza, alla soddisfazione del partner e quindi quasi del tutto inesistente prima della rivoluzione sessuale degli anni '70, quando effettivamente la questione del piacere femminile era poco tematizzata:

I miei nonni secondo me si ponevano proprio poco il problema dell'eiaculazione precoce, le donne che godevano erano le maledonne, insomma “Non lo fo per piacer mio ma per dar dei figli a dio!”. È dall'avvento della pillola, della rivoluzione sessuale che le donne dicono “Amico ci sono anche io!”. Anche la menata dell'orgasmo contemporaneo poi, ma dove cavolo sta scritto che debba essere così? Anche questo è una questione di mode [...] ormai l'educazione sessuale la fanno su youporn, e allora se lo standard è quello, è quello di un superdotato che loro non possono sapere è un superdotato, per loro quello è la norma quindi quello che va avanti come un martello pneumatico con una scarsissima attenzione all'altra persona. Ormai non è solo più quante donne ti sei fatto, ma quanto sei bravo a farla godere! Ma in questo non c'è minimamente l'attenzione all'altro, ma è semplicemente la medaglia appuntata sul petto perché sono capaci di farla godere, è proprio solo una questione di performance e quindi sono molto spaventati, molto inesperti ma anche assolutamente molto spaventati perché il confronto è irrealistico [...] c'è un confronto con una figura femminile assolutamente scollegata dalla realtà e questo capita a entrambi e mi chiedo ma dove te la sei sognato? [...] Dal ragazzo di 20 anni che è semplicemente molto impanicato, con un pensiero molto sulla performance e quindi molto poco capace di starci dentro, di

sentirsi, quindi molto attento alla prestazione, al giudizio, quindi ovviamente in ansia, fino alla persona di 70 anni che non si capacita di non poter più avere rapporti di penetrazione, spesso con una moglie che non ne ha più voglia perché nel frattempo ha una serie di disturbi a sua volta di cui lui non ha intenzione di farsi carico e quindi ripiega con la giovane prostituta con cui deve essere performante (Intervistata 20, medico medicina generale, sessuologa).

Soprattutto per i giovani, per i giovani c'è una lettura di quello che la società di manda no? E quindi l'idea che ci sia il Viagra ha certo aumentato questo senso di “dover essere” (enfasi) no? Dilaga una concezione prestazionale della vita sessuale ormai davvero davvero difficile da scardinare devo ammettere. È un'influenza legata alla sessualità come qualcosa di costante, che deve esserci sempre, che dev'essere prestazionale per cui “Io vedo una ragazza, devo desiderare una ragazza, com'è possibile che i miei amici sono sempre tutti presi e io invece ci penso, sì, ma ogni tanto”. E poi arrivano quando cominciano ad invecchiare, anche lì, perché dicono “No, ma forse non è più come prima, non desidero più come prima” e tu gli spieghi che è normale (Intervistata 7, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

Facendo un lavoro a metà tra l'educazione e la rassicurazione, gli specialisti si assicurano innanzitutto di tranquillizzare i pazienti sulla normalità della loro situazione. È normale infatti non avere più “vent'anni sotto le lenzuola”; è normale essere ansiosi durante i primi rapporti oppure a disagio di fronte a partner spesso descritte, alternativamente, come troppo esigenti e aggressive, o come frigide e disinteressate al sesso; è normale, ancora, perdere il desiderio di fronte alla routinizzazione della vita di coppia o in momenti della vita particolarmente stressanti. In generale è dunque “normale”, per quanto riguarda la vita sessuale, non essere sempre pronti, sempre appassionati, sempre in controllo, sempre capaci.

Così, da un lato, gli esperti intervistati sembrano perciò riconoscere un modello di “maschilità egemonica” (Connell, 1996; 2011; Connell, Messerschmidt, 2005; Ruspini, Fagiani, 2011) altamente virilista, naturalizzata e performativa come parte del problema che alimenta tali problematiche. Dall'altro si enfatizza una lettura che, mettendo l'accento sulla questione della soddisfazione e del disagio verso la qualità della performance, favorisce di fatto una progressiva espansione diagnostica orientata alla normalizzazione dell'intervento terapeutico verso un più generalizzabile disagio sessuale, arrivando ad includervi praticamente qualsiasi tipo di difficoltà occasionale, insicurezza o insoddisfazione sessuale:

Se c'è un paziente che una volta su 10 non ha l'erezione, ok? Questo soggetto non può essere classificato come un paziente impotente, non ha nessuna caratteristica che permette una definizione di paziente impotente, quindi legalmente non potrebbe essere trattato con il Viagra o con qualsiasi dei farmaci che si

usano per la disfunzione erettile, perché non è un malato, questo secondo la definizione. Ora, un paziente che una volta su 10 non ha l'erezione, io le garantisco che è tutt'altro che contento, non è contento lui, non è contenta la fidanzata, non è contento nessuno. È una persona che si sente molto a disagio in realtà, che si sente molto male, che sente uno stato di sofferenza molto importante [...] ma questo qua che una volta su 10 non ci riesce, come lo chiamiamo? Lo vogliamo trattare o vogliamo aspettare che diventi completamente impotente per trattarlo? Al contrario, non sarebbe meglio prendersi la responsabilità terapeutica e diagnostica attraverso un percorso per esempio tutorato? [...] approfittiamo anche di queste condizioni per fare una diagnosi approfondita e magari scoprire che le sue sigarette sono troppe, per dire una cosa banale, magari mettiamoci il farmaco in una maniera tutorata, cioè in una maniera dove c'è la responsabilità del medico prescrivente della gestione, per l'appunto localizzata nel tempo di questa molecola, e non ci nascondiamo dietro il ridicolo dito del dire "Ah, ma tu sei perfettamente sano, non hai bisogno di niente", perché se il paziente va cercando la medicina le garantisco che il paziente ha ragione e il medico no (Intervistato 23, endocrinologo con competenze andrologiche, sessuologo).

Per quanto riguarda il lavoro di ricerca, si è riusciti a decifrare in maniera più chiara lo spessore e la natura di questi meccanismi solo spostando il focus dal materiale testuale per andare a cogliere, direttamente dagli estratti di interviste, come il ruolo e l'operato degli esperti nel settore della sessualità maschile si strutturi attorno alle definizioni diagnostico-terapeutiche. Nello specifico infatti sono oggetto dei prossimi paragrafi le modalità di diagnosi e di gestione terapeutica dei principali disagi della sessualità maschile, ovvero la disfunzione erettile e l'eiaculazione precoce, causa di vere e proprie "dispute territoriali" (Brown, 1995: 39) fra i diversi professionisti che, pur muovendosi all'interno di differenti universi simbolici, si trovano in un contesto in cui viene sempre più difficile mantenere solidi confini giurisdizionali:

"un medico che si occupa di medicina della sessualità senza le basi culturali che gli permettono di comprendere diversi approcci psicoterapeutici della sessuologia è pericolosamente carente, tanto quanto uno psicologo che rifiuta di ammettere le basi fisiopatologiche ormonali, vascolari e neuronali dei sintomi sessuali o il potere dei farmaci efficaci sui disturbi della sessualità" (Bellastella, 2007: 201)

5.1 Modello riduzionista-sequenziale.

Un primo modello in cui emerge un preciso pattern di indicazioni diagnostico-terapeutiche sulla cui base vengono costruiti dei confini professionali piuttosto marcati è quello che parte da una spiegazione eziologica dei problemi qui analizzati che si fonda su una distinzione netta fra cause organiche e cause psicologiche, ricalcando la separazione cartesiana fra

mente e corpo, alla base di una logica riduzionistica sia medica che psicologica. In questo contesto prevale il ruolo dei professionisti dell'area medica mentre quello dello psico-sessuologo è residuale, relegato ad un intervento di secondo livello dipendente dalla discrezionalità del medico specialista.

Si inseriscono in questa cornice quelle definizioni delle disfunzioni sessuali in cui, non solo si distinguono nettamente le cause organiche da quelle psicologiche, ma si tende anche ad inscrivere all'interno di una gerarchia di importanza.

Buona parte dei medici intervistati, infatti, propendendo per una descrizione che si focalizza quasi esclusivamente sulla fisiopatologia dell'erezione e del riflesso eiaculatorio, enfatizzano una visione del corpo "come una macchina ingolfata" (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche) attraverso la riparazione di un guasto "idraulico" o dei "freni" (Intervistato 25, urologo con competenze andrologiche), una macchina a cui dunque "basta dare il carburante" per farla "ripartire" (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche). In merito a questo punto tra gli intervistati c'è chi taglia corto e alla domanda sulle cause della DE risponde "Le cause sono mediche, basta, fine [...] man mano che uno invecchia aumenta la percentuale" (Intervistato 17, andrologo, urologo), mentre altri specialisti ne sottolineano appunto questa dicotomia eziologica:

[la DE] chiaramente è una patologia, un sintomo anzi, è un sintomo che può nascondere una problematica psicologica in una percentuale molto molto ridotta, oramai si sa nel 10-20% mentre nell'altro 80% c'è sempre una componente psichica, questo è chiaro, ma è secondaria, viene dopo [rispetto] ad una problematica che si riconosce come del tutto organica come quelle causate dal diabete, dall'ipertensione, dismetabolismi, pregressa chirurgia, e altre cosine che sono le cause principali. Direi fondamentalmente la disfunzione erettile è una disfunzione endoteliale quindi tutte le malattie sistemiche quindi diabete e ipertensione che danno una problematica sull'endotelio poi danno anche una problematica sul meccanismo dell'erezione (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche).

Allora la disfunzione erettile è quella condizione per la quale l'uomo non riesce ad ottenere o a mantenere un'erezione tale per cui può iniziare e portare a termine un rapporto penetrativo. Le principali cause sono a grandi linee due, cioè o cause di tipo psicologico o cause di tipo medico. Le cause di tipo medico sono le principali e hanno una prevalenza nella popolazione più anziana. Qui si parla proprio quasi di idraulica no? E quindi i fattori di rischio cardiovascolari sono quelli che la fanno da padrone per l'insieme di concause che determinano la maggior parte di disfunzioni erettili di tipo medico. Quindi il sovrappeso, una vita sedentaria, la colesterolemia, il fumo di sigaretta, l'obesità, l'ipertensione, le malattie cardiovascolari sono tutti anelli di una catena che io devo andare a cercare di costruire nel momento in cui mi trovo davanti una persona e devo capire quante probabilità questa persona ha di avere una disfunzione con una maggiore componente di tipo medico. Esistono poi delle cause di tipo medico con minore incidenza che sono le cause endocrinologiche quindi i problemi ormonali, il diabete di per sé che causa

una neuropatia che causa disfunzione erettile. Poi ci sono problematiche neurologiche, tutti i problemi di traumi eccetera, le malattie neurologiche di per sé, anche quelle degenerative tipo il Parkinson, l'Alzheimer, la sclerosi multipla. Poi abbiamo le cause di tipo iatrogeno, quindi o da farmaci oppure di tipo chirurgico, quindi gli interventi sulla prostata a fini oncologici, la radioterapia, la chemioterapia e gli interventi sul retto. E poi, beh, ci sono le cause di tipo psicologico, ma sì, quelle diciamo che hanno una prevalenza nella popolazione più giovane, quindi non si ha a che fare con una vera disfunzione. I ragazzi giovani hanno tutti la classica ansia da prestazione, se ne vedo 100, due hanno un problema vero e 98 hanno ansia da prestazione (Intervistato 25, urologo con competenze andrologiche).

Sì, bhè, la psiche Freud e compagni. Mentre allora la psiche era considerata come l'unica causa di una disfunzione sessuale maschile, oggi queste sono cose alle quali non crede più nessuno [...] veniamo alla DE, che si chiamava impotenza sessuale, solo il 30% delle disfunzioni erettili, in particolare quelle giovanili, hanno una motivazione psicogena, il 30% ha una base solo ed unicamente organica, poi c'è un 40% in cui la base è organica ma poi si creano secondariamente delle problematiche di tipo psicogeno (Intervistato 4, andrologo, urologo).

Le cause organiche della DE, qui descritte come prevalenti per importanza e diffusione, sono anche solitamente ritenute precedenti ad una istanza psicologica, la quale perciò è considerata quasi esclusivamente come una ripercussione di tipo reattivo, una categoria secondaria rispetto al modello eziologico principale, che spesso serve anche per discriminare i “veri” pazienti, ovvero quelli che hanno a che fare con un sostanziale processo di invecchiamento:

La diagnostica poi si basa molto sull'età dell'individuo, quindi bisogna fare queste distinzioni in pazienti giovani che non hanno nessun problema e pazienti un pochetto più anziani che hanno mille problemi, quindi già queste due distinzioni ti fan capire, senza avere degli esami sotto mano, che il paziente giovane senza problematiche di salute probabilmente ha una DE su base psicologica, ansia da prestazione e robettine così, i soggetti più anziani hanno sicuramente la disfunzione erettile su base organica [...] la capacità diminuisce con l'età, quindi è un problema che più si invecchia, cioè il paziente ultra sessantenne, diabetico, iperteso, con la sindrome metabolica al 100% dei casi ha un deficit erettile, quello è scontato” (Intervistato 9, urologo con competenze andrologiche).

Tale processo fisiologico degenerativo, per quanto riguarda la DE, va quindi a limitare una supposta capacità erettiva che sarebbe altrimenti presente e a-problematica, fatta eccezione per quelle cause psicologiche intervenenti soprattutto nei giovani e per lo più ridotte a stati di ansia da prestazione, insicurezza e altre “robettine così” (Intervistato 9, urologo con

competenze andrologiche).

Laddove invece, come nell'eiaculazione precoce, non si riscontrano collegamenti con l'invecchiamento o con una prevalenza di cause organiche scatenanti, le cause psicogene sono definite idiopatiche, quindi con un eziopatogenesi "oggettiva" di carattere (ancora) nascosto. Allo stesso tempo collocate in una visione riduzionistica e "somatizzata" (Rose, 2008: 304; cfr. Turchi, Della Torre, 2007) della psiche, le cause idiopatiche psicogene diventano in questo modo oggettivabili grazie alla neurobiologia che le riconduce a squilibri neurochimici nel cervello, terapizzabili *ad hoc* grazie alla neurofarmacologia:

Di solito quando non si riesce a dimostrare la presenza di un danno organico allora si dice che è psicologico (ride). Questo lo vediamo molto bene con l'eiaculazione precoce che viene spesso appunto definita idiopatica perché ancora in generale non si è trovata una causa certa, fisica intendo, anche se adesso, e infatti i farmaci che poi si usano vanno ad agire lì, è quasi sicuramente una faccenda neurobiologica (Intervistato 2, endocrinologo con competenze andrologiche).

Le cause [dell'EP] possono essere di carattere o psicologico o organico-fisico. Un tempo si pensava fossero quasi tutte di carattere psicologico in realtà oggi si è visto che molte di quelle cause etichettate come psicologiche in realtà sono collegate a qualcosa di organico, di fisico, in buona parte legato o ad una ipersensibilità del glande quindi una maggiore sensibilità a livello proprio di una parte che già è più sensibile di suo. Alcune persone hanno un maggior numero di terminazioni nervose o terminazioni più sensibili. Poi un'altra grande categoria sono persone che hanno un'alterazione dei meccanismi recettori a livello cerebrale nell'utilizzo della serotonina che è diciamo la molecola più frequentemente implicata in questo tipo di attività e quindi ci sono dei farmaci che vanno ad inibire o a permettere il re-uptake della serotonina insomma comunque servono a livello cerebrale per avere un vantaggio. Uno di questi, anzi quello più conosciuto di tutti si chiama Priligy, la dapoxetina è il principio attivo, ed è l'unico farmaco specificatamente autorizzato per trattare l'eiaculazione precoce, ma comunque è uno psicofarmaco, niente di più (Intervistato 3, andrologo).

È proprio a partire da questa dicotomia tra cause organiche e psicologiche che sembrano innestarsi compiti e prerogative professionali specifici che riconoscono un primato del medico specialista andrologo:

Allora, se noi parliamo di corpo umano la persona competente è un medico [...] Ma il vero, il nocciolo del problema è la gestione del paziente sia durante che dopo, e quindi avere a che fare con il sintomo, fisico (enfasi) che il paziente presenta, con quello che il paziente pensa di aver capito del suo problema, quali sono le sue convinzioni e poi quello che vuole fare cioè come intende impiegare i farmaci che gli vogliamo dare, e tutto questo fa parte di un mondo in cui ognuno vuole avere una propria prerogativa, dicendo che è propria prerogativa, in realtà è di chi è capace a farlo, ma è comunque una prerogativa medica perché qui si parla di problemi fisici (enfasi), di parti che non funzionano a dovere, quando viene da me un paziente che dice che c'ha il pene storto è perché c'ha una malattia che si chiama induratio penis, quando viene da me un paziente che mi dice che non gli si alza più, ha una disfunzione erettile, questo è

semplice [...] secondo me laddove c'è un sintomo, il sintomo va trattato da un medico, perché è un sintomo del corpo, eh eh, il sintomo è sempre del corpo, o ce l'hai o non ce l'hai (Intervistato 17, andrologo, urologo).

L'iter che il paziente segue, sia nel settore pubblico che nel privato, è sequenziale: spesso può partire dal medico di base, ma vede nello specialista che si occupa di andrologia il più importante interlocutore con cui affrontare i disagi della sessualità maschile, considerati in larga parte come sintomi fisico-organici facilmente risolvibili, anche nelle loro implicazioni psicologico-relazionali, attraverso la soluzione rapida, semplice ed efficace dei farmaci orali.

All'andrologo inoltre, viene attribuita, rispetto alle altre professioni che si muovono nel campo della salute sessuale maschile, “una preparazione più vasta e più completa non solo per quello che riguarda la sessualità ma anche per quello che riguarda la riproduzione” grazie ad un approccio, “più completo dal punto di vista della comunicazione, della psicologia del paziente” (Intervistato 30, andrologo, endocrinologo). Questo gli permette di agire quindi da vero e proprio gatekeeper, l'unico che ha “la capacità di capire” (Intervistato 10, urologo con competenze andrologiche) il reale problema del paziente, anche per quanto riguarda le casistiche segnate da componenti psicologiche.

È l'andrologo che quindi valuta in prima battuta se, e quando, affidare il paziente alla consulenza di uno psico-sessuologo con il quale collabora, in maniera più o meno strutturata, inviandogli solitamente i casi ritenuti psicologicamente più gravi o complicati, per i quali non basta il counseling, che lui stesso è in grado di fornire, o che “non ha più senso gestire” (Intervistato 10, urologo con competenze andrologiche) perché le risorse (solitamente di tipo farmacologiche) a disposizione del medico si sono rivelate insufficienti:

Io personalmente ho una sessuologa di riferimento alla quale indirizzo i pazienti quando ritengo necessario escludere patologie psichiatrico-sessuologiche serie [...] Poi, al contempo se la sessuologa ha bisogno indirizza sempre qui i pazienti in prima battuta, insomma c'è uno scambio, no? (ride) [...] per i pazienti un pochettino più ostici capita che ci si senta più volte nel tempo però, se no, di solito il lavoro è più, diciamo, a tappe no? Lei lo manda da me perché per deontologia professionale devono fugare ogni dubbio di causa organica e io servo a questo, dal canto mio invece, se vedo che non ho mezzi per intervenire e il paziente è particolarmente spinoso, è depresso a livelli assoluti, allora chiamo la sessuologa e poi se la vede lei, io alzo bandiera bianca no? (ride) (Intervistato 9, urologo con competenze andrologiche).

Tutti gli intervistati comunque convengono che tale divisione del monopolio della gestione della salute sessuale maschile a favore della categoria medico-andrologica, sia stato ampiamente reso possibile dall'ingresso dei farmaci orali per la cura dei disturbi sessuali maschili, propulsori di una vera e propria rivoluzione terapeutica e culturale capace di fornire robustezza giurisdizionale ad una categoria in cerca di maggiore legittimazione e visibilità.

Il portato rivoluzionario della scoperta serendipica del Viagra viene infatti collegato dalla maggioranza dei medici intervistati ad una definitiva “consacrazione” della branca andrologica sul versante della sessualità maschile. Illuminando una volta per tutte i meccanismi della fisiopatologia dell'erezione, questo farmaco è infatti da considerarsi un grosso spartiacque non solo dal punto di vista terapeutico, ma anche dal punto di vista di una “cultura andrologica” che prima della sua uscita sembra essere stata carente proprio a livello accademico e all'interno del campo medico in generale:

Il Viagra è stato come un movimento di opinione mondiale che ha portato a conoscenza anche l'andrologia, lei faccia conto che a volte a me capitava in anni precedenti che, a volte, addirittura i colleghi ‘Fai dell'andrologia, ma che fai? Ti occupi di vecchi?’ cioè il medico stesso non conosceva bene quali erano, come dire, gli ambiti della disciplina, no? (Intervistato 30, andrologo, endocrinologo).

Ma te devi calcolare che secondo me l'andrologia esiste, cioè prima sono arrivati questi farmaci e poi è arrivata la specializzazione, cioè prima era molto un mondo di maghi, cioè prima del '98 questa medicina era di competenza anche del mago, ma il mago vero eh, come tu vedi a striscia la notizia, va bene? Poi sono arrivati i farmaci, e calcola che il questionario IIEF lo ha inventato la Pfizer per studiare il Viagra, quindi è un'altra cosa molto particolare, dove è arrivato prima il farmaco e poi è arrivata la diagnosi, poi è arrivata la fisiologia e la fisiopatologia dell'erezione, cioè noi non si sapeva nulla! Poi casualmente viene scoperto il Viagra [...] quindi tutto una casualità e poi arrivano al Viagra, va bene? E poi dopo (enfasi) hanno studiato i meccanismi, cioè dopo l'uscita del farmaco Ignarro¹²⁵ ha preso il premio nobel, cioè tutto dopo (enfasi) capito? E una roba pazzesca se ci pensi! (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche).

il Viagra è uscito nel 1998 e prima di queste cose non se ne occupava nessuno e nessuno ne voleva parlare, non esisteva una cultura andrologica anche a livello accademico [...] questi aspetti erano assolutamente marginali, e invece non lo sono neanche dal punto di vista epidemiologico [...] il fatto che nel 1998 il Viagra sia stato commercializzato in Italia abbia permesso di ampliare molto la cultura

¹²⁵Louis J. Ignarro è un biochimico statunitense, premio Nobel per la medicina nel 1998, insieme a R. Furchgott e F. Murad, per aver scoperto le implicazioni della molecola di monossido di azoto nel sistema cardiovascolare, dando l'avvio allo sviluppo di farmaci cardiovascolari con la comune caratteristica di favorire la produzione di ossido nitrico a livello dei vasi sanguigni, come appunto il sildenafil (Viagra).
Fonte: <http://newton.corriere.it/Pregresso/1999/07/1999070100008.shtml>

andrologica, in quanto prima era una problematica estremamente di nicchia, estremamente poco gradita agli urologi in generale, così come agli endocrinologi, cioè prima non avevamo molto da fare per aiutare il maschio con problemi no? Quindi, il fatto che sia uscito questo farmaco che ha permesso, grazie a tante vicissitudini in parte giuste in parte no, però comunque ha creato un interesse verso un problema quale la disfunzione erettile, commerciale ma scientifico, ha un pochino, ha rappresentato un po' il volano dell'andrologia in generale proprio. [...] comunque è sempre un fatto di cultura, cioè, l'attività andrologica è una crescita culturale, che ha avuto una crescita molto rapida perché consideri che prima veramente, il Viagra, non tanto quanto farmaco, ha proprio creato uno spartiacque tra quello che si poteva fare [...] prima non si parlava di nulla, non c'era nessun tipo di terapia (Intervistato 10, urologo con competenze andrologiche).

Questi estratti di intervista descrivono un meccanismo collaudato all'interno dei processi di farmaceutizzazione per cui il consolidamento di uno stretto legame tra farmaco/malattia/giurisdizione professionale deriva dalla scoperta, spesso serendipica, di un effetto (collaterale) di un certo prodotto usato o sperimentato in ambiti diversi. Si lascia infatti intendere un fortissimo connubio tra la supposta efficacia e versatilità di un dispositivo terapeutico *quick-fix*, l'ampiezza del raggio di espansione diagnostica della problematica ad esso connessa e la saldezza dei suoi confini giurisdizionali. Stando alla ricostruzione fatta dagli intervistati, il farmaco sembra per certi versi precedere e fondare la legittimità sia della malattia che della stessa cultura e attività professionale, in questo caso, andrologica la cui “fortuna” è quindi, per stessa ammissione degli intervistati, altamente legata all'area della medicalizzazione dell'*underperformance* maschile. Il caso emblematico del Viagra si può configurare addirittura come “il volano della [stessa] andrologia in generale” e una pietra miliare all'interno di un panorama terapeutico che fino a quel momento era vissuto, dagli stessi protagonisti, come un “mondo di maghi” (Intervistato 2, endocrinologo con competenze andrologiche):

Io dico sempre che questi farmaci qui sono, io li metterei nelle 50 grandi scoperte della medicina perché grazie a questi farmaci qui si è riusciti a capire molto di più sui meccanismi dell'erezione, della disfunzione erettiva, se n'è parlato, e poi insomma volenti o nolenti sono stati la prima vera risposta efficace al problema della disfunzione erettiva ecco, e quindi.. [...] [prima si gestiva] in maniera abbastanza empirica, c'erano varie punturine, diciamo, era una cosa un po' stregonesca ecco insomma, si usavano altri tipi di prodotti, insomma in modo un po' così, ognuno aveva un po' la sua ricetta (Intervistato 12, andrologo, urologo)

5.1.1 La forza del farmaco nella pratica diagnostica

La forza del farmaco, soprattutto per quanto riguarda la DE, viene esplicitata all'interno di questa impostazione a partire dalle stesse pratiche di diagnosi. Questi farmaci si impongono, infatti, come “la” soluzione prima mancante, una soluzione così risolutiva, semplice e immediata al punto che oggi gli specialisti possono decidere di avvalersi dei farmaci orali quasi come se fossero uno strumento diagnostico, dal momento che “sono farmaci efficaci, sono farmaci ben studiati e con davvero pochissime controindicazioni che [possono essere dati] con una certa facilità diagnostica proprio perché, se ben dati, se ben amministrati, permettono di soddisfare il paziente” (Intervistato 10, urologo con competenze andrologiche). Si parla non a caso di “Viagra-test”, inteso come risparmio di tempo ed energie sia per il medico che per lo stesso paziente:

Esiste il test al Viagra, quindi, il paziente alla prima visita gli puoi prescrivere dei farmaci, se funzionano vuol dire che hanno la disfunzione endoteliale e quindi non hanno problematiche ormonali, non hanno problematiche vascolari serie e quindi, si può arrivare anche a fare un minimalismo diagnostico (Intervistato 9, urologo con competenze andrologiche).

In questo senso dunque si segue una “goal oriented diagnosis” (Basile Fasolo, 2004: 90), ossia un iter diagnostico ridotto al minimo in cui far provare come prima cosa il farmaco. In caso di scarsi risultati si passa ad un'altra terapia, completando in un secondo momento, o spesso evitando, indagini strumentali ed esami diagnostici complessi come “gli esami ormonali o gli esami doppler penieno dinamici che dimostrano una buona vascolarizzazione” (Intervistato 9, urologo con competenze andrologiche). Tali esami vengono infatti considerati obsoleti, “iperspecialistici” (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche) e “anche seccanti” come il “rigiscan notturno [che] adesso non fa quasi più nessuno” (Intervistato 3, andrologo) dal momento che non sembrano in realtà fornire informazioni importanti ai fini diagnostico-terapeutici e che verrebbero somministrati sia “senza [una vera] logica” ma “solo per montare un po' la panna” per usare una espressione colorita di un uro-andrologo (13) intervistato, o semmai “in maniera quasi forzata per dimostrare loro [ai pazienti] che problematiche [organiche] non ne hanno”

(Intervistato 9, urologo con competenze andrologiche):

Dal punto di vista diagnostico stai a sentire il paziente che ti dice, somministri il farmaco e vedi l'azione, vedi se insomma c'è stata una risposta o meno [...] diciamo che per certi versi ci ha facilitato la vita, per altri versi, soprattutto per certi andrologi che prima vivevano molto sulla diagnostica complessa - giri, rigiri il paziente e poi comunque somministravi un po' di papaverina - e quindi diciamo che può semmai aver un po' tolto una fetta di lavoro, una fetta di mercato ecco [...] abbiamo anche degli strumenti con cui possiamo misurare l'efficacia dell'erezione, tipo Rigiscan, l'ecodoppler dinamico del pene, poi non so, la valutazione biochimica, gli esami, il colesterolo, la glicemia, quindi ci sono, c'è anche, a differenza dell'eiaculazione precoce, c'è tutto un aspetto strumentale che magari veniva più utilizzato prima che arrivasse il Viagra. Ora lo si utilizza di meno perché spesso a seconda di chi hai davanti puoi anche iniziare a dare la pastiglia in attesa di fare analisi più approfondite e vedere se risolve, cosa che succede spesso (Intervistato 12, andrologo, urologo).

/Questi farmaci secondo il suo punto di vista hanno facilitato anche il lavoro diagnostico del medico?/

Sì, sì [...] ci hanno risparmiato tantissimi esami e cose, in alcuni casi se ti rendi conto che il paziente non presenta particolari problemi, ma magari glielo dai e vedi se risolve così. Ma se poi per esempio pensiamo al periodo pre Viagra, quando si usavano i farmaci iniettivi, papaverina prima e prostaglandina dopo, sicuramente hanno contribuito a conoscere meglio i meccanismi dell'erezione, pensiamo soltanto alla messa a punto degli ecodoppler dinamici per esempio, no? prima facevi l'ecodoppler basale e che vedevi? Eh, vedevi la pulsazione delle arterie, non vedevi altro, chiaro che alle arterie il sangue ci arriva, cade per terra se non ci arriva eh! Quindi, ancora oggi si vede qualcuno che fa ecodoppler basale, ma non serve a niente (Intervistato 30, andrologo, endocrinologo).

Gli sforzi diagnostici principali sembrano quindi concentrarsi sull'anamnesi, ovvero il colloquio con il paziente, fase centrale in cui l'andrologo, oltre alle domande di rito rientranti in una anamnesi fisio-patologica standard, si cala nei panni di un "confessore" che entra "anche un po' nella parte più intima per capire se queste problematiche ci sono con la moglie, se c'ha l'amante, se non c'ha l'amante" (Intervistato 12, andrologo, urologo). Fondamentalmente, quindi, sostiene un urologo intervistato, "l'andrologo è un prete" (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche) che deve però anche avere la capacità di capire se il paziente dice o meno la verità dal momento che "il giudizio finale non è poi corretto se si sono tenute nascoste delle cose specificamente legate a quel problema lì, cioè ci si gioca quasi tutto sull'anamnesi. In questo lavoro, bisogna saperci fare, se il paziente poi non si apre diventa difficile impostare da subito una terapia efficace" (Intervistato 2, endocrinologo con competenze andrologiche).

In un contesto in cui la sincerità del paziente è una componente necessaria, pena l'efficacia stessa della proposta terapeutica, il medico ammette di preferire un'impostazione

diagnostico-terapeutica individualizzata che sembra comunque corrispondere alla stessa deontologia medica che impone al professionista di prendersi carico del paziente singolo. Questioni deontologiche a parte, però, per quanto si sostenga che i problemi sessuali maschili abbiano un chiaro impatto nella vita relazionale e siano spesso infatti interpretabili come “problemi di coppia”, si propende per la presa in carico del singolo paziente senza procedere ad una reale gestione congiunta che, includendo anche il partner in tutte le fasi del processo diagnostico-terapeutico, vada in qualche modo a scavare nella crisi della coppia. Quella che viene definita come un’esigenza del paziente maschio di “gestire da sé” queste problematiche per motivi di pudore, imbarazzo o segretezza, si sposa così con una esigenza pratica del medico il cui lavoro non viene facilitato da una partner che ha bisogno di troppe spiegazioni o rassicurazioni o che potrebbe addirittura intralciare l’utilizzo e l’efficacia dei farmaci:

Questo è un grosso dibattito all'interno della comunità andrologica, se curare il paziente e curare la coppia, sicuramente noi come medici dobbiamo curare il paziente, questo è il nostro obiettivo deontologico [...] è una questione di sensibilità, cioè il paziente di solito viene da solo, non viene quasi mai in coppia [...] Il disastro è quando viene in coppia e la partner si comporta, come spesso capita in quei contesti, in cui dice la frase terribile per noi “Mah, se per te va bene, ma per me va bene anche così”, ecco, allora in quei casi lì bisogna dividere la coppia perché se no io ho una persona che non risponde più alla terapia. Se sei venuto è perché così non va bene, se il partner ti dice una roba del genere o tu c'hai un'altra partner e però lì non me lo puoi dire, oppure tu quello che mi dici è castrato da questa cosa. Quindi generalmente il paziente si visita individualmente e viene individualmente, quando viene in coppia bisogna capire, e questo bisogna capirlo da noi com'è quella coppia e non è per niente facile! Perché in mezz'ora non so nulla di questa cosa, però lo dobbiamo fare per poter dire “La prossima volta ci vediamo noi da soli” oppure “Va bene, venite tutti e due”. Capisce già che da quanto le ho detto la situazione per me migliore, mi spiace dirlo, ma è avere a che fare col paziente da solo. Sono rari i casi di persone davvero davvero affiatate, e qui invece eh, bisogna che ci sia assoluta confidenza nel dire le cose come stanno, no? Come stanno e come si vorrebbero! E questo raramente si può fare davanti ad una compagna, con tutto l'amore del mondo, eh, per carità, non dico che, però questa è una parte, la (enfasi) fase fondamentale! Insomma, se volete, io dico “Parlatene”, ma la cura e le decisioni sono del paziente e basta, io comunque è a lui che do la terapia, che do il farmaco, se lui vuole usarlo da solo è più che legittimo, anzi spesso ha i suoi buoni motivi che possono anche essere che magari non ha una compagna fissa, ha altre relazioni e quindi in questo caso è totalmente affar suo, no? Se invece vuole affrontare la cosa con più disclosure allora io sono anche apertissimo a parlarne anche con lei eventualmente, per fugare ogni dubbio. Ma è più una chiacchierata, diciamo, che si fa ex-post quasi anche perché poi molto spesso le donne sono quelle che si fanno più problemi, “Ah, ma se ti serve questo allora non ti piaccio più” e quindi in sostanza tu le devi rassicurare (ride) [...] fondamentalmente su 100 pazienti, io ne vedo 90 da soli e 10 in coppia, cioè che si presentano in coppia, ma non invito mai il paziente a dire “Venga in coppia”, al paziente dico “Venga pure, prenoti, venga lei”, poi se viene in coppia non gli dico di no ecco (Intervistato 10, urologo con competenze andrologiche).

La gran parte [dei pazienti] vengono da soli, quando vengono in coppia nella gran parte dei casi è lei che ha preso l'iniziativa, lei che dice 'Ti porto da'. Però nella gran parte dei casi è un problema che il paziente preferisce gestire da sé, e anche quando si propongono gli esercizi possono essere esercizi di coppia o, nella maggior parte dei casi il paziente preferisce fare esercizi da solo, è un problema che si vuole gestire da solo [...] certamente la cosa migliore è quando la coppia affronta insieme il problema, questo senza dubbio, c'è come dire, innanzitutto hai due persone motivate, quindi se uno crolla un po' l'altro magari la spinge no?, sicuramente è un terreno migliore, però sono una minoranza quelli che vengono in coppia, anche per la disfunzione erettile eh, e comunque io ho studiato, mi sono perfezionato anche per addentrarmi un pochino di più nel discorso più ampio della coppia, va bene e anzi secondo me dovrebbero farlo tutti, però, il mio lavoro, il mio servizio è rivolto al paziente e alle esigenze del paziente singolo prima di tutto, anche perché ci sono i farmaci che ti permettono di avere questa libertà insomma no? Diciamo che per le coppie in crisi la porta da bussare non è la mia (Intervistato 30, andrologo, endocrinologo).

5.1.2 L'andrologo come sarto per terapie su misura

L'anamnesi dunque è ritenuta la fase “fondamentale” in cui è necessario conquistarsi la fiducia del paziente in modo da ottenere una descrizione il più sincera possibile delle sue problematiche. La diagnosi coincide quindi spesso con il colloquio anamnestico il cui focus sembra ruotare attorno alle abitudini, alle esigenze e ai desideri sessuali del paziente sulla cui base “cucire” una vera e propria *tailored therapy* farmacologica.

L'efficacia della terapia sembra infatti innanzitutto risiedere nel fatto che essa possa essere “customizzata”, costruita a puntino non solo sulla base delle *défaillances* del paziente ma a seconda delle sue esigenze “logistiche” (Intervistato 10, urologo con competenze andrologiche) e dei suoi desideri:

Esiste un farmaco a lunga emivita che è il Cialis, che ha il grande vantaggio di non interferire con l'alimentazione, che non è da poco per l'attività sessuale perché noi siamo abituati che uno di solito fa una cena galante, porta fuori una, insomma l'alimentazione fa parte della sessualità, io la vedo così. Quindi, insomma, diciamo che il Cialis è l'evoluzione massima, non interferisce con i pasti e ha un'emivita lunga che ti consente di non dover guardare l'orologio, va bene? Questo, non per nulla il 50% del mercato ce l'ha la Lilly, quindi il Cialis, di qui non si scappa va bene? Poi, c'hai il Viagra, il Levitra e poi l'ultimo nato è lo Spedra che tecnicamente sono farmaci on-demand nel senso, anche l'altro è on-demand, però nel senso che hanno un'azione rapida, capito? E che quindi hanno le loro indicazioni direi più proprio per andare a risolvere il problema. Poi, fra i tre, le differenze che si possono dire sono che lo Spedra probabilmente è quello che c'ha meno effetti collaterali, il Levitra è quello che è più veloce di tutti ad entrare in azione, ma si sta parlando di minuti, quindi proprio di virgole che, mmh, alla fine tutto è relativo, capito? Perché anche il Cialis alla fin fine dopo 25 minuti è attivo capito? [...] Nasce quella che oggi viene chiamata la

tailored therapy, la terapia del sarto, cioè dove noi dovremmo per ogni paziente, è vero, alla fin fine è così! [...] chiaramente se uno c'ha rapporti tutti i giorni meglio un Cialis, uno che ce l'ha una volta al mese è inutile dargli il Cialis (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche).

Uso un po' tutti i farmaci. Diciamo che la terapia per la disfunzione erettiva, è una terapia che deve essere molto mirata al paziente ecco, quindi insomma non è che esiste un farmaco che va bene per tutti, ogni paziente a seconda di quelle che sono le sue esigenze può avere il suo farmaco ecco, quindi bisogna valutare molto profilo di utilizzo, e quindi diciamo che sta alla sincerità del paziente, come dicevo (ride). Se lui per pudore mi parla di compagna e poi invece deve andare a pagamento, eh allora la terapia giornaliera è quantomeno uno spreco di soldi poi appunto è meno efficace di una al bisogno (Intervistato 12, andrologo, urologo).

Innanzitutto cerco di capire il paziente, la coppia, l'esigenza della coppia, quindi in base a quello io riesco ad indirizzare una cura piuttosto che un'altra. [...] La coppia a distanza dove uno abita a Aosta e l'altro a Reggio Calabria, si vedono una volta ogni tre mesi, diventa, non c'è bisogno di una terapia continuativa, c'è bisogno di una terapia, così, all'occasione, a, invece la stragrande maggioranza di pazienti che hanno una disfunzione continua e che hanno dei rapporti stabili possono beneficiare invece di una terapia quotidiana o continuativa, c'è il tadalafil da 5 mg che si assume tutti i giorni, o a giorni alterni, e anche lì può essere vantaggioso perché così non sei agganciato all'orario perché prendere una pastiglia per poi dopo due ore avere un rapporto è sempre psicologicamente destabilizzante per la coppia, invece se entra nella routine quotidiana l'assunzione di un farmaco per una disfunzione, paragonato alla pastiglietta per la pressione, alla pastiglietta del diabete (Intervistato 9, urologo con competenze andrologiche).

Io chiedo sempre che tipo di sessualità ha, cioè essenzialmente se ha una sessualità programmabile o no, cioè se la sessualità è programmabile in genere consiglio il farmaco, che è il Sildenafil, che ha un'emivita più breve, quindi effetti collaterali molto più brevi e che dà una rigidità maggiore, ma quello bisogna però che sia una, una sessualità programmabile, cioè dice alla moglie “Sabato sera lo facciamo?” e allora con quello viene al meglio [...] se invece uno ha una sessualità non programmabile, il ragazzino che non ha magari una compagna fissa che può avere magari un'occasione da non perdere, allora si prescrivono farmaci che abbiano una durata d'azione più lunga e che renda disponibile il pene in qualsiasi momento (Intervistato 30, andrologo, endocrinologo).

L'implicazione logica sottostante alla “forza del farmaco” è che esso possa essere dato, come prima linea terapeutica, indipendentemente dalle cause sottostanti, sia organiche che psicologiche. È prassi di routine infatti, quello di prescrivere i farmaci orali come *start-therapy*, solitamente in una forma di assunzione giornaliera a basso dosaggio (5mg), sia come un integratore per migliorare una generale vasodilatazione, sia come “alleati” anche per quei soggetti, generalmente giovani “magari alla loro prima relazione o [che] sono appena stati lasciati o c'è stata la volta che han fatto cilecca e dopo sono terrorizzati” (Intervistato 2, endocrinologo con competenze andrologiche). Si tratta quindi di soggetti che presentano alla

base della loro difficoltà un disagio psichico minore, come un'ansia da prestazione, per la quale sembra non essere più sufficiente una semplice rassicurazione di quanto sia in realtà comune provare insicurezza, soprattutto nelle prime esperienze.

In questo modo non solo si tende ad offuscare sempre di più la distinzione tra farmaco sintomatico e farmaco preventivo, con una vistosa propensione per quest'ultima accezione, ma si fa un aperto affidamento sulla potenza dell'effetto placebo che si rivela dunque "fondamentale" per ridare fiducia (Intervistato 2, endocrinologo con competenze andrologiche) a dei ragazzi che altrimenti non riuscirebbero a "sbloccarsi" (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche). Si approfitta di una modalità di assunzione della "pastiglietta" che, paradossalmente, se presa giornalmente "in qualunque momento come si prendono quelle della pressione, del colesterolo, del diabete, etc" aiuterebbe a non sentirsi in cura per una disfunzione sessuale e ad evitare così "l'idea di medicalizzare l'atto sessuale" (Intervistato 2, endocrinologo con competenze andrologiche):

Il paziente più giovane è un paziente che ha avuto uno o due episodi e si è preoccupato, cioè ci sono effettivamente, e questo è un dato forse relativamente più recente, ci sono dei giovani che vengono per la disfunzione erettile estremamente impauriti fondamentalmente e che si gestiscono poi in un modo un po' particolare [...] innanzitutto cercando di fargli capire che non succede niente se ogni tanto la reazione non c'è, è una cosa che può capitare, semplicemente ci si è un po' fermati. Spesso per fargli riprendere un po' la confidenza basta dargli un po' di Cialis da prendere con continuità, senza legarli al bisogno appunto che se non li aiuta a sbloccarsi, ma proprio perché è una cosa più mentale che esplicitamente fisica, no? Poi appunto un po' di Cialis così male non fa che comunque aiuta la vascolarizzazione, poi se la cosa persiste subentra allora un supporto di tipo sessuologico" (Intervistato 10, urologo con competenze andrologiche).

Io c'ho ragazzi di 18, 19, 20 anni, tutti questi hanno una classicissima ansia da prestazione [...] chiaramente in questi casi tu hai due strade no? Ora, una è quella di inviarli allo psicosessuologo, cosa che io non faccio mai, non so se la risposta ti piacerà. L'altra cosa, esiste, per esempio, il Cialis 5mg che è un farmaco giornaliero, allora io in questi tipi di pazienti do una terapia, non al bisogno, altrimenti ho paura di legarli alla pasticca, ma gli do una terapia continuativa per due o tre mesi a scalare capito? In modo che gli racconto una novella che è quella che loro sono come una macchina ingolfata che deve ripartire e che una volta ripartiti andranno avanti con le loro gambe. Quindi li do queste terapie indipendentemente, e sottolineo molto indipendentemente, dall'attività sessuale, cioè io gli dico "Guarda, puoi prendere la pastiglia tutti i giorni anche senza mai fare all'amore", capito? Cioè, gioco sulle parole, so benissimo che in questa maniera se c'avrà due o tre occasioni in un mese avrà una risposta splendida e fondamentalmente spero che questa cosa li attivi nel cervello per cui poi siano contenti, ma devo dirti la verità, con questo o credo che c'ho un 80-90% di successo, quindi alla fin fine io gli racconto una novella, ma molto efficace" (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche).

Una cosa che mi ha colpito molto ultimamente è il ragazzino che viene accompagnato da mamma o papà, che hanno avuto le loro prime esperienze sessuali e hanno avuto i loro primi problemi durante i loro primi approcci [...] io cerco sempre di tranquillizzare i ragazzi perché ci siamo capitati tutti, tutti! [...] inesperienza, l'aver a che fare con magari gli amici che si vantano, o le ragazze di oggi troppo spigliate [...] Vengono dal medico fondamentalmente sempre per quella famosa paura di avere qualcosa che non va, perché ormai, credo che una cosa molto negativa sia determinata dai siti pornografici, dove vedi questi bestioni tra virgolette che vanno avanti mezz'ora, un'ora, due ore e quindi il ragazzino che purtroppo, alle prime esperienze, cosa fa? Guarda, vede questi, vede che lui invece è normale tra virgolette e dice: "Se quello è così, io sono così, sicuramente c'è qualcosa che non va" [...] ad alcuni basta una chiacchierata, li tranquillizzo, gli faccio un discorsetto e gli dico "Ci vediamo fra quattro mesi, riprovaci, stai tranquillo" cerco di rassicurarli perché al 99% dei casi è così. Poi però due volte su tre ritornano perché non ce la fanno e allora li cerchi di aiutarli anche farmacologicamente, dandoli qualche prodotto che possa aiutarli, a basso dosaggio, dosaggio molto molto minimo, eh, nel ragazzino spesso sei costretto a dargli una mano dal punto di vista farmacologico perché altrimenti non riescono poi a sbloccarsi (Intervistato 9, urologo con competenze andrologiche).

Lo stesso principio di gestione terapeutica, principalmente farmacologica e altamente individualizzata, è applicato anche nel caso dell'EP sebbene siano davvero pochi a sostenerne un'eziologia primariamente organica. In questo caso le armi a disposizione del medico sembrano essere più ridotte, soprattutto in termini di efficacia. La maggioranza degli intervistati infatti ha espresso una opinione negativa circa l'efficacia della Dapoxetina controilanciata, per certi versi, dall'attrattiva che un "nuovo" farmaco appositamente prodotto per l'EP può avere nel pubblico di pazienti-consumatori. Molti ammettono di prescriverlo "se non altro per motivi medico legali perché è un farmaco che puoi prescrivere nell'ambito della sua indicazione ufficiale" (Intervistato 30, andrologo, endocrinologo). Essendo infatti l'unico farmaco finora ufficialmente distribuito per l'EP, non implicherebbe le responsabilità legali dell'uso fuori etichetta di altri antidepressivi più forti, sempre appartenenti alla categoria degli SSRI¹²⁶, che sono però considerati di gran lunga più utili nella gestione di questo disturbo. In alternativa si offrono proposte più o meno invasive e temporanee, come le soluzioni topiche e/o chirurgiche per ridurre la sensibilità peniena, oppure esercizi di ginnastica pelvica per rinforzare il controllo dei muscoli perineali.

Della dapoxetina? Ne penso male ne penso, ne penso malissimo perché non è curativo prima di tutto, è uno psicofarmaco fa parte della categoria degli antidepressivi, fondamentalmente ha solo il vantaggio di essere più veloce, nell'arco di un'ora e mezzo fa già effetto [...] il vantaggio è che non hai gli effetti collaterali degli psicofarmaci perché ha un'emivita molto più breve, ma spesso provoca una forte nausea e credo non ci sia niente di peggiore quando vuoi invece avere un rapporto sessuale no? (ride) [...] Comunque il problema è che non è curativo quindi devi stare, anche lì, a prenderti la pasticca tutte le

126Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*)

volte, devi stare a programmare tutte le volte il rapporto un'ora e mezzo prima e comunque pare non dia chissà quali effetti sperati. Per quanto riguarda una reale azione sul controllo sono molto più efficaci altri SSRi che infatti abbiamo sempre usato off-label ma con tutto quello che comporta impelagarsi in questo tipo di terapia che io non condivido sinceramente [...] io vedo che nella maggior parte dei casi se riduco la sensibilità del glande i miei pazienti hanno tempi più lunghi quindi faccio cose un pochino più pratiche [...] c'è una pratica che si chiama filler del glande in cui si fanno delle iniezioni di acido ialuronico, quello che mettono le donne nelle labbra per intenderci, nel glande. [...] Il vantaggio di questa sostanza è che si fa qua sul lettino, è innocua perché è un farmaco prodotto dal nostro organismo e che da almeno un anno di rapporti più lunghi. Poi dopo si riassorbe, è vero che si ritorna come prima e quindi si deve ripetere, ma è anche vero che un anno di benessere da questo punto di vista è molto meglio che dover prendere un farmaco e poi magari spesso succede che il paziente in realtà acquista sicurezza in se stesso e magari non ci pensa più e va meglio anche senza un secondo o altri apporti [...] o sennò c'è la circoncisione in determinati casi, perché si è visto che togliendo la pelle il glande diventa meno sensibile, quindi i tempi diventano più lunghi e poi perché no, anche i farmaci nei casi in cui queste cose non funzionino (Intervistato 3, andrologo)

Dal punto di vista farmacologico le armi sono un abbastanza ridotte [...] cosa succede se io prendo il Priligy perché devo trombare la mia amica e ho paura che poi non vada bene? Allora leggo sul bugiardino: prendere tre ore prima, non bere, però non è facile non bere! bevi tanta acqua così lo diluisci, stai attento che non ti venga il vomito, non ti alzare in fretta, se tutto questo va bene il farmaco funziona, ma se va male mi viene la nausea e vomito [...] ha proprio degli effetti di nausea pazzeschi, non funziona [...] Certo è meglio prendere il Priligy che bere due bottiglie di vino ma l'effetto è lo stesso perché l'alcool è un classico no? perché ha un effetto serotoninergico quindi inibisce il riflesso dell'eiaculazione (Intervistato 10, urologo con competenze andrologiche).

“In sé e per sé il farmaco in sé non è che faccia miracoli” - afferma un intervistato uro-andrologo (Intervistato 27, urologo con competenze andrologiche) sempre riferendosi alla Dapoxetina - “però l'idea che ci sia finalmente un farmaco apposito comunque è potente, ancora non tutti lo conoscono, non è famoso come il Viagra, però appunto già il fatto che finalmente puoi prendere un farmaco significa che puoi (enfasi) fare qualcosa. Da questa idea no? E quindi subito c'è un effetto distensivo”. Indipendentemente dalla efficacia, sarebbe la veste farmacologica in forma di pillola *quick-fix* a dimostrarsi un potente strumento nelle mani dello specialista che, tramite, la sua somministrazione garantisce quantomeno il realizzarsi dell'effetto placebo legato all'idea di poter “fare qualcosa di concreto” (Intervistato 30, andrologo, endocrinologo).

Arrivati a questo punto ci si chiede dunque quale tipo di professionista sembra emergere dalle stesse parole degli intervistati che, in diverse occasioni nel corso delle interviste, hanno sottolineato, oltre a questo incredibile “potere” insito nel farmaco anche

una certa “semplicità” di fondo della pratica andrologica, quantomeno limitatamente alla cura dei principali disagi della sessualità maschile che rimangono comunque, a detta della maggioranza, anche il principale motivo di visita andrologica nel contesto italiano.

A più riprese infatti si è rimarcata una grande semplicità diagnostica dal momento che “per queste problematiche qui con una buona anamnesi di solito hai già inquadrato il problema e puoi passare al farmaco” (Intervistata 16, endocrinologa con competenze andrologiche). Così, l’iter diagnostico ridotto al minimo e la centralità dell’anamnesi descritta in funzione di una *tailored therapy* permettono agli stessi intervistati di descrivere l’andrologia come “una branca di una semplicità incredibile” che “si riduce a due bischerate” (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche). Il farmaco – o l’idea di prendere un farmaco creato appositamente per il disturbo sessuale - “è talmente potente che te fai una diagnosi per decidere una terapia, ma decidi dopo l’anamnesi, decidi il farmaco senza tutto il resto” (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche). “Ci si gioca quasi tutto sull’anamnesi” (Intervistato 2, endocrinologo con competenze andrologiche) sostiene quindi un endocrinologo intervistato a cui fa da eco un altro collega che evidenzia quanto ormai “la medicina sessuologica e andrologica sempre più si è allontanata dall’indagine strumentale a tappeto, che però è stata intensissima sino a venti trent’anni fa, per dare estremamente più importanza a un’intervista semmai quasi ossessiva sulla sessualità della coppia” (Intervistato 19, endocrinologo con competenze andrologiche).

Eppure, anche di fronte al riconoscimento di una sempre più forte spinta consumerista fra i pazienti attirati proprio dall’esistenza di soluzioni *ad hoc*, gli stessi andrologi intervistati non sono disposti ad essere ricollocati nella veste di meri “prescrittori di farmaci” e rivolgono semmai questa accusa ai medici di medicina generale, tacciati di una gestione eccessivamente sbrigativa di queste problematiche, citata, insieme al costo elevato dei farmaci, come una delle cause principali del *drop-out*.

I *sexuopharmaceuticals*, pur essendo descritti come la soluzione più indicata per le disfunzioni sessuali maschili, rivelano dunque una debolezza di fondo. Per funzionare al meglio devono infatti essere “attivati”, in termini soprattutto di effetto placebo, tramite la giusta prescrizione fatta “con una certa convinzione” (Intervistato 2, endocrinologo con

competenze andrologiche), che solo un medico specialista in andrologia sembra essere in grado di gestire:

Eh i medici di medicina generale su argomenti come la DE e l'EP quando prescrivono questi farmaci dovrebbero prescriverli dopo un minimo di visita medica, che non sia solo il paziente che ti dice “Eh, è da qualche tempo che ho un problema di erezione” e lui gli dà il farmaco. Quindi, ecco, un minimo di anamnesi e non dico, anche se sarebbe auspicabile, un esame clinico e soprattutto darli con una certa convinzione e non con il “Provi a prendere questo” e paf!, scatoletta di campione, perché ti perdi, ti bruci già tutto l'effetto placebo che in questi casi è potentissimo! [...] con un po' di convinzione! E invece il medico [di medicina generale] spesso li dà così, “Proviamo con questo” poi loro prendono una pastiglia tornano e “allora proviamo quest'altro” e cambiano molecola e lì tu ti giochi tutta una parte di effetti che altri farmaci non hanno no? Se dà un betabloccante e non funziona passo all'altro no? Non è che ci sia tutto questo effetto placebo, mentre con questi no, la partita si gioca molto lì, devono essere dati con convinzione e con un minimo di cognizione di cosa li stai dando e perché glieli dai (Intervistato 2, endocrinologo con competenze andrologiche).

5.1.3 Saper prescrivere, l'andrologo come counselor

“L'importante è come lo poni il farmaco, è proprio fondamentale, ne va del suo effetto” sostiene poi un andrologo intervistato (Intervistato 30, andrologo, endocrinologo) a conferma di come occorra saper prescrivere nel modo giusto questi farmaci che non andrebbero presi in maniera “fai da te, tramite l'amico farmacista” perché perderebbero “tantissimo in efficacia” (Intervistato 9, urologo con competenze andrologiche). Questa visione è stata confermata da una larga maggioranza di intervistati di tutti gli ambiti professionali considerati. “Non è il farmaco ma è come lo prescrivi” sembra essere infatti un motto condivisibile quasi all'unanimità da tutti gli intervistati che riconoscono, in primo luogo, l'enorme peso dell'effetto placebo che entra in gioco quando si ha a che fare con questioni che interessano il miglioramento della qualità della vita, in questo caso sessuale e relazionale.

Nello specifico la declinazione specificatamente andrologica delle modalità di prescrizione capaci di “attivare” al meglio le potenzialità placebo dei farmaci in questione, sembra essere una combinazione tra la costruzione di “rapporto fiduciario” (Intervistato 10, urologo con competenze andrologiche) con il paziente all'interno di un ambiente protetto di “ascolto” e “rassicurazione”; la figura autorevole dello specialista che

“ha addosso quel carisma in più” (Intervistato 30, andrologo, endocrinologo); e una spiegazione chiara e dettagliata del funzionamento dei farmaci in relazione alle specifiche esigenze sessuali e relazionali dei pazienti:

In andrologia, il successo o meno delle terapie, è molto legato al rapporto fiduciario col paziente, perché nessuno è mai morto perché eiacula precocemente o perché non riesce ad avere un rapporto o perché ha il pene curvo, no? Allora il rapporto fiduciario diventa estremamente importante e se non è basato sulla correttezza professionale non c'è, perché uno lo freggi una volta, due, non di più, e questo probabilmente è quello che, un pochino, ha fatto evolvere la disciplina negli ultimi anni, parliamo degli ultimi cinque anni. Abbiamo goduto moltissimo dell'effetto Sildenafil, e ne hanno goduto tanto le aziende, e ne hanno goduto tanto molti colleghi che hanno cambiato un po' la loro attività, fino a quando quest'effetto era un effetto trascinate culturale, quando è diventato un effetto puramente di tipo “Ti do la pastiglietta e fai quello che vuoi”, eh, quando poi questo ha smesso di funzionare, perché poi l'entusiasmo è passato, si è finalmente capito che il Viagra non era un afrodisiaco, e quindi ci vuole quella competenza in più che semplicemente va anche solo ad ascoltare, a dedicare più tempo all'ascolto del paziente e alla spiegazione di come prendere la pastiglia, anche solo questo, ma guardi lo si è capito sulla pelle dei pazienti in qualche modo, perché non sempre funzionava no? ecco allora lì si sono un po' smascherate le cose tra chi è competente davvero e col paziente ci sa fare e chi pensa solo a firmare ricette, ma qui bisogna saperli prescrivere e se non ti dedichi poi ottieni molti meno effetti di quanto potresti ottenerne. [...] Ecco, quello che assolutamente non bisogna mai fare è dire “Toh, prova e vai” perché perdono, guardi ma davvero eh, perdono almeno la metà dell'efficacia se il paziente non li prende con la giusta convinzione, con la giusta sicurezza che solo lo specialista gli può dare. È uno dei motivi principali del drop out, eh in Italia c'è un dropout enorme per questo e per il costo, e spesso vanno di pari passo, perché se perdi motivazione a maggior ragione non sei disposto a pagare così tanto (Intervistato 10, urologo con competenze andrologiche)

Adesso sempre più [i farmaci orali per le disfunzioni sessuali maschili] si va a farseli prescrivere dal medico di base o direttamente dal farmacista compiacente, che va bene anche così per carità, ma io poi noto che da me vengono spesso a dirmi “Sa quello l'ho già provato ma non ha funzionato”, e lì allora secondo me c'è proprio un modo sbagliato di prescriverli, se tu lo prendi così un po' a muzzo potrebbe anche non funzionare. Chi viene poi da me ha intanto davanti uno specialista in andrologia (enfasi), non un medico di base, poi lo ascolto bene e gli spiego altrettanto bene come prenderlo e allora mi sembra che questo sia un valore aggiunto in un certo senso [...] Quello che noi dobbiamo fare è stare a seguire ben bene il paziente, spesso siamo anche dei confessori eh (ride), uno può trovare molto più pesante questo, la difficoltà sta quindi nel costruire una cura su misura per ognuno sulla base delle esigenze di ognuno e quindi di costruire allo stesso tempo la compliance del paziente, diciamo che la parte terapeutica inizia già dalla prescrizione, dall'ascolto, prima dell'azione del farmaco! (Intervistato 12, andrologo, urologo)

“È qui che si nota la bravura dello specialista”, ribadisce l'ultimo andrologo (12) intervistato che sembra riferirsi ad un vero e proprio potere quasi taumaturgico dello specialista andrologo che deve essere capace di “mettere a proprio agio il paziente”, “individuare la modalità di somministrazione giusta” e “convincere il paziente che andrà a buon fine”. La visita stessa si trasforma quindi, quasi ritualisticamente, in una occasione di

ascolto e counseling non fine a se stesso, ma in vista di una migliore resa terapeutica. Non solo “tailored therapy”, dunque, ma anche attenzione “patient centered” comunque finalizzata ad agevolare e potenziare le possibilità di efficacia del dispositivo farmacologico, da prescrivere con la giusta dose di premura personalizzata al paziente e autorità paternalistica:

La facoltà di medicina ti porta ad essere un medico “disease centered” ovvero basato sulla malattia va bene? Cioè, entra il paziente e te in base al sintomo dici le cose. Mentre oggi esiste, almeno nel mondo uro-andrologico è da uno o due anni che si parla invece della patient, la visita basata sul paziente mi segui? Dove, oltre alla malattia, devi andare a cogliere un po' il vissuto del paziente, per fare questo. È questo che significa la visita centrata sul paziente mica tutti quei fronzoli che vanno così di moda sul counseling, che qui noi siamo siamo counselor ad honorem! Non è una psicologia eh, gli ci manca solo [la psicologia]. La visita stessa è fare counseling. Basta solo rimanere un attimo in più e oltre alla raccolta dei sintomi vai un po' a-a capire come (enfasi) vive questi sintomi, mi segui? E come vuoi che li viva (ride)? Male! Di base male malissimo! Però sai, anche solo lasciarli liberi di dire “mia moglie qui e lì” o di aver paura di avvicinare le ragazze più, mmh, libertine se mi passi il termine. Cioè siamo anche uomini di certo ci immedesimiamo anche da quel lato lì! E quindi, non per altro, ma un paziente che ammette di avere una impotenza, una eiaculazione precoce, insomma ce ne è voluto no? Per farlo venire qui. Ha bisogno, si merita (enfasi) quel minimo di attenzione in più che un mmg non sa dare e immediatamente si sente più compreso [...] Quindi tailored therapy, sì, ma ancora meglio la visita centrata sul paziente. È un gioco di parole, eh, però ha davvero senso. Alla fin fine qui io ti ho detto l'anamnesi ovvero ascoltare il paziente è il 99% della visita, cioè è quello il punto in più dell'andrologo bravo diciamo, perché uno va da *** e non va da “Rossi”? Perché alla fin fine uscirà con gli stessi esami, con la stessa diagnostica e forse con la stessa terapia, però io forse lo ascolto quei due minuti in più. Io dico sempre agli specializzandi, “Due minuti in più fanno la differenza”, non è la differenza del più o meno bravo, è proprio la differenza di ascoltare le persone. [...] Il drop out [dei farmaci] è dovuto spesso alla non efficacia, ma a cosa è legata? A come tu dai il farmaco! Ma proprio 99 su 100 quasi. E allora si ritorna alla visita e a quello che si diceva prima, perché se tu gli dici “Guarda”, gli fai una visita di base e gli dici “Guarda, prendi questa compressina e risolve tutto”. Noo! Quello che dicevo prima, tu lo devi far sentire ascoltato, gli devi dare attenzione al vissuto più generale, no? Poi (enfasi) gli dici “Prendi questa compressina”, che di lì non si scampa ok? Poi, in base al tipo di compressina gli devi dire come prenderla, gli devi spiegare quante ore dura, quante ore deve aspettare prima di avere il rapporto, quindi è tutto, bhè si ritorna lì, cioè, c'è un grande drop-out legato al counseling-visita fatta male, tutto lì, perché la pastiglia gliela devi prescrivere personalizzandola sulla base delle cose che ti ha detto no? Quindi bisogna saper ascoltare e bisogna saperla dare. Altrimenti non funziona. [...] se tu [al paziente] gli dai un farmaco c'è l'aspettativa che questo funzioni no? È chiaro. Perché alla fine queste cose ovviamente poi non le diciamo al paziente ma l'effetto placebo no? Conta! Influisce tantissimo, e lo vedi proprio poi anche con i farmaci che magari mancano di quella efficacia su cui si dovrebbe contare, come il Priligy di cui ti dicevo, se non ci sta lo specialista proprio che ti ascolta, che ti rassicura e che ti manda a casa rassicurato ma anche nelle aspettative che poi tu puoi avere. Cioè qui proprio te la devi giocare meglio del Viagra perché comunque i margini di efficacia sono diversissimi, ma comunque vuoi mettere di sapere di avere un farmaco apposta e che se lo prendi nei determinati modi insomma le cose comunque migliorano (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche)

In questo lungo estratto di intervista l'urologo riporta una opinione di fondo

abbastanza comune che, pur non venendo espressa sempre in maniera esplicita, viene di fatto applicata nella pratica diagnostico-terapeutica, ovvero quella della non necessità dell'intervento psicosessuologico, un intervento “pesante [...] che spesso può addirittura peggiorare o quantomeno rallentare la soluzione” (Intervistato 9, urologo con competenze andrologiche). Le motivazioni alla base di questa svalutazione, esplicita o meno, del sostegno psicosessuologico sono diverse e spesso interconnesse fra loro. Innanzitutto la maggioranza degli andrologi intervistati si considerano dei “counselor ad honorem” (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche) capaci di intervenire sul benessere del paziente attraverso una “psicosessuologia spiccia da ambulatorio che però può fare la differenza” (Intervistato 30, andrologo, endocrinologo). Ad una presunta maggiore competenza derivante dall'esperienza “sul campo” di chi ha “visitato circa trentamila uomini da circa trent'anni” (Intervistato 17, andrologo, urologo) si associa sia la critica di una scarsa profondità della preparazione sessuologica degli psicologi sia lo scetticismo sulla reale efficacia dei loro interventi, motivo per cui anche i pazienti manifesterebbero una bassa propensione a rivolgersi ad un terapeuta psicologo: “perché puoi raccontarti tutto quello che vuoi ma poi il risultato, eh sai..” (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche). Pur avendo “l'onestà intellettuale” di ammettere che per certi problemi “incavati più nel profondo” la medicina “arriva solo fino ad un certo livello”, afferma in merito un urologo intervistato:

Non significa che non dobbiamo comunque continuare a prenderci in carico i pazienti con questi problemi, perché comunque anche il fatto che vengano da un medico significa che magari non hanno intenzione, non sono pronti ad affrontare certi aspetti più psicologici no? E chi sono io per dirgli senza nemmeno averlo visto “vai a farti curare la testa” se ancora non è pronto, soprattutto se comunque qualche aiutino nel mio piccolo posso darglielo no? (Intervistato 10, urologo con competenze andrologiche)

Anche in questi casi, dunque, l'invio allo psicosessuologo rimane a discrezione dello specialista curante e viene spesso inteso come “ultima spiaggia”. Il medico quindi deve “salvare capra e cavoli” trovandosi anche “a fare lo psicologo, anche perché poi spesso deve supplire al fatto che il paziente dallo psicologo ci va mal volentieri” (Intervistato 30, andrologo, endocrinologo):

Puoi chiedere una collaborazione [con lo psicosessuologo], ma capita raramente, perché una delle cose che credo si debba cercare di evitare è di complicare le cose al paziente [...] mettiamo, il paziente tipo che

dopo una vita sessuale ad un certo punto comincia ad avere problemi di erezione [...] se questo tizio che non riesce più ad avere rapporti sessuali con la sua moglie o con chi vuole, se va dallo psicologo entra in un giro complesso, perché è evidente che il problema principale non è quello, il problema è un problema organico, evidentemente è un fatto vascolare, è un fatto di tipo organico, che poi può avere un risvolto psicologico. Ma se passa il concetto che si deve sempre passare da un sessuologo di origine psi, tanto per capirci, rientra nella pagine davvero senza senso delle cose realmente frustranti, quelli poi gli fanno fare centomila questionari, e poi, alla fine, dopo magari varie a sedute dicono “mah, provi a sentire anche un urologo”. Oppure in alcuni casi il sessuologo stesso sì, dopo un po' di esperienze comincia a toccargli il pene e i testicoli, cosa che un sessuologo non dovrebbe fare (Intervistato 4, andrologo, urologo).

L'ascolto della situazione dolorosa fa parte della visita medica, fa parte della cura, quindi se un medico è capace a fare questa cosa lo fa lui, cioè se vuole comunicare la notizia di un tumore, adesso faccio un esempio, non è che può essere “c'hai un tumore arriverci e grazie”, c'è tutta una parte di ascolto e di risposta di quesiti che non è la componente medica ma fa parte della visita, allora questa parte può essere in parte, in parte relegata allo psico-sessuologo, per cui quando lei parla di salute sessuale è il medico. Se parliamo di counseling in senso ampio, allora, e quindi non di cure dei disturbi, il disturbo è un disturbo, un sintomo, allora va bene lo psico-sessuologo, ma comunque un andrologo con tanta esperienza sa perfettamente anche come fare counseling, conosce perfettamente la natura umana, sia maschile, ma anche femminile, e quindi si inquadrano subito le cose. Comunque davanti al disturbo, al sintomo sessuale nessun medico può dire “C'hai questo, pigliati questo”, anche se poi alla fine il succo è quello no? Ma questi sono pazienti che vanno più ascoltati e non c'è bisogno di uno psicosessuologo in linea di massima, poi ci sono casi particolari ovviamente, il surplus dico io (Intervistato 17, andrologo, urologo).

Anche quando si evidenzia una forma nettamente psicogena o legata ad un problema di relazione, non sempre il paziente accetta l'idea di andare a fare sia il primo colloquio e poi l'idea di una terapia psico-sessuale, perché poi, appunto, non è che fanno un solo colloquio e l'han risolta (ride) eh, ci sarà un percorso più o meno lungo quindi devono essere già orientati ad accettare perché altrimenti neanche si comincia (Intervistato 2, endocrinologo con competenze andrologiche).

5.1.4 Resistere al farmaco, preservare il monopolio sulla psiche

Se l'approccio fino a qui descritto caratterizza una buona parte dei medici attivi nel settore andrologico che ho intervistato, non rispecchia l'attitudine diagnostico-terapeutica degli psicologi che si occupano di sessuologia. Le critiche all'approccio biomedico riduzionista sono comuni alla totalità degli psicosessuologi intervistati che in maggioranza propendono per una impostazione che predilige una visione biopsicosociale della sessualità, un lavoro di équipe tra professionisti di aree differenti e una proposta terapeutica breve e focalizzata sul

sintomo sessuale da risolvere. Una quota minoritaria di intervistati psicosessuologi invece si distanzia su diversi punti da questo frame maggioritario che verrà descritto nel prossimo paragrafo.

Ad accomunare questo gruppo di professionisti non è tanto l'omogeneità nella proposta terapeutica effettiva quanto una premessa eziologica dei disturbi della sessualità che sembra essere comunque caratterizzata da un impianto riduzionista. Emerge infatti una spiegazione causale di queste problematiche e, per esteso, una descrizione degli individui che rimane ancorata ad una visione scissa tra corpo e mente come due sistemi che, per quanto collegati fra loro, sono suscettibili di interventi riparatori nettamente separati. Vengono anche in questo caso proposte quindi letture che dividono fra basi psicologiche, fisiologiche o miste dei disagi sessuali ma che ribaltano le percentuali utilizzate dai medici. Si mette infatti in discussione il frame esplicativo biomedico sovraccitato, sottolineando quanto da una lettura esageratamente meccanicistica della sessualità maschile deriverebbe un approccio terapeutico esclusivamente focalizzato sul sintomo fisico e una conseguente sostanziale incapacità dello specialista medico di individuare questioni più profonde e non immediatamente oggettivabili.

“Sono in tanti purtroppo [i medici] che pensano che il sesso sia una faccenda di ponti levatoi” (Intervistato 42, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo) sostiene in merito uno psicosessuologo intervistato mettendo in evidenza quanto la logica biomedica, approfittando di una maggiore conoscenza del funzionamento a livello corporeo, sembri mettere totalmente in secondo piano i fattori e le implicazioni psicologico-relazionali che solitamente sottendono e si accompagnano alle problematiche sessuali. La descrizione dettagliata del funzionamento a livello corporeo proposta a livello medico servirebbe infatti a mettere in secondo piano le “vere” cause psicologico-relazionali, che si innestano nella relazione di coppia o nel profondo dell'identità, come le problematiche del desiderio che spesso si nasconderebbero dietro i casi di DE o tratti/disturbi della personalità estremamente rigidi e ansiosi alla base dell'EP:

L'uomo arriva molto spesso perché ha anche una problematica di carattere sociologico, psicologico, quindi a volte non ha alcun tipo di problema in termini meccanici ma non riesce ad avvicinare una donna,

non desidera più la moglie [...] dopodiché, i grossi problemi rimangono comunque sempre gli stessi e questi sono problemi che hanno una loro natura meccanica, come l'eiaculazione impossibile, l'eiaculazione precoce, il rapporto impossibile perché ad forzam non si ha più l'erezione, ma non sono però legati alla meccanica in sé, non so se mi spiego, sono proprio la punta dell'iceberg di un qualcosa che invece si innesta nella relazione di coppia, nel profondo dell'identità, ecco quindi sono problemi che quindi vengono vissuti, vengono portati con molta ansia di fondo, con molta sofferenza [...] magari è una problematica ansiogena capita? [...] cioè se tu hai un rubinetto che non funziona è un conto, ma se il rubinetto non lo apri perché hai paura ad aprirlo il problema è un altro e di solito è ben radicato nella, nella struttura di personalità ecco per usare termini semplici” (Intervistata 28, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

Quando si parla di percentuali ascrivibili alla dimensione psicologica, una volta si parlava dell'80-90%, era quasi tutto psicologico! Invece adesso questa percentuale si sta riducendo assai, cioè a parte le malattie sistemiche, diabete, problemi di circolazione, queste cose eccetera, però le disfunzioni chiamiamole organiche sono considerate più significative di quanto non avvenisse in passato [...] probabilmente analizzando e studiando meglio l'apparato genitale, ecco, allora alcune disfunzioni che non erano evidenti lo sono diventate in seguito al miglior studio del funzionamento genitale, per non parlare di quello dei collegamenti neurologici eh! [...] questa non so se sia una tendenza derivante da questioni espressamente o prevalentemente economico-commerciali oppure in effetti man mano che la scienza medica approfondisce il tema allora l'articolazione delle cause che possono produrre queste insufficienze sessuali nel maschio si addensa attorno a patologie o alterazioni organiche, perché se ne sa di più, però è quantomeno curioso, cioè, va bene, abbiamo capito meglio come funziona l'apparato, però anche l'ambiente esterno, la psiche non è che smettono mica di agire sul fisico, no? Eh, le sostanze, diciamo, tutti gli accorgimenti diretti e immediati hanno sempre una prevalenza sulla riflessione, sull'elucidazione, no? [...] Invece se devo stare a capire le tue ragioni, a meditarci su, eh (Intervistato 36, psicologo, sessuologo).

Date queste premesse i rapporti di collaborazione con gli andrologi sono pochi e poco strutturati. Se, come si è visto, il medico spesso ritiene di poter fare a meno del contributo dello psicosessuologo, la deontologia di quest'ultimo impone uno screening medico in fase di valutazione del soggetto. Si riscontra dunque l'impossibilità di superare un cosiddetto approccio per tappe sequenziali che vede il paziente sottoporsi a due valutazioni separate, una fisica e l'altra psicologica, sia in termini temporali che in termini di professionisti che raramente hanno uno scambio fra di loro. In questo senso comunque si riconosce la presenza di casi, esclusivamente su base fisiologica, che non necessitano di un intervento psicoterapeutico proprio perché limitati al mal funzionamento corporeo e facilmente arginabili dal medico con una soluzione farmacologica: “se la prescrizione viene data perché c'è effettivamente una disfunzione erettile di natura venosa e quindi è un problema organico, non devono rivolgersi a noi per smettere, come uno che ha un'ipertensione elevata venisse a

dirmi mi abbassi la pressione” (Intervistato 42, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo).

È però fortemente criticata quella che viene descritta come una “presunzione” (Intervistata 7, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) di certi medici, spesso sprovvisti di una “sensibilità” sessuologica, che tralasciano di suggerire il consulto psicologico e addirittura prendono in carico pazienti che non dovrebbero essere di loro competenza, “anche soggetti con disagi più profondi, tratti ansiosi particolari o peggio che magari nemmeno indagano su cosa ci possa essere dietro quel particolare malessere che si evidenzia a livello fisico” (Intervistata 7, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa):

Allora io invio sempre e comunque, qualsiasi sia la storia che raccontano, dall'andrologo, di modo da avere la possibilità di uno scambio perché io non ho gli strumenti per avere una visione medica no?, e fisiologica, meccanica, quindi dopo aver fatto cinque colloqui dei quali due fatti con un andrologo e tre con me, a questo punto si decide se la persona vuole seguire una psicoterapia sessocorporea [...] io non sono una di quelle che dice 'ah no! ci vorrebbe a tutti i costi la psicoterapeuta o lo psicoterapeuta sessuologo'. Non è vero, innanzitutto perché comunque ora non si deve stare a terapizzare tutti, che so il diabetico o l'iperteso è ovvio che hanno un problema fisico che gli impedisce di avere delle erezioni soddisfacenti no? Ecco lì a meno che non siano evidenti altre cose un pochino più pesa ecco non so, quelli è sacrosanto che si pigliano la pastiglia [...] Per l'eiaculatore precoce il discorso è un'altro perché lì il problema non è quasi mai fisico, ma per questo dico io è importantissimo che il medico sia anche un sessuologo e che quindi non si limiti a dare qualcosa che funziona lì per lì senza avere una sensibilità di capire se è il caso di mandarlo a fare un colloquio con uno psicoterapeuta” (Intervistata 28, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

Non si può proprio parlare di collaborazione, nel senso che quando mi è stato fatto l'invio [del paziente da parte di un medico] mi è stato fatto perché magari io conosco dei medici di base che sanno del mio lavoro, perché ne abbiamo parlato, ci siamo incontrati e hanno capito un po' che cosa faccio, magari era il medico di base che conosceva l'andrologo e allora il passaggio è stato fatto così, ma non si può parlare di vera e propria collaborazione perché è stato casuale, perché sono stati altri che han fatto passare le informazioni, quando mi sono arrivati i pazienti per questa linea. In alcuni casi il paziente è arrivato e aveva anche due righe scritte dall'inviante no? Altre volte no, per cui ci sono delle volte in cui io mi sono messa in collegamento con il medico di base oppure con l'andrologo, in altri casi no, non è stato così, però quando mi sono messa in collegamento, diciamo così, è stato uno scambio che è avvenuto una volta, un caso o due e poi basta, io di mio ho sì uno o due nomi di specialisti urologi, andrologi ma quando comunque vedo che chi viene da me non ha fatto uno screening recente dal punto di vista fisico non è che sto a imporre diciamo, cioè per me basta che si faccia visitare e che risulti tutto nella norma fisicamente o che comunque si sappia che cosa c'è, se poi vedo che non sa da chi andare allora posso suggerire ma comunque no, non c'è una collaborazione (Intervistata 40, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

La prima tappa è dal medico specialista, di solito è l'andrologo ma prima ancora dell'andrologo è l'urologo, perché siccome è quell'area lì, uno di solito le visite quando ha qualche problema nell'apparato genitale va dall'urologo, e poi bisogna vedere l'urologo cosa dice, che giro ti fa fare, magari spesso prende tutto in carico lui e non ha comunque la preparazione adeguata e allora lì spesso fa danni o comunque non

risolve [...] se c'è qualche esigenza di una supervisione oppure di un'invio associato alla patologia che viene espressa si fa, si si certo, ma è così che bisognerebbe lavorare sempre, non si deve trascurare la nostra parte tra virgolette e invece noi ovviamente teniamo sempre in conto il consulto con il medico ma quell'altro non ci riserva lo stesso favore (ride) che poi è un favore che non sta facendo al paziente poi alla fin fine (Intervistato 36, psicologo, sessuologo).

Dopo una approfondita fase di anamnesi che interessa dai tre ai cinque colloqui iniziali e nella quale si ricostruisce “la storia sessuale del soggetto, la storia sessuale della coppia, e poi la storia del sintomo” (Intervistato 42, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo), solitamente segue sempre un lavoro preventivo di vera e propria educazione sessuale. Tale lavoro, come si vedrà, viene ritenuto necessario dalla totalità dei professionisti intervistati i quali lamentano una dilagante disinformazione sul sesso e la sessualità che conduce alla formazione di “idee strane e bislacche” (Intervistato 42, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo) solitamente prese dal mondo del porno su internet:

Gli uomini che vedono spesso dei filmati pornografici dove adesso con internet è possibile, ecco, hanno delle idee molto strane e molto bislacche sulle capacità di... Poi sa, quando uno guarda un film pornografico e vede dei coiti che durano mezz'ora si fa l'idea di essere un impotente, un eiaculatore precoce e in realtà come al solito bisogna chiedergli “Ma dove hai preso le tue informazioni sul sesso?” (Intervistato 42, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo).

Ci sono tanti condizionamenti che le persone ancora hanno rispetto alla sessualità, che arrivano dalla propria storia, anche dalle idee sbagliate che una persona si può fare guardandosi intorno, guardando certi film no?, una persona si può fare delle idee sbagliate e poi queste idee condizionano, sicuramente si fa davvero tanta parte del lavoro a spiegare ed educare, sì sì sì (Intervistata 40, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

Data la natura di questi disagi sovente descritta come radicata nel profondo del vissuto identitario o comunque come “la punta dell'iceberg” di quelle che sono considerate “rigidità importanti” da “sciogliere” (Intervistata 40, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) a livello di personalità e comportamenti, il lavoro diagnostico-terapeutico che viene proposto in questo contesto tende ad esulare dal sintomo sessuale in sé. L'obiettivo sembra essere infatti quello di andare innanzitutto a comprendere, attraverso un percorso di analisi e terapia approfondito, quelle che appunto vengono descritte come “vere” cause emotive, psicologiche e socio-relazionali sottostanti. Si cerca quindi di intervenire e risolvere queste ultime per

riportare l'individuo sofferente ad una situazione di equilibrio psico-fisico che lo renda in grado di ritrovare, infine, un benessere in termini di affetti e sessualità, superando quindi pesanti “blocchi di tipo fobico” o “stati di ansia molto forti” (Intervistata 28, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

In questa prospettiva si prendono le distanze non solo, come si è visto, da una eccessiva farmacologizzazione delle problematiche sessuali, ma anche da un modello terapeutico psicosessuologico che, come si vedrà, privilegia la risoluzione in tempi brevi esclusivamente focalizzata sul sintomo sessuale e, preferibilmente, nel contesto di coppia. In questo modo non verrebbe garantita dunque la reale remissione del sintomo, poiché insufficiente per assicurare “una presa di coscienza più profonda di sé stessi” (Intervistata 28, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa). Tale modello, che pure viene riconosciuto come maggioritario, sarebbe più che altro “uno specchietto per le allodole” (Intervistato 36, psicologo, sessuologo) proposto per attirare clienti, ma incapace di “andare a fortificare le altre questioni a monte” (Intervistato 42, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo).

Pur nella diversità delle singole proposte terapeutiche che vengono costruite sulle specifiche esigenze del singolo paziente e dipendono dal diverso background del professionista, si predilige solitamente impostare un lavoro “lungo e delicato” (Intervistato 36, psicologo, sessuologo) che analizza la questione sessuale “nel discorso più ampio della storia dell'individuo” (Intervistato 42, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo), dal momento che, spiega una psicosessuologa “difficilmente ci si ferma al problema sessuale proprio perché si aprono poi questioni più ampie” (Intervistata 40, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

Non c'è una grande pratica clinica secondo me nella sessuologia oggi per cui magari fanno, si sottopongono a dei test, fanno alcuni colloqui solamente di tipo verbale e ti danno l'esercizietto da fare a casa, alcuni poi ti danno anche delle medicine da prendere, checché se ne dica. Io non sono d'accordo, per me questa non è la vera cura sessuologica, la vera cura sessuologica è più che altro comprensiva anche di capire il perché profondo di un determinato sintomo e fare anche tutta una serie di riabilitazioni a livello proprio psicocorporeo, quindi anche esercizi sì, ma proprio seguire la persona, cioè non è una terapia cosiddetta breve. Può anche durare un anno e più una terapia sessuologica seria, però poi c'è la remissione del sintomo nel profondo no? E allora il sintomo non si riproduce [...] di solito io faccio un progetto almeno annuale di lavoro, annuale significa che la persona lavora con me una volta alla settimana e lavora all'interno di un gruppo una volta al mese, perché anche il confronto è estremamente importante [...] piano piano, attraverso gli esercizi, la comunanza, il lavoro insieme ad altri uomini e ad altre donne, cioè la problematica sessuale diventa in realtà una problematica punto no? Come tutte le altre, e lentamente si risolve. [...] è un lavoro molto profondo sull'identità e comunque quando lavori sia sulla mente che sul

corpo, e soprattutto c'è anche un riscontro in un gruppo estremamente eterogeneo dove puoi trovare l'uomo che può essere tuo figlio, quello che può essere tuo padre, quello che può essere tuo fratello, quello che può essere un grande amico e magari lo diventa anche, è molto importante vedere che ci sono visioni anche al di là della tua, perché poi stranamente queste persone hanno amici come loro, cioè, si sanno trovare delle, delle situazioni di vita per cui non si mettono mai tanto a confronto no? (Intervistata 28, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

Quando [il paziente] viene da me [il sintomo sessuale] emerge da tutta una serie di considerazioni sulla vita privata, sul mondo, sulle difficoltà relazionali, perché si può capire che se io non vado d'accordo con una persona, eh, non ho nemmeno voglia o comunque non c'è la condizione per avere un rapporto intimo, quindi io mi difendo attraverso l'enfasi che io do al disagio relazionale, no? Per certi versi non voglio nemmeno risolverlo! Non che il paziente si faccia un ragionamento esplicito in questi termini perché sarebbe una strategia sottile questa, consapevole. Invece no, non è consapevole del fatto che lui mantiene il conflitto di coppia per preservarsi dal dover affrontare il problema dell'impotenza [...] Però non possiamo nemmeno fare la domanda esplicita perché verrebbe negata subito e quindi questa cosa qui emerge se c'è poi un insight, se c'è un momento emotivo forte, allora questa cosa qui poi può emergere come ultima ratio [...] e ovviamente ci vogliono dei buoni rapporti col terapeuta, perché anche se uno va dal sessuologo, e ci va tanto ad andare dal sessuologo, non è che uno ti spara tutto subito! Cioè la verecondia, chiamiamola così, che è una caratteristica femminile, però il riserbo ce l'ha anche l'uomo, cioè magari è più esplicito nelle cose evidenti però quando deve mettere in evidenza dei sentimenti che sono sottostanti al disagio fisico, lì è dura, insomma. Quindi per dirle qui che ora va tanto di moda la terapia 'breve' dicono, no? Ma anche tra i colleghi immagino lo avrà già sentito, però nella mia esperienza queste cose brevi non lo sono per nulla. Soprattutto quando hanno a che fare con una bassa autostima in generale, problemi a relazionarsi, queste cose qui, ci vuole prima una valutazione accurata e poi un lavoro a tutto tondo sulla persona. Io lavoro così, è un po' più duro come lavoro, per me e per il paziente, ma alla fine vedo che dà i suoi frutti, quando si dice "Lavoriamo solo su quello, risolviamo in breve tempo", eh, è un po' uno specchietto per le allodole dico io, se vuoi una cosa veloce prendi i farmaci! È così facile! Noi dovremmo fare altro." (Intervistato 36, psicologo, sessuologo)

Proprio per questo motivo, per quanto nessuno degli psicosessuologi la cui posizione è riconducibile a questo primo frame neghi l'importanza della coppia come luogo in cui spesso si creano e si alimentano i conflitti, anche dal punto di vista sessuale, si preferisce agire prima sulle esigenze del paziente preso singolarmente. In generale, del resto, gli psicosessuologi intervistati ritengono che i pazienti, anche quando inseriti all'interno di una relazione di coppia, preferiscano recarsi da soli in cura presso di loro. In questi casi, il partner viene coinvolto in un colloquio di *assessment* iniziale per poi farlo nel caso intervenire nel percorso riabilitativo solo in un secondo momento, riconoscendo comunque l'importanza strategica per il paziente di avere accanto una/un partner che sia supportivo.

[i pazienti] vengono da soli, a me capita così. [...] Allora, la prima parte del lavoro va fatta individualmente, comunque, perché il benessere sessuale parte da te, quindi parte dalla persona, altrimenti

il rischio è che si cada nel fatto che è l'altro che ti deve far sentire bene. Sì, ma tu devi partire da una tua conoscenza e dal sapere come funzioni tu, che cosa ti piace, che cosa chiedi, perché quando tu dici anche “Ma che cosa ti piace?” a volte hanno proprio bisogno di pensarci, che cosa ti piace a livello corporeo, non è una cosa così scontata, non è una cosa così scontata. Quindi la prima fase è assolutamente individuale, e quando tu funzioni bene individualmente, insomma, un bel pezzo di strada l'hai già fatto. Non il 100% perché poi c'è quello che succede quando sei in coppia, ma un pezzo di strada l'hai fatto, e allora a quel punto si possono prevedere degli incontri di coppia che però io faccio diciamo più per la comunicazione, cioè perché ci sia una buona comunicazione tra le persone, quindi magari anche informando l'altra, l'altro partner, di cosa è stato fatto dal punto di vista del senso del lavoro, non entrando nello specifico, e poi magari cerco di capire com'è la comunicazione fra le persone, che cosa si dicono e che cosa succede rispetto alla tematica sessuale e anche ai cambiamenti che magari sono, sono in corso (Intervistata 40, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

Un'altra variabile importante è che abbiano una compagna che li coadiuvi, che stia con loro, che sia contenta che loro stiano facendo una terapia e si collabori, quindi noi possiamo avere proprio di volta in volta il senso del miglioramento, del cammino. [...] però bisogna anche pensare che ci sono persone che hanno dei rapporti anche saltuari e non sono contenti delle loro prestazioni essendo degli eiaculatori precoci, quindi non [si può togliere] la possibilità, voglio dire, psicologica a loro di sentirsi comunque all'interno di un processo di guarigione, quindi direi ben venga la coppia ma se non c'è la coppia devono comunque questi uomini superare la loro problematica no? (Intervistata 28, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

Come sottolineato in precedenza, in questo contesto lo psico-sessuologo lavora in larga parte in seconda battuta, soprattutto con quei pazienti che trovano “finalmente il coraggio” (Intervistata 7, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) di rivolgersi a questo profilo professionale e che per diversi motivi hanno deciso di non intraprendere o, più spesso, di non portare avanti l'opzione farmacologica, perché rivelatasi inefficace, insufficiente o assuefacente. “Presto o tardi il paziente lo capisce e alla fine viene da noi” nota uno psicosessuologo (Intervistato 42, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo) riferendosi in generale ai suoi pazienti con DE o EP che si rivolgono in larga maggioranza prima al medico, mentre una collega in merito riconosce come i pazienti arrivino a bussare alla sua porta facendo un grosso “atto di coraggio, ma spesso dopo che hanno cercato una soluzione insomma più semplice forse sì ma che richiede molto meno coinvolgimento da parte loro, meno sforzi insomma” (Intervistata 40, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

Queste considerazioni però non implicano una totale chiusura critica nei confronti dell'esistenza dei farmaci orali che, se non altro, hanno creato “per assurdo” una “occasione”

(Intervistata 7, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) in più per poter parlare di salute sessuale maschile spingendo quindi il pubblico di pazienti-consumatori a “superare la loro tipica ritrosia” (Intervistato 36, psicologo, sessuologo) sentendosi così “legittimato” ad occuparsi dei più comuni problemi sessuali:

“il Viagra ha avuto un effetto deleterio [...] perché molti lo usano anche quando non è il caso, quando invece c'è un disturbo d'ansia e non è il caso di utilizzarlo [...] ma per assurdo ha anche creato un'occasione per parlarne, no? Cioè, quindi adesso un uomo può andare dal medico spinto dall'idea che c'è il farmaco, almeno sa che può parlarne, sa che c'è un posto dove può parlarne. Ecco, l'unico effetto forse positivo di tutta questa cosa, anche se ne viene, appunto se si abusa di questi farmaci, è che è stato medicalizzato e in quanto medicalizzato allora sì, cioè si è legittimati a parlarne, e allora di lì poi magari invece nascono delle buone indicazioni e poi magari arrivano ad un percorso più adatto a se, lo vediamo ancora di più con l'eiaculazione precoce, perché alla fin fine le armi a disposizione del medico sono davvero poche, da quello che ho visto in questi anni il farmaco dedicato diciamo che proprio miracoli non ne fa, anzi (ride) lasciamo perdere [...] A maggior ragione una volta che [i pazienti] si sono decisi a fare il passo di chiedere aiuto poi capiscono anche che non si tratta di prendere una pastiglietta magica, è un discorso che può reggere un po' più a lungo con il Viagra forse, ma nel caso dell'eiaculazione precoce proprio vengono a bussare alla nostra porta molto più velocemente (Intervistata 7, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

L'attrattiva rappresentata dai farmaci orali avrebbe quindi giovato anche questa categoria professionale avvantaggiata sia da un generale aumento della propensione della popolazione maschile a voler risolvere le problematiche sessuali, sia da una scarsa compliance verso la terapia farmacologica che i pazienti sembrano dimostrare di avere sul lungo periodo che li porta, in ultimo, a rivolgersi alla loro *expertise*, dopo aver provato “la scorciatoia che non porta molto lontano” (Intervistata 28, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) dei farmaci. “Io poi li vedo quando e se la pastiglia non funziona o non basta più perché si rendono conto che ne sono dipendenti in maniera esagerata” continua un'altra professionista psico-sessuologa (Intervistata 28, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa), sottolineando quanto possa essere poi difficile “lasciare il salvagente” e capire che si può “nuotare lo stesso”.

Uno dei principali compiti in questo caso sembra quindi essere quello di aiutare a “smarcarsi” dai farmaci, “ridando la fiducia in se stessi” (Intervistato 42, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo) a tutti quei pazienti che non ne sono (più) soddisfatti, spesso anche solo per una questione di costi o perché impongono una pianificazione delle relazioni

sessuali vissuta come troppo innaturale. Si evidenzia così innanzitutto una critica piuttosto severa verso quei medici che, “sovrapponendosi” illegittimamente allo psicologo, prendono in carico pazienti senza evidenti scompensi fisici, solitamente prescrivendo farmaci come *start-therapy* finalizzata, si è visto, all'acquisizione di una maggiore fiducia prestazionale. Oggetto di critica sono quei criteri di somministrazione farmacologica esageratamente *quick-fix* che andrebbero a “cortocircuitare in maniera più o meno indebita” “tutti i problemi di elaborazione del lutto” o ancora “tutto il problema dell'autoanalisi o delle ragioni psicologiche o dei conflitti psicologici che sono alla base eventualmente di queste anomalie” (Intervistato 36, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo):

Stranamente non si fa mai accenno al fatto che potrebbe essere un problema emotivo relazionale e non organico, sembra quasi che ci sia un meccanismo accendi-spegni, un meccanismo organico per cui noi ti diamo il farmaco e te lo sei risolto. Boh, io sinceramente questo modo di leggere la medicina non l'ho mai capito e mai lo capirò, nel senso che prima cosa se c'è un meccanismo accendi-spegni allora spiegami qual'è, dove si è rotto, e perché. Prima spiegami la causa poi dammi i farmaci che mi aiutano a superarlo. Però è un po' come quando vai dal medico di base e gli dici ho mal di stomaco e lui ti prescrive il Maalox e io inorridisco perché, dico: Grazie a dio che s'è creato, che c'è il Maalox ma io avrei piacere anche di sapere perché c'ho il mal di stomaco, no? Quindi va bene, però le cause quali sono? e invece c'è un po' la ripetizione di questo schema medico dove a sintomi si risponde con soluzioni, ma le cause? (Intervistata 7, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

Ho in cura un signore di 50 anni, due donne, moglie e amante, usava il Viagra, con la moglie funziona, con l'amante non funziona, risolvete mi quest'enigma, pazzesco ma bellissimo, no? perché è bellissimo ti fa proprio capire quanto la psiche lavora e ci condiziona. Cioè qui si parla della stessa persona, sfido gli andrologi e la casa produttrice del Viagra a venire qua! eh, quanto la mente lavora! Perché? perché nei confronti di questa persona, amante, che lo eccita, ha passione eccetera eccetera, ha paura di fare brutta figura quindi si auto inibisce anche prendendo il farmaco, è pazzesco ma è così” (Intervistata 40, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

Questi farmaci possono essere utilizzati sulla persona in maniera transitoria, ma sono farmaci specifici per coloro che hanno realmente una patologia, io ho provato a mandare dei soggetti con disfunzioni erettili da un urologo andrologo e poi ho smesso di mandarli. Io li mandavo perché lo conoscevo, ma lui diceva “No, tutto quanto sano, provi questo” e gli prescriveva il farmaco, e allora io dico “Ma se hai davanti uno che ha 35 anni che non ha niente cosa glieli dai a fare il farmaco?” Si, è vero, esistono delle statistiche che ci dicono che come placebo in una situazione iniziale può anche dare un certo effetto, però, calma, cioè tu ti sovrapponi a me creando un'illusione? [...] lei sa benissimo che i farmaci placebo durano, sono come meteore, durano un periodo, poi cadono no? [...] Eh, in molti soggetti viene data questa prescrizione e il soggetto si accorge che in realtà sviluppa una condizione o di insoddisfazione, perché il farmaco funziona sì e no, cioè a volte funziona a volte non funziona come il soggetto funzionerebbe o non funzionerebbe naturalmente se anche non prendesse il farmaco, oppure succede anche che il farmaco funziona ma il soggetto dice “però mi costa troppo”, perché non sono ancora previsti dal SAU, e allora dice “vediamo un'altra soluzione”. E in tutti questi casi l'altra soluzione è andare a vedere che cosa mi produce la

disfunzione erettile, ma forse se si guardano indietro poi capiscono che magari potevano pensarci prima e invece è sempre “siccome mi dicono che non è legata all'organico, siccome nemmeno i farmaci mi hanno aiutato davvero, allora vediamo l'altro versante” (Intervistato 42, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo)

Ne emerge quindi una lettura ambivalente, da parte di questa particolare categoria di psico-sessuologi, circa la rivoluzione terapeutica e culturale portata dall'avvento e dal costante ingresso sul mercato di soluzioni farmacologiche per le disfunzioni sessuali maschili. Da un lato si ravvisa una prima fase di oscuramento della loro offerta professionale causata dalla frenesia verso la possibilità di prendere (e somministrare) la “pillola magica”. La farmacologizzazione della sessualità maschile avrebbe in questo senso enfatizzato una “concezione prestazionale della vita sessuale” (Intervistata 7, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa). Dall'altro lato però avrebbe quantomeno il merito di aver contribuito a spronare gli uomini nella direzione di una gestione terapeutica dei loro disagi sessuali.

In questo senso dunque si riconosce anche una sorta di rafforzamento della loro posizione giurisdizionale all'interno dell'ambito sessuologico che sembra scaturire proprio a ridosso degli spazi che si aprono tra le maglie del processo di farmacologizzazione e dei suoi punti deboli, tramite un puntuale confronto con la categoria dei medici.

È infatti utilizzando una retorica apertamente critica verso le “invasioni di campo” compiute dai medici attraverso un uso smodato dei farmaci, che ne sottolinea il carattere innaturale e il rischio, sempre in agguato, di una dipendenza psicologica, che gli psicologi di questo primo modello rivendicano la saldezza del loro ruolo auto-posizionandosi come categoria in grado di offrire ai pazienti una “altra soluzione”, più in “armonia” con la propria sessualità, senza il ricorso a “salvagenti” che, a lungo andare, rischiano di trasformarsi in zavorre.

5.2 Modello integrato-biopsicosociale

Nel primo modello appena tratteggiato è dunque la categoria medica a ricoprire un ruolo preponderante, portando avanti una spiegazione eziologica dicotomica e riduzionista dei

disagi della sessualità maschile e sfruttando a proprio vantaggio una supposta risoluzione quick-fix/on demand dei farmaci in un ottica di terapia estremamente individualizzata.

Questo secondo modello rappresenta invece la “risposta” della maggioranza di psico-sessuologi intervistati che, come si vedrà, non sembra essersi lasciata travolgere dall'avvento dei farmaci orali.

La categoria degli psico-sessuologi si è infatti orientata verso una ridefinizione del proprio ruolo che, puntando verso una collaborazione maggiore con la categoria medica, di fatto aumenta il proprio spazio di azione-legittimazione. Tale rinegoziazione del monopolio della salute sessuale maschile avviene non tanto tramite l'esclusione dei farmaci, quanto proprio attraverso una loro “ricollocazione” che permette agli psicologi di esprimere in maniera forte la loro voce in capitolo nei processi diagnostico-terapeutici dipendenti da una visione eziologica che si scontra in maniera netta con quella, dicotomica e riduzionistica, imperante nel primo modello presentato.

Gli intervistati aderiscono esplicitamente a quello che nei capitoli precedenti è stato definito come modello biopsicosociale. Ad una prospettiva che, come si è visto, interpreta corpo e mente come due aree indipendenti e scisse, si contrappone “un'attenzione alla persona nella sua interezza” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) e una lettura che viene definita “olistica” della sessualità come fenomeno complesso nel quale convergono molte componenti, dalla biologia agli aspetti intrapsichici e relazionali, alle influenze sociali e culturali:

Quando parliamo di salute sessuale ci dovrebbe essere un'attenzione alla persona nella sua interezza, una persona che deve stare bene dal punto di vista della relazione, da un punto di vista emotivo e da un punto di vista della funzione sessuale. Se provi a scindere questi livelli come si è cercato di fare nella medicalizzazione della sessualità e quindi nella risoluzione solo farmacologico-chirurgica, non si ottiene niente di duraturo. Facciamo un esempio proprio eclatante: persona che si rivolge - cosa che viene assolutamente ancora fatta eh - che si rivolge per un deficit erettile, e si fa inserire una protesi peniena pensando che questa gli risolva tutto il problema. La protesi peniena come effetti può dare, sì, la capacità erettile, ma come si può pensare che quella da sola di colpo ti tolga il problema relazionale o di tipo legato alla propria identità? Comunque non ti fa sentire virile, tu cercavi in quello il fatto di tornare virile e in realtà ti ha dato semplicemente l'erezione, ma non è nell'identificazione dell'erezione che c'è la virilità, questa è purtroppo un'idea molto difficile da scardinare nell'uomo, nel paziente (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

Da un lato, a livello eziologico-esplicativo, si continua ad associare l'eiaculazione

precoce a fattori in larga prevalenza psicologico/relazionali e a descrivere la disfunzione erettile come una problematica connessa al processo di invecchiamento, categorizzandola in termini di cause prettamente fisiche, psicologiche/relazionali o miste:

[la DE] aumenta di sicuro con l'età, è una tipica disfunzione che aumenta dai 50 anni in poi fino a diventare quasi normale tra virgolette [...] perché è legata a molte cause organiche no? dopo una certa età diciamo che uno se l'aspetta quasi no?, negli uomini giovani colpisce persone particolarmente ansiose per esempio, e che tendono un po' davanti a un insuccesso a mettersi in allarme per cui generando gli insuccessi successivi [...] un circolo di auto mantenimento, perché loro si mettono in allarme, l'allarme crea problema sessuale (Intervistata 38, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

In generale l'eiaculazione precoce ha quasi sempre una causa psicologica perché comunque sono molto rare le cause organiche, molto rare cheché ne dicano i medici. Ci sono le prostatiti, sì, ma insomma, o l'ipersensibilità, ma insomma.. In realtà secondo me, sono proprio rarissimi i casi in cui l'eiaculazione precoce possa avere una causa organica assoluta, ci possono essere dei malapprendimenti, quindi l'aver vissuto una sessualità velocizzata anche nella masturbazione, cioè, per qualche motivo devi fare molto veloce e quindi in qualche maniera il cervello si abitua a quella modalità di rapporto fra piacere e orgasmo, in certi casi può essere legato ad un desiderio molto alto però è un po' più raro. Magari nei ragazzi giovani c'è un iper-desiderio, o magari in persone che non hanno tanti rapporti, oppure possono invece avere una motivazione di tipo relazionale cioè, quindi, una modalità aggressiva, una modalità di sottrazione al piacere della partner, insomma, se insorgono ad un certo punto ovviamente. Se uno ce l'ha sempre avuta può essere una modalità di essere, quindi, che ne so uno, preferisce tracannarsi un bicchiere di vino piuttosto che sorseggiarlo (Intervistato 39, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo).

Allo stesso tempo però si riconosce la necessità, insita nelle stesse fondamenta della concezione bio-psicosociale, di superare una visione eziologica esageratamente semplicistica che tende ad inquadrare le problematiche sessuali e a gestirle in maniera separata e sequenziale:

Sulle cause ormai non si fa distinzione di causa o meglio, certo ci sono le cause organiche ovviamente e spesso sono anche chiarissime, una lesione di un nervo, o che so, sangue che non arriva, quindi tutto il discorso vascolare no? Ma le conseguenze sul vissuto e sulla relazione? Quindi non regge più questa distinzione, cioè regge per dovere di chiarezza ma in realtà è bio-psicosociale (enfasi) per cui io non faccio questa distinzione, in fondo se ci pensi anche una motivazione psicologica di fatto da un blocco sul fisico no? E se c'è una concausa organica comunque serve anche una terapia psicologica, quindi in questo senso, capito?(Intervistata 38, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

Tale modello sembra quindi innanzitutto permettere di interpretare qualsiasi problematica sessuale, compresi dunque i principali disagi della sessualità maschile, come riconducibile ad una eziologia multi-causale, contemporaneamente psicosomatica e

somatopsichica, che dovrebbe sempre tenere in conto, e sullo stesso piano, fattori causali fisici, psicologico-relazionali e culturali nella loro interazione. Così il riconoscimento, per esempio, di un alta percentuale di problemi vascolari legati alla disfunzione erettile va di pari passo con una riflessione sui profili di personalità particolarmente ansiosi o depressivi e con “schemi sessuali-mentali molto poveri” (Intervistata 35, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa). Similmente il processo di invecchiamento viene preso in considerazione sia come causa di inesorabile declino a livello fisico che come opportunità di maturazione relazionale e sessuale:

L'età è sì la prima causa di declino fisico e va a impattare sulla funzionalità erettile però può anche essere un elemento protettivo no? Cioè se uno si conosce un po' meglio, se fa esperienza di vita, di sé e degli altri, si matura insomma, o perlomeno si dovrebbe, cioè dovrebbe essere una fase che se vissuta serenamente porta a vivere serenamente anche la sessualità che non deve essere per forza appesa al chiodo, anzi! Cioè è proprio il concetto di biopsicosociale un po' anche questo che la psiche influisce sul soma e il soma sulla psiche e sono sempre in interazione, quindi ha senso individuare le diverse cause e parlare del fatto che c'è un alta percentuale di problemi vascolari nella disfunzione erettile questo sì, ma quanto questa poi provoca inadeguatezza, depressione, frustrazione nella coppia, sono queste le cose di cui bisogna occuparsi che non si possono tralasciare” (Intervistata 35, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

Data la natura circolare dei disturbi sessuali viene perciò sottolineata l'impossibilità, ma anche l'inutilità, di lavorare in un'ottica esclusivamente organica o psicologica che, come si è visto, è alla base di quella “presunta gerarchia di competenze” (Intervistata 35, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) e della “titolarità di una professione sull'altra” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) che comporta nella pratica la netta divisione di linguaggi e l'approccio sequenziale tipici del primo modello, che viene non a caso ampiamente criticato:

Non ci deve essere quella presunta gerarchia di competenze per cui è il medico, che magari, per carità, ha pure una preparazione in sessuologia eh, ma comunque è lui che decide se è il caso o meno di fare un invio allo psicologo senza magari nemmeno curarsi né da chi va il paziente né tantomeno di continuare a seguirlo, perché a quel punto il paziente, spesso e volentieri, lo si è perso e magari piuttosto gira altri 10 medici prima di arrivare davvero ad un consulto psicosessuologico (Intervistata 35, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

È vero che ci sono delle situazioni che sono più rigide, anche più schematiche no? Cioè tu sei il medico, io sono lo psicologo, tu ti occupi di quello, io mi occupo di quell'altro. La filosofia ancora dell'insieme si lavora meglio c'è poco in alcuni posti. Però diciamo che la sessuologia ha questo grande pregio eh, perché

appunto il sessuologo a lavorare da solo si trova male eh, cioè non, è un disagio proprio alla fine. Quindi il grande pregio della sessuologia secondo me è questa necessità degli altri specialisti anche, no? Che viene posta dalla domanda del paziente, quindi è quasi una necessità indotta no? Però è una necessità alla quale non si può fare a meno, poi ci sono anche specialisti che, come dire, si chiudono nella loro stanzetta e non vedono niente (Intervistata 34, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

Se ognuno pensa di essere più importante, o di saperne di più, o essere “il” titolato della problematica, che sia lo psicologo che sia il medico, questo crea delle difficoltà, anche perchè quando parliamo di disfunzioni sessuali, in questo caso maschili, ma anche quelle femminili, abbiamo situazioni anche palesemente organiche che uno pensa debbano essere trattate solo dal medico, sì, devono essere trattate dal medico certo, ma la parte psicosessuologica è importantissima! E di contro, abbiamo situazioni dove il problema è di tipo emotivo relazionale, diciamo così di area psico-relazionale affettiva, e però trae beneficio anche di un aiuto di tipo medico-farmacologico, quindi non credo che ci possa essere la titolarità di una professione sull'altra rispetto ad un problema di tipo sessuale, proprio perchè in sessuologia clinica bisogna guardare la persona e la persona è fatta da un corpo, da una mente e da delle relazioni, non si può scindere, e quindi non c'è soltanto uno titolato in esclusiva a trattare la problematica (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

Sarebbe dunque la stessa sessuologia, sostengono in questo frangente gli psicosessuologi intervistati, a contenere, fin dalle sue stesse premesse intrinseche, la “necessità indotta” (Intervistata 34, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) di un approccio orientato alla collaborazione fra professionisti di area medica e psicosessuologica. “L'elemento non è mettersi in contrapposizione ma collaborare e far vedere la competenza diversa e l'importanza della competenza dello psicosessuologo” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) spiega infatti in merito una intervistata e nelle sue parole si inizia ad intravedere quella che sembra essere una precisa strategia di maggiore affermazione e, al contempo, di rinnovamento del ruolo dello psicosessuologo, quantomeno per quanto riguarda il campo della sessualità maschile.

L'approccio collaborativo nasce, come già messo in luce, per sopperire a quelli che vengono descritti come i principali limiti di una gestione scissa tra mente e corpo delle problematiche sessuali. Nel mirino delle critiche rientrano infatti, innanzitutto la lettura in chiave esclusivamente biomedica della sessualità troppo focalizzata “sull'epifenomeno del sintomo sessuale” (Intervistata 34, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) a cui si collega: un lavoro anamnestico considerato superficiale che finisce solitamente per coincidere con “l'autodiagnosi” dei pazienti, il mancato riconoscimento di questioni più profonde come le

problematiche legate alla mancanza di desiderio ed una generale farmacologizzazione troppo sbrigativa e poco controllata dei disturbi sessuali maschili.

Allo stesso tempo però, si attacca anche l'impostazione psicologica definita "classica" (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) ostinatamente contraria all'uso dei farmaci e con dei tempi di terapia considerati eccessivamente lunghi e quindi poco capace di aiutare davvero chi lamenta disagio sessuale e vorrebbe vedere risolto il suo problema in tempi brevi. Entrambe queste impostazioni non farebbero quindi l'utilità del paziente, essendo incapaci di venire incontro alle sue esigenze con l'offerta di soluzioni realmente efficaci e durature, come riassumono questi estratti di intervista:

Se vai dal medico con un sintomo come la DE e il medico, anche se approfondisce, comunque per forma mentis al 99% ti dà il Viagra. Però spesso questi uomini hanno un calo del desiderio relazionale [...] però appunto il farmaco non basta o comunque, insomma, non puoi assolutamente limitarti a prescrivere un farmaco e stop, quando c'è solo una gestione di tipo medico è un po' disastro [...] ma d'altra parte sarebbe come se anche noi psicologi ci mettessimo a stendere un eiaculatore precoce sul lettino e a farlo parlare, non so, della madre e del complesso edipico (ride) e allora ce lo teniamo anche magari 10 anni così su quel lettino! (ride) no no, come le ho detto, il lavoro vero è altrove (Intervistata 35, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

Questo però un pochino sta cambiando perché la parte medica si sono accorti che poi questi pazienti tornano dopo poco e sono insoddisfatti e loro non sono attrezzati per affrontare e capire da dove nasce il loro vero disagio e per cui stanno anche loro cominciando diciamo così, alcuni per lo meno. Poi, secondo me, qualche volta sbagliamo anche noi psicologi perché spesso mi sento dire "Ah sai lo mandavo da questo psicologo ma lo teneva un anno, due anni senza risolvere il problema", certo che molte volte in molte disfunzioni sessuali se applichiamo una psicoterapia classica, magari ci arriviamo a risolvere il problema, però ci arriviamo dopo tot anni e non è quello che viene richiesto, non è un intervento immediato, poi, in alcune situazioni bisogna usare la psicoterapia e non la terapia sessuale, questo assolutamente sì, per questo è necessario che uno psicologo sia anche sessuologo in modo da saper che strategie usare, quindi un pochino ce la mettono anche gli psicologi questa cosa qua del fare i tuttologi, cioè quando non hanno una competenza specifica in sessuologia e prendono comunque in carico il paziente e infatti ho presente situazioni in cui mi si dice "Ah io non volevo venire perché ho già fatto una psicoterapia di 5 anni e non è servita a nulla (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

Gli specialisti intervistati che possono essere racchiusi all'interno di questo modello biopsicosociale si esprimono così in favore di un intervento diagnostico-terapeutico che, almeno a prima vista, sembra essere fondato su una stretta collaborazione fra diversi professionisti. Questo tipo di lavoro è solitamente proposto all'interno di cliniche e centri

sessuologici privati che, seppur gestiti principalmente da psico-sessuologi, si avvalgono della presenza in loco di specialisti andrologi e ginecologi, rendendo quindi possibile un tipo di collaborazione in un team multidisciplinare quanto più possibile stabile e continua:

C'è un network di figure che si occupano di queste vicende e il motivo per cui io sono qui è proprio questo perché al centro clinico nei due piani ci sono tutte le figure: ci sono tre ginecologi, un andrologo, un urologo e un endocrinologo. Però, quando io lavoravo in studio privato da solo avevo delle persone di riferimento, sì, però era molto complesso perché è più semplice gestire la disfunzione se tu hai un'equipe che lavora sempre con te, e quindi se c'è una prossimità fisica adeguata, è più semplice gestire le cose perché se vuoi costruire cultura questo passa anche attraverso i luoghi, tu sai che entri qua dentro e hai una rete all'interno della quale tu cadi sempre in piedi, quindi se hai bisogno di un ginecologo, di un andrologo ti accompagno io di sopra per prendere la visita, la prendi subito e questo è un grande vantaggio per il cliente perché non ha necessità di fare, come dire, di ingaggiarsi, è molto più sostenuto nella scelta, nell'accompagnamento e in tutte le fasi perché c'è una interazione continua sulla sua situazione tra me e il medico" (Intervistato 6, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo)

Si lavora insieme, proprio in team, cioè nel senso che il paziente o la coppia vengono accolti in una struttura [...] quindi che cosa significa? Che il paziente, a seconda diciamo, se si rivolge alla struttura in sé decidiamo noi, ma se invece viene per un appuntamento con me, mettiamo che voglia un appuntamento con ***, a seconda del motivo per cui viene, quindi faccio comunque un colloquio no? Però viene visto dal mio collega che è ***, urologo, se si parla di sessualità maschile, e si comincia a raccogliere insieme i dati anamnestici e a formulare una ipotesi di intervento insieme al paziente o alla coppia sia sul versante biologico, medico, con tutte le analisi che servono, e sul versante psico-sessuologico e quindi si fa diagnosi congiunta, un'ipotesi di lavoro, naturalmente tutto questo coinvolgendo le persone, il singolo o la coppia (Intervistata 35, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

Prima io lavoravo in rete con l'eventuale urologo o con l'eventuale ginecologo o con altri colleghi perché ovviamente era comodo avere dei professionisti di riferimento, in realtà poi ero io che semplicemente inviavo il paziente da un altro privato e non sempre c'era un reale coordinamento, cioè poi il paziente va nelle mani di un altro no? [...] io ho voluto mettere su una struttura, la sua forma giuridica è in realtà quella di un'associazione senza scopo di lucro, [...] ed è un centro all'interno del quale ci sono tre stanze, una deputata ai medici, le altre due deputate a psicologi e psicoterapeuti, e uno stanzone in cui viene fatta ricerca, formazione, gruppo, per poter mettere nella stessa struttura queste figure. L'ideale era quello di fare mensilmente delle riunioni di equipe dove ci si potesse accrescere a vicenda, cosa sempre difficile perché i medici sono sempre molto sfuggenti e occupati, però comunque il tentativo è questo, il paziente arriva qui e sa che si prenderanno cura di loro sia il medico sia il sessuologo e che soprattutto i due comunicano per davvero e non fanno a scaricabarile, e quindi diciamo che c'è una presa in carico a 360 gradi del paziente (Intervistato 39, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo)

Il tipo di approccio proposto in questo secondo modello viene definito "approccio integrato" poiché vi si riconoscono appunto, quantomeno negli intenti espliciti, diversi livelli di integrazione: fra specialisti, fra indirizzi teorici e terapeutici e fra strumenti clinici diversi.

La parola integrazione, dunque, sembra corrispondere innanzitutto ad una collaborazione d'equipe fra medico-andrologo e psico-sessuologo fin dalla fase della diagnosi che viene appunto “concertata” fra i due mediante la valutazione anamnestica quasi simultanea dell'interazione fra aspetti psichici e somatici della problematica. La fase anamnestica di “lettura della domanda” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) diventa quindi una fase centrale a cui solitamente vengono dedicate diverse sedute iniziali. In esse si esplorano in maniera approfondita soprattutto le componenti cognitive, emotive, relazionali e comportamentali dello sviluppo sessuale del soggetto alla ricerca di quelle abitudini errate o di particolari blocchi che si cercherà successivamente di correggere attraverso il lavoro terapeutico. Sul versante medico si predilige invece una linea esplorativa che, quantomeno nel caso della DE, fa largo uso delle indagini strumentali e di laboratorio:

Quello che noi definiamo, più proprio come psicologi, è una buona lettura della domanda, cioè, vale a dire la persona arriva o su richiesta sua o su invio del medico o su invio della compagna, sono tre vie. A quel punto bisogna fare una buona lettura della domanda che corrisponde alla diagnosi medica, io parlo dal punto di vista psico-sessuologico, quindi bisogna leggere bene com'è il sintomo, quando è sorto il sintomo, quindi se c'è sempre stato o si è presentato in un particolare momento del ciclo di vita, la relazione con la compagna, se c'è stata, perché è finita, se ci sono dei rapporti occasionali, rapporti a pagamento un po' tutti questi aspetti e soprattutto dal punto di vista emotivo e come è questo sintomo all'interno della sua personalità. Poi, in ogni caso, anche se è chiarissimo che è di natura psicogena o relazionale, è opportuno fargli fare la visita dall'andrologo o urologo, perché molte volte le persone sono comunque convinte di avere un problema organico anche se sanno benissimo di venire da uno psicosessuologo, per cui il fatto di fare una visita andrologica gli mette al riparo da “Ma, e se avessi qualcosa?”. Quindi gli faccio fare la visita urologica e magari proprio concordo col medico di fargli fare anche gli esami, quelli un pochino più specifici, così, quando gli urologi decretano che non c'è niente a livello organico, molte volte libera (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

È interessante notare come il ricorso ad accertamenti di secondo livello viene quasi del tutto abbandonata nel primo modello caratterizzato, come si è visto, da un estremo minimalismo diagnostico supportato proprio dalla convinzione dell'inutilità informativa di tali indagini. Quest'ultima lettura non viene però ribaltata in questo secondo modello, ma viene anzi in qualche modo addirittura confermata nelle sue premesse anche dai medici andrologi che lavorano secondo una impostazione di lavoro integrata:

Se il paziente è abbastanza giovane, cioè sotto i 50, i 40, io personalmente tendo a non fare accertamenti che non servono al paziente, cioè se il paziente mostra una chiara propensione a pensare che ci sia una causa organica ha bisogno di vedere accertamenti negativi, se no io gli propongo direttamente la mia, cioè 'guarda, secondo me il problema è esclusivamente su base emozionale, però se tu hai bisogno di andare

avanti su una proposta terapeutica, di vedere che non c'hai niente ti faccio fare gli accertamenti', e in questo caso, diciamo così, non so, 1 paziente su 3 accetta la diagnosi, 2 pazienti su 3 hanno bisogno di accertamenti. Facciamo fare, allora, un tempo il Rigiscan, nella fascia giovanile, sa, la valutazione notturna dell'erezione, [...] in seconda battuta l'ecodoppler dei vasi del pene, basale e dinamico, poi c'è la puntura di prostaglandina, è un esame molto rassicurante per il paziente perché vede che ha l'erezione dopo la puntura, o comunque vede la risposta che è positiva, e poi i dosaggi ormonali di base. Questa è la diagnostica standard, il testosterone e la prolattina e poche altre cose ecco, questo qui, la diagnostica è sostanzialmente questa. Dal punto di vista delle persone che hanno invece un'età maggiore o il diabete oppure, ecco, persone che abbiano molteplici fattori di rischio, tipo fumo, colesterolo, diabete, ipertensione, a volte neanche serve fare una diagnostica, è un problema vascolare, quando c'hai un infarto e c'hai le carotidi ostruite, però a volte viene comunque confermata dall'ecodoppler, dai dosaggi ormonali, però appunto tutta questa trafila di indagini strumentali diciamo che era quella che si faceva prima del Viagra, è un residuo che adesso si fa per tranquillizzare il paziente perché se no con la maggioranza dei pazienti si potrebbe direttamente passare alla terapia (Intervistato 33, urologo con competenze andrologiche)

L'importanza dei suddetti accertamenti viene così ricondotta, sia dai psicosessuologi che dagli stessi medici con cui essi lavorano in équipe, non tanto ad una concreta esigenza diagnostica quanto ad una necessità strategica che servirebbe a convincere i pazienti una volta per tutte, “prove” mediche alla mano, di essere sani dal punto di vista organico. “Guarda te lo dice anche il medico che di organico non c'hai niente” (Intervistato 39, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo) diventa così una sorta di assicurazione che serve allo stesso tempo a spronare i pazienti ad agire in maniera più “olistica e non solo sul fisico”, in maniera tale da intervenire anche sul cosiddetto “lutto di essere sani” (Intervistata 34, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa):

Poi dopo è ovvio che ci dobbiamo lavorare noi psico-sessuologi su questa idea che è molto più facile pensare di avere qualcosa di organico perché quando vengono dicono tutti “Avrei preferito avere qualcosa di organico” e io gli dico sempre “Secondo me no' (ride) e dopo gli spiego cosa significa avere qualcosa di organico, che sei hai veramente qualcosa di organico significa che, uno hai una malattia spesso più seria come il diabete e, due, la disfunzione erettile te la devi tenere. Invece hanno un po' questa idea “Se ho qualcosa di organico mi danno la pillola e si risolve” e questa è la medicalizzazione della salute, io ho mal di stomaco mi danno la pillola e lo risolvo così come ho il deficit erettile mi danno la pillola e lo risolvo, e poi si accorgono però che non è così (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

Il punto di vista dell'integrazione si ritrova forte anche nella proposta terapeutica, ed è proprio qui che si assiste ad una importante revisione degli spazi di azione-legittimazione dello psico- sessuologo, già iniziata del resto nella fase diagnostica.

Di fronte infatti a quelle che vengono presentate come legittime esigenze del paziente di risolvere la problematica sessuale in breve tempo, la risposta degli psicosessuologi è stata, innanzitutto, quella di sapersi per certi versi rinnovare, superando una impostazione di analisi psicologica sul lungo periodo improntata alla comprensione e alla eventuale risoluzione di fragilità e conflitti intrapsichici profondi:

Il trattamento è un trattamento breve, il sessuologo non fa dei trattamenti lunghi. Poi esistono anche i sesso-analisti, non so se li ha mai sentiti, quella è un'altra branca eh, lavorano sulle fantasie, i fantasmi, eccetera eccetera. Da me ne sono arrivati due dopo che sono andati dai sesso-analisti: rovinati! Invece la pratica, cioè, ci tengo a dirlo perché secondo me un professionista, se vede che la terapia non risulta efficace, dovrebbe essere onesto e dire 'Arrivederci e grazie', no? Detto questo, la terapia è una terapia breve (enfasi), quindi gli incontri sono sei/otto sedute. Stop. Punto. Se non riesco a risolvere questo problema, al massimo possiamo arrivare a dieci. Questo secondo me è fondamentale, eh. Primo, perché da corpo alla persona che si sta rapportando a te di dire 'Benissimo, abbiamo davanti questo percorso, adesso lo facciamo insieme, mi impegno, sono motivato a farlo, ce la metterò tutta', e quindi è stimolante per la persona. Due, è serio da parte mia, che sono un professionista, che devo mettere le mie forze e se vedo che dopo dieci sedute non ce la posso fare lo invio da un altro dicendo 'Guardi, non ce l'abbiamo fatta'. È inutile che lo trascino, l'obiettivo. Queste persone sono persone molto sensibili, ansiogene, quindi non posso crearli il problema anche del terapeuta, no? Che gli crea la dipendenza, no! Io lo devo rendere autonomo e con un'alta stima di se stesso, se invece io lo creo dipendente quando ho concluso, non gli ho risolto il problema e l'ho reso anche dipendente da me, quindi questo secondo me è fondamentale, terapia breve (Intervistata 41, psicologa, sessuologa).

Il lungo estratto di intervista che segue esemplifica quello che sembra essere lo svolgimento abbastanza tipico del lavoro terapeutico. La modalità di intervento proposta in questo contesto si avvale, in primis, dell'integrazione fra differenti orientamenti di counseling educativo, tecniche psicoterapiche focalizzate sul sintomo e interventi mansionali volti a modificare nel breve periodo comportamenti e contesti. Si punta quindi alla risoluzione della problematica in breve tempo (massimo 10 sedute), sia in un setting individuale che, preferibilmente, di coppia:

Le persone hanno bisogno di psicoeducazione, per esempio, ci sono un paio di volte in cui la persona viene da me e già in partenza la sua domanda è un po' opaca. Alla fine della fiera, magari, non sa che l'erezione ha delle fluttuazioni, nel senso che il pene non è sempre duro allo stesso modo, eccetera eccetera, e poi, magari, ha pure 45/50 anni ed è fumatore. Quindi, la prima modalità di intervento spesso risponde ad una domanda di malessere che in realtà abita nel fatto che per qualche motivazione non hai una rappresentazione chiara di quello che succede col tuo corpo quando fai determinate cose, e quindi diciamo che con un po' di buone parole la persona va via contenta. Il secondo caso è che, oltre a non avere una rappresentazione chiarissima, questa rappresentazione richiede proprio una conoscenza nel corpo oltre che nelle idee, perché magari la persona ha una difficoltà che è data dall'inesperienza e quindi ha necessità

proprio di fare un po' di pratica. Quindi qui entra la terapia mansionale. Il problema è puramente sessuologico. Per esempio, una eiaculazione precoce: c'è una difficoltà dovuta a x motivi che sono sempre peculiari però, in genere, con degli esercizi individuali o di coppia che sono misurati sulla persona a seconda di come è fatta o non è fatta, la persona fa una esperienza e non c'è tanto da fare, sono tempi abbastanza veloci, ma anche le linee guida sulla terapia mansionale infatti sono abbastanza snelle. E poi [...] [ci può essere] qualcosa che non è puramente sessuologico ma entra nella sessualità, magari c'è una certa quota di difficoltà di coppia o individuale più o meno espansa fino ai disturbi più gravi, e comunque in generale è un riflesso di un problema che è focalizzato altrove, è proprio un riflesso. In quei casi tu, quando col cliente individui questa condizione, proponi fondamentalmente delle psicoterapie più o meno focalizzate. Nella mia esperienza è la soluzione più frequente, nel senso che la persona viene e già ti racconta delle cose che sono dissonanti rispetto all'argomento trattato. Attraverso le analisi funzionali, attraverso una analisi della situazione che fai col cliente viene fuori che ci sono dei funzionamenti che riflettono nella sessualità, magari una quota di difficoltà a stare con l'altro, una pressione relazionale, sentirsi a disagio quando sei con qualcuno che ti guarda con quello sguardo speciale e quindi diventa psicoterapia che è focalizzata nel senso che comunque l'obiettivo non è di fare psicoterapia a tutto tondo ma di lavorare su quel pezzettino che serve ad ottenere soddisfazione in ambito sessuale e quindi in questo senso è anche comunque un lavoro che non impegna il paziente a lungo no? Condividiamo con lui l'obiettivo di farlo tornare in campo il prima possibile insomma (ride) non di legarlo a noi vita natural durante (Intervistato 6, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo).

La maggior parte degli intervistati ha grossomodo confermato questo quadro interventistico, composto da diversi step, tra cui il primo e forse più importante è proprio quello legato al counseling educativo a cui si associa un grande sforzo in termini di distensione e rassicurazione dei pazienti circa la normalità del loro essere e sentirsi rispetto alla sessualità. “Sempre mi chiedono 'Ma sono normale?'” (Intervistato 39, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo) afferma in merito uno psicosessuologo, supportato da una sua collega che sottolinea il loro ruolo d'autorità nel poter dare il “permesso” di sentirsi normali:

Se pensiamo alla piramide interventistica terapeutica la base è 'permission'. Spesso e volentieri le persone si rivolgono al sessuologo anche solo per avere un permesso, sono normale? Vado bene? [...] le persone, io ne ho tantissime che, ma vengono veramente a parlare, ma lei come la pensa? Come la vede? Posso fare così? (Intervistata 1, psicologa, pedagogista, sessuologa)

Per quanto riguarda il vero e proprio lavoro educativo, accanto ad una corretta informazione sessuale necessaria a rimuovere l'ignoranza e a “scardinare pregiudizi” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) si cerca anche agire sui “malapprendimenti” (Intervistato 39, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo) andando soprattutto ad ampliare una concezione esageratamente performativa e coitale del sesso, causa troppo spesso di una

“povertà sessuale generica e generale” e di rapporti quindi “meccanici”, “noiosi” e “de-erotizzati” (Intervistata 35, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa):

Il 50%, anche il 60% del nostro lavoro è di counseling ma proprio di lavoro educativo. Ma lì dipende dalla cultura delle persone, ci sono delle persone che arrivano acculturate con buona consapevolezza, ci sono persone che arrivano con forti pregiudizi e bisogna lavorare abbastanza per scardinare questi, ci sono persone che arrivano con delle non conoscenze e quindi bisogna partire proprio dall'ABC per spiegare com'è l'eccitazione, come siamo fatti, eccetera. C'è un po' di tutto questo, sia a livello giovanile che a livello anche dopo, perché se ne parla tanto ma la maggior parte delle volte se ne parla male. Se ne parla sempre in termini di efficienza e mai di conoscenza, apparentemente di conoscenze ce ne sono tante, ma è tutto molto legato alla prestazione e alla prestazione coitale, e invece molto poco sul sentito e sulla conoscenza reale del proprio corpo, delle proprie sensazioni e di quelle dell'altro e appunto noi, anche con le mansioni, con il lavoro anche solo educativo per esempio cerchiamo di scardinare anche la fissazione sulle penetrazione, no? Si parla di piacere (enfasi) infatti” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

Quest'ultimo punto viene valorizzato anche in quello che viene definito come il pilastro fondamentale della “piramide interventistica terapeutica” (Intervistata 1, psicologa, pedagogista, sessuologa) ovvero la terapia mansionale a cui ricorre la maggior parte degli intervistati psicosessuologi, in un'ottica preferibilmente relazionale. “Quando c'è una disfunzione sessuale non è un fatto individuale, non lo è mai, ma è un fatto di coppia” (Intervistata 1, psicologa, pedagogista, sessuologa) sostiene, quasi fosse un mantra, una psicosessuologa intervistata riferendosi ad una concezione condivisa all'unanimità dai professionisti che lavorano entro un'ottica di tipo biopsicosociale.

La coppia è infatti ritenuta, in questo secondo modello, il “setting di elezione” (Intervistata 34, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) di una terapia psicosessuologica integrata che si fonda in primo luogo sulla prescrizione di veri e propri esercizi che “essendo strutturati sulla coppia funzionano meglio se fatti in due” (Intervistato 39, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo).

Il coinvolgimento del partner risulta quindi pressoché indispensabile: sia perché potrebbe essere complice o causa del comportamento sessuale disfunzionale soprattutto se troppo disinteressata, aggressiva o giudicante; sia perché potrebbe presentare essa stessa una problematica sessuale che renderebbe poi vani i risultati ottenuti dal compagno, e ancora perché, di fatto, dovrebbe diventare “parte attiva del processo” (Intervistata 34, psicologa,

psicoterapeuta, sessuologa) di guarigione calandosi nel ruolo di co-terapeuta supportivo, paziente e motivato. In tutti i questi casi, il partner viene dunque inquadrato come “un valore aggiunto” (Intervistata 38, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) su cui si concentrare spesso una parte degli sforzi terapeutici. Si prendono quindi esplicitamente le distanze da una gestione medica altamente farmacologizzata in chiave individualista all'interno della quale il partner viene invece di solito concepito come un ostacolo:

Quando c'è una disfunzione sessuale non è un fatto individuale, non lo è mai, ma è un fatto di coppia [...] A volte arriva la persona da sola. Secondo la scuola sessuologica, dopo un primo colloquio, uno/due, dipende, e comunque entro i cinque, anche un po' per evitare triangolarizzazioni, si chiede se c'è un compagno, una compagna e se la compagna o il compagno è disposto a venire e lì già il diagramma di flusso si divide: 'No, è un tuo problema', Ah! 'E lei come la vive?' Perché, se avesse una gamba rotta e lei dicesse: - 'È un tuo problema, non ti accompagno a far la lastra' Come lo vivrebbe? [...] E questo cosa è? Un fatto culturale? Spesso c'è una lotta di potere all'interno della coppia e già la persona capisce che il disagio è solo la punta dell'iceberg ma il problema è relazionale [...] spesso chi porta il sintomo non è la persona malata ma dei due è il più forte, la persona malata è l'altro [...] soprattutto se siamo di fronte, per esempio, ad una EP secondaria escludendo la causa organica, spesso c'è qualcosa c'è una ansia di stato (enfasi) legata allo stato di quella coppia, uno dei due, magari la partner è ansiogena! Genera ansia. Spesso invece la coppia viene già insieme, allora fai due colloqui individuali e poi valuti se gli interventi devono essere individuali oppure l'intervento può essere tranquillamente di coppia. Quindi è un fatto di coppia, non è mai individuale, solo che questo è un aspetto culturale che bisogna ancora approfondire, approfondire, approfondire” (Intervistata 1, psicologa, pedagogista, sessuologa).

Il coinvolgimento del partner è indispensabile perché, nella nostra visione di sessualità, la sessualità è sempre agita all'interno di una coppia anche se il sintomo lo porta uno solo, perché il partner può essere coterapeuta, oppure il partner può sostenere dei comportamenti disfunzionali o il partner può non capire cosa sta succedendo, allora per tutte queste motivazioni è molto importante avere il partner. Come si agisce? Si agisce con i classici esercizi o mansioni che aiutano a prendere consapevolezza alla persona dell'aspetto eiaculatorio o pre-eiaculatorio. E invece l'altra cosa è quella di coinvolgere la partner perché alcune volte potrebbe essere sostenitrice di questo comportamento attraverso, non so, dei suggerimenti su certe posizioni che possono favorire questa disfunzione [...] nel senso che se mi accorgo che una disfunzione erettile dove la componente è relazionale e la compagna è aggressiva, castrante o c'è una cattiva comunicazione all'interno della coppia è prioritario fare un lavoro sulla coppia in termini di relazione, se mi accorgo che invece, diciamo così, c'è una componente relazionale ma anche una forte componente di tipo emotivo e comportamentale, noi utilizziamo la psicoterapia mansionale integrata che parte da elementi comportamentali ma prende dentro anche aspetti relazionali e aspetti emotivi in cui il partner diventa anche coterapeuta, se invece mi accorgo che il problema è strettamente emotivo ed è molto profondo e molto importante a quel punto diventa una psicoterapia nel vero senso della parola (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

Partendo dal fatto che se una persona è single o ha una moglie che gli ha detto 'Veditela tu' chiaramente non è che possiamo andare a prenderla a casa, però il nostro setting di elezione è un setting di coppia, quindi anche se l'uomo viene da solo noi cerchiamo sempre di tastare il terreno su quanto è possibile convocare anche la compagna e farla diventare parte integrante del lavoro che si va facendo, anche se magari il lavoro può essere più, diciamo così, sul versante maschile però con una compagna che sta lì, che

osserva il processo, che quindi è parte attiva del processo no? [...] l'accento sulla coppia è un valore aggiunto che abbiamo inserito noi sessuologi [...] nell'ambito medico, spesso e volentieri, la coppia viene vista come, la compagna soprattutto del maschio viene vista un po' come un ostacolo diciamo, no? Quindi i medici non sono particolarmente favorevoli a che quando l'uomo va a fare la visita andrologica ci sia anche la donna. Poi noi, come dire, battagliando battagliando battagliando, abbiamo detto 'Attenzione però! Perché, insomma, la sessualità si fa in due, non è che uno lo fa da solo'. E allora dobbiamo tenere pure conto di chi c'è dall'altra parte, altrimenti rischiamo di dare l'indicazione ad uno come fosse da solo e invece poi quello si ritrova con una coppia. Quindi questo cambiamento di ottica credo che sia stata una sensibilizzazione a cui via via abbiamo contribuito anche noi come sessuologi, appunto cercando di allargare anche l'attenzione alla dimensione coppia. Cosa che non è stata recepita da tutti eh, attenzione, perché ci sono alcuni farmaci dove invece si continua ancora a parlare del segreto, "Prendi la pasticca e non dire niente a lei" (Intervistata 34, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

Questo tipo di lavoro è particolarmente orientato in senso cognitivo-comportamentale. Le mansioni possono essere infatti descritte come delle prescrizioni la cui attuazione da parte del paziente condurrebbe all'apprendimento necessario per recuperare o attivare una risposta sessuale considerata migliore e adeguata. La mansione non è però in questo caso sinonimo di puro e semplice "esercizio", come tiene a puntualizzare una intervistata:

A me la parola esercizi non mi piace, io preferisco parlare di esperienze. Io le dico così perché le persone appunto sui media leggono che si fanno gli esercizi a casa, vengono qui e pensano che siano degli esercizi ginnici no? Allora, non è così. Noi, quello che proponiamo sono delle esperienze sessuali che ovviamente le persone fanno a casa, quindi con delle indicazioni ben precise, che speriamo siano un punto di partenza anche diverso per loro per porsi rispetto alla sessualità. Quindi, attraverso queste esperienze che noi proponiamo, speriamo che l'esperienza modifichi quei comportamenti disadattivi, quelle modalità che abbiamo individuato ovviamente non essere funzionali no? E quindi speriamo che questo diventi un apprendere proprio dall'esperienza nuova ok? Quindi preferisco parlare di esperienze e le spiego anche velocissimamente perché, perché adesso se lei apre su internet trova: 'esercizi stop-start', quindi per l'eiaculazione precoce, perfetto, l'uomo viene qui e quando poi io gli propongo mi dice 'Ah, ma dottoressa, questo è l'esercizio stop-start! Io l'ho già letto su internet, l'ho già fatto e non ha sortito nessun effetto', e io dico sempre 'certo, se lo fa come esercizio preso a se stante non sortirà mai nessun effetto! Ma se lo facciamo tenendo conto e cercando poi di sollecitare quali sono le sue impressioni su quello che va facendo, come cambia rispetto alla relazione, come ci si avvicina'. Cioè noi qui facciamo tutto un discorso un po' più contestualizzato diciamo, no? A quel punto l'esperienza sessuale diventa un po' un, come dire, un trampolino di lancio per andare a osservare tutta una serie di altri aspetti, quindi non è l'esercizio in sé (Intervistata 34, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

Il lavoro terapeutico non si limita quindi alla prescrizione di un esercizio sessuale da imparare secondo un copione prestabilito. Come fa notare anche un'altra intervistata: "il lavoro del sessuologo è [quello di chiedere]: 'L'avete fatto? Non l'avete fatto? Come vi ha

fatto sentire? Che emozioni avete provato? Cosa vi è venuto da fare dopo? Cosa vi sarebbe piaciuto fare dopo? Chi dei due ha ricordato all'altro di doverlo fare? Il compito è diventato un tormento?”(Intervistata 1, psicologa, pedagista, sessuologa).

Si aggiunge quindi una specifica attenzione diretta in larga misura alla considerazione delle particolari resistenze che il paziente e il partner possono solitamente opporre nel mettere in atto tali compiti prescrittivi. Oltre a favorire l'apprendimento di specifici comportamenti sessuali, questo tipo di terapia sembra permettere l'accesso diretto ai contenuti difensivi e conflittuali propri dei soggetti, in relazione alla problematica che vorrebbero risolvere. In questo senso la seduta con il terapeuta diventa occasione di auto-osservazione per gli stessi pazienti, i quali si rendono così consapevoli del loro modo di essere disfunzionali con l'intento di riuscire a modificare quegli aspetti cognitivo-comportamentali proprio attraverso i nuovi comportamenti virtuosi che nel mentre si apprendono e si mettono in pratica.

Le tipologie, il numero e le sequenze di mansioni utilizzabili non sono standard, ci si può avvalere di quelle suggerite dalla letteratura ma il terapeuta sembra avere molta libertà di elaborazione delle prescrizioni che ritiene più adatte in quel determinato contesto, anche attingendo al proprio bagaglio di competenze pregresse. Come spiega infatti una psicosessuologa intervistata:

La sessuologia è una disciplina molto poliedrica molto sfaccettata [...] se mi rendo conto che ho una persona che magari ha una eiaculazione un po' troppo anticipata, dovuta ad una magari incapacità di rilassarsi, oppure, sempre più frequente un'eiaculazione ritardata o impossibile dovuta ad un ipercontrollo, magari utilizzo delle tecniche di rilassamento che, in parte, ho imparato alla scuola di sessuologia e in parte uno può aver affinato per i fatti suoi. Se uno ha delle competenze di ipnosi per determinati traumi.. Adesso va molto per la maggiore, e infatti anche noi abbiamo fatto un minimo formazione, io non la pratico perchè non ne ho le competenze, l'EMDR¹²⁷, che risolve anche alcuni traumi anche di tipo sessuale. È chiaro che ognuno di noi ci mette tutto il suo bagaglio psicologico, la scuola poi ti affina. Se io ritengo per una persona che c'è un certo rapporto col proprio corpo e penso che una serie di massaggi possono aiutarlo, certo che non glieli faccio io perchè non è etico, ma faccio magari un invio ad un fisioterapista, ad una ostetrica, mi ricordo un'ostetrica molto brava, una signora molto brava che faceva il massaggio californiano, e serviva per desensibilizzare alcune parti del corpo. Usiamo la filmografia, non è mansionale, poi posso farlo qui, ti posso dire di farlo a casa, le mansioni non sono solo quelle solite che si conoscono, squeeze, stop and start, accarezzamento esigente, focalizzazione sensoriale, tipo 1, tipo 2, introduzione pilotata.. non è che sono soltanto quelle dieci che ci sono sui testi sacri! Se uno si legge il trattato 'Nuove terapie sessuali' della Kaplan, adesso potrei sbagliarmi, ma io mi ricordo di averne letto lì dentro un 300 di mansioni! Dire ad una coppia che non è più in relazione 'State mano nella mano senza parlare, per cinque minuti ad occhi chiusi' ha un suo significato in quel momento. Perché lo sto facendo?

127La desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (Eye movement desensitization and reprocessing – EMDR), è un metodo clinico diffuso dal 1989 in poi in alcune forme di psicoterapia. Fonte: https://it.wikipedia.org/wiki/Desensibilizzazione_e_rielaborazione_attraverso_i_movimenti_oculari

Perché devo incominciare a ripristinare un contatto, mh? È una mansione (Intervistata 1, psicologa, pedagoga, sessuologa)

Dalle interviste risulta inoltre quanto non esista in realtà un rigido protocollo di intervento standardizzato dal momento che quanto emerge nel contesto di ogni seduta, a maggior ragione se in un contesto di coppia, può richiedere spesso l'utilizzazione e l'integrazione con altri strumenti terapeutici che si accompagnano all'uso strettamente specifico delle mansioni, dal counseling informativo/educazionale ad altri tipi di interventi psicoterapici brevi che rimangono, nella maggior parte delle situazioni, ben ancorati all'ambito della sessualità ritenuta disfunzionale. Anche in questo caso quindi si parla di terapia “tailored” perchè costruita “su misura” per le esigenze e i vissuti specifici con i quali il terapeuta si confronta:

La terapia, lì diventa proprio, come si dice, 'tailored' cioè, veramente, è fatta proprio su misura per quell'uomo e per quella coppia, perché in ogni coppia puoi trovare veramente degli elementi molto specifici, dei punti di forza e di debolezza molto specifici per cui ti puoi trovare, che ne so, 5 sedute a lavorare su un problema di lei prima di riuscire a proporre un esercizio da fare a casa perché lei è arrabbiata come una furia, per dire, e non è che non si possa capire (ride), eh. Ogni coppia è veramente un fatto a sé, per cui c'è la persona che collabora un po' di più oppure c'è l'uomo, e la maggioranza sono così, diciamo, alessitimici [...] quindi uomini che sono in difficoltà a identificare e ad esprimere le proprie emozioni, figuriamoci a capire quelle della compagna, eh, [...] dobbiamo fare comunque anche un lavoro di decodifica del peso dei singoli fattori all'interno dell'economia di quell'uomo e di quella coppia no? (Intervistata 35, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

5.2.1 Integrare il farmaco per rafforzare la professione

Ma nell'ottica che punta alla risoluzione sul breve periodo di problematiche ormai intese nella loro combinazione psico-somatico-relazionale, la principale innovazione contenuta all'interno del concetto di approccio integrato sembra essere la proposta di integrazione con strumenti clinici propri del mondo biomedico, ovvero i farmaci. L'uso dei farmaci infatti non viene disapprovato a priori da parte degli psicosessuologi, critica invece ricorrente fra quegli specialisti che lavorano in maniera secondaria e residuale rispetto all'intervento

farmacologico del medico.

Ad essere disapprovato è infatti un uso ritenuto scorretto o comunque poco attento dei dispositivi farmacologici che sarebbe tipico proprio di quella categoria di professionisti, medici e specialisti andrologi, che però è anche l'unica ad essere autorizzata alla loro somministrazione. Sarebbe infatti a causa delle prescrizioni eccessivamente sbrigative e su larga scala e di un altrettanto eccessivo affidamento all'idea che “una pastiglia possa curare tutto e subito” (Intervistata 38, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) che il reale potenziale dell'opzione farmacologica non verrebbe sfruttato al meglio delle sue possibilità.

Ciò che viene principalmente criticato in questo frangente è infatti la poca inclinazione dei medici, anche quelli specialisti in andrologia, all'ascolto attento e sensibile della domanda del paziente, alla spiegazione di come funzionano realmente i farmaci e di cosa potersi aspettare dalla loro assunzione. A ciò si aggiunge inoltre il mancato *follow-up* dei pazienti, che verrebbero lasciati da soli “con due pacche sulla spalla e la prescrizione in mano” (Intervistata 38, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) col duplice rischio di rimanere insoddisfatti nei confronti di una soluzione che invece sarebbe stata adatta se utilizzata con più criterio o, alternativa forse peggiore, di non poterne più fare a meno.

Su questo punto fa chiarezza uno psicosessuologo (Intervistato 39, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo) che afferma: “Prendono il farmaco e non li funziona e allora vengono da me [...] [oppure] vengono quando vogliono smettere e non ci riescono [...] soprattutto i giovani che lo prendono per insicurezza e che poi non sanno come fare perché si sentono insicuri magari provano una volta senza e non li funziona e quindi entrano nel panico”.

Si denuncia quindi, allo stesso tempo, un alto livello di *drop-out* farmacologico da parte di chi decide di non continuare con la terapia proposta dal medico, colpevole di aver “sparato tutte le cartucce” (Intervistata 34, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa) troppo velocemente, e si affida alla terapia psicologica come ultima spiaggia, e una dipendenza psicologica da parte di chi, invece, ha bisogno di una mano per potersene smarcare:

“[i pazienti] cercano una soluzione diversa e questo magari succede quando magari arrivano da un

andrologo che di primo acchito ha dato il farmaco senza considerare che magari anche una valutazione sessuologica sarebbe stata utile no? E allora poi, a un certo punto, queste persone si stancano e dicono “Ah, io ormai sono dipendente dal farmaco, lo voglio togliere, come posso fare?”. Allora lì certamente è più complicato, devi andare ad agire anche su una sorta di dipendenza, di assuefazione che si è creata rispetto al farmaco. [...] richiede un lavoro proprio anche lungo a volte quest'aspetto. L'altro aspetto importante è quando il farmaco fallisce, cioè a noi arrivano le persone che se li sono fatti tutti i farmaci possibili a disposizione, quindi hanno iniziato col Levitra, hanno continuato col Viagra, Viagra 50, Viagra 100, Cialis 25, Cialis 5, insomma le hanno provate tutte! Nessuna ha mai funzionato o ha dato dei risultati molto parziali, insoddisfacenti, soprattutto per il paziente. E a quel punto arrivano da noi dicendo “Povero me, nessun farmaco funziona, che cosa devo fare?”. Allora, quella è una tipologia terribile, ma terribile nel senso di difficile, perché è una tipologia di persone che ti arriva con un grave peso anche rispetto all'insuccesso del farmaco, cioè ci sono persone che ti dicono “Io dopo di lei non ho più chance”, ok? [...] È per questo che noi facciamo spesso e volentieri anche dei corsi di aggiornamento con i colleghi anche più giovani, andrologi e via, dicendo “Attenzione, non sparatevi tutte le cartucce del farmaco, perché poi così la persona la distruggete se non funziona”. Quindi iniziare sempre con cautela, iniziare dalle posologie più basse per poi eventualmente andare ad aumentare. Se tu al paziente dai Viagra 100 e se lui col Viagra 100 c'ha un fallimento completo il passaggio successivo è il suicidio, metaforico ovviamente, però no? Se tu inizi col 50 magari c'è un altro spettro che puoi sperimentare, quindi, anche queste cose che piano piano sono entrate un po' nella testa dei colleghi andrologi ed urologi, però ce ne stanno alcuni che ancora fanno queste sparate di farmaci “Ah, non ha funzionato questo, allora forse lei è più indicato per quest'altro, proviamo quest'altro, e poi proviamo quello, e poi proviamo quello”. Alla fine la persona è completamente demoralizzata! (Intervistata 34, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

Quando sono nati [i farmaci], così come da poco è nato il Priligy, erano tutti entusiasti perché si pensava avrebbero risolto il problema in poco tempo, che è quello che ti chiedono le persone oggi, senza dover andare dallo psicologo eccetera, poi il medico nella sua forma mentis è proprio abituato a fare così: il paziente va da lui, gli descrive un sintomo e lui fa qualcosa per quel sintomo isolato ok? Subito dopo si è visto che, in alcuni situazioni, è stato senz'altro efficace nell'immediato, quindi evidence based, in moltissime situazioni però, nel follow-up, invece la persona si ripresentava o andava da un altro, si presentava dopo tre mesi, che so, e diceva 'Mah, mi sono stancato di prenderlo' e allora in quel momento i medici davvero attenti alla persona si sono incominciati a fare delle domande e le domande a quel punto vanno nella direzione che il farmaco non è sufficiente perché se tu non riesci ad elaborare alcune cose di tipo relazionale e di tipo emotivo anche il farmaco non ha nessuna presa di efficacia seria” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

Alcune di queste premesse sono simili alle considerazioni critiche espresse anche nel primo modello verso una somministrazione farmacologica che alimenterebbe l'idea, illusoria, del farmaco come “magic bullet”. Tuttavia le conclusioni a cui si arriva all'interno del modello biopsicosociale sono piuttosto diverse ed esprimono una differente attitudine rispetto ai farmaci. “Molti psicologi sono estremamente contrari all'uso dei farmaci” riconosce la psicosessuologa nell'intervista da cui l'ultimo estratto è tratto, “ma non è contrapponendosi [al loro uso]” che gli psicosessuologi possono trovare maggiore

riconoscimento e spazio di azione all'interno del campo della salute sessuale maschile, “anche perché” - continua la stessa intervistata - “in termini di ruolo sociale è più importante il medico, noi non possiamo contrastarlo” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa). “È importante che passi il concetto che i farmaci non vanno demonizzati, anche perché ormai ci sono, sono efficaci, chi più chi meno, non possiamo metterci contro perderemmo dei pazienti ma faremmo loro un torto anche” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

“Mettersi contro” i farmaci (e i medici) non è dunque ritenuta una scelta saggia per questioni principalmente giurisdizionali che porterebbero ad una “perdita” eccessiva di una fascia di pazienti-consumatori fortemente attirati dall'offerta di una soluzione *quick-fix* a cui viene, del resto, riconosciuto un certo livello di efficacia. Per evitare dunque di fare un “torto” ai pazienti, scongiurando allo stesso tempo il rischio sovracitato di un *drop-out* fallimentare o della dipendenza psicologica, la soluzione proposta in questo contesto sembra orientarsi verso un uso inteso come migliore e migliorato dei farmaci: “dati del drop-out alla mano, i farmaci non bastano da soli, vanno introdotti, vanno monitorati ed è per questo che il counseling si rivela fondamentale” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa). Nel secondo modello qui descritto, emerge così come il ricorso ad una terapia farmacologica venga addirittura promosso dagli stessi psicosessuologi proprio perché, all'interno di una modalità diagnostica concertata insieme al medico, essi partecipano in prima persona anche alla scelta terapeutica.

Quest'ultima, come si è visto, prevede infatti, sempre e comunque, una linea di intervento psicologico, quantomeno di counseling. In merito a questo punto una psicosessuologa intervistata spiega senza mezzi termini cosa significa, in concreto, questa modalità di lavoro diagnostico-terapeutica integrata con gli specialisti medici: “[lavorare] con gli urologi cosa vuol dire? Che chiedo a loro di fare la ricetta però poi, dopo, avendoli io tutte le settimane in terapia ci lavoro io col e sul farmaco, non posso dire che lo gestisco in senso stretto perché vado in un abuso di potere, ma ci siamo capite eh” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa). “Diciamo che il medico è un ausilio” (Intervistato 39, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo) si esprime in merito un collega commentando come

l'eventuale somministrazione farmacologica, una volta prescritta dal medico, viene, quindi, di fatto, introdotta, gestita e monitorata dallo specialista psicosessuologo che la inserisce all'interno del più ampio percorso (psico)terapeutico, valorizzandone così a pieno tutte le potenzialità. Solo l'integrazione del farmaco all'interno di un discorso di supporto psicosessuologico infatti permetterebbe di “meglio supportar[ne] il funzionamento” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa):

Se si va da un medico, spesso e volentieri si arriva in maniera molto più veloce al farmaco ma anche molto meno pensata, per certi versi anche molto meno sofferta forse, perché no (ride) ma credo comunque, e ho i riscontri alla mano, che il lavoro che si può fare in un centro che lavora appunto in modo integrato siano decisamente più duraturi e più profondi delle prescrizioni fatte così con estrema facilità che portano poi ad altissimi livelli di drop-out (Intervistata 35, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

Il ricorso al terapeuta sembra essere particolarmente d'aiuto in quei casi in cui il paziente con una problematica principalmente organica e il partner possono avere problemi ad accettare il farmaco nei termini di dispositivo sintomatico necessario a cui dover ricorrere continuativamente:

Se il soggetto assume il farmaco perché ha una disfunzione proprio organica, con cause organiche, quello che noi possiamo fare è il lavoro sull'accettazione dell'utilizzo del farmaco, perché non tutti sono contenti di pensare a se stessi come utilizzatori del farmaco per la propria sessualità. E l'accettazione da parte della propria compagna perché con il farmaco la compagna spesso e volentieri si sente privata del suo potere di seduzione e soprattutto sente che c'è una sorta di meccanicismo no? Cioè, 'Se prendo la pasticca possiamo avere rapporti, se non la prendo non possiamo averli”, quindi ecco, spesso e volentieri, quando c'è appunto una patologia organica, con il paziente che è costretto a prendere continuativamente il farmaco lavoriamo di più su questi aspetti” (Intervistata 34, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

Molto più spesso il farmaco viene inteso come un'utile strategia per arginare l'urgenza del disagio sessuale. Si utilizza quindi per poter dare al paziente una “tregua dal sintomo” (Intervistata 34, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa), spesso sfruttando anche il suo effetto placebo nell'ottica di *start-therapy* anche nei soggetti giovani, mentre si procede, sempre associando un intervento di counseling o una psicoterapia breve, ad una risoluzione della problematica:

[Il farmaco] a volte lo usiamo anche qui, eh, cioè, a volte anche qui vien detto “Allora, facciamo una cosa, togliti sta paura di essere malato, hai fatto tutti gli esami medici, hai sta ragazza, ok, proviamo le prime

volte così, leggiamo le emozioni, le sensazioni eccetera, man mano che la relazione si stabilisce con questa ragazza poi magari puoi anche dirglielo. E poi c'è un percorso da fare, cioè poi magari pian piano insieme allora poi lo utilizziamo meno, e magari hai un'alleanza con lei, si crea un legame e poi magari questa roba si scioglie del tutto, no?" [...] a volte [il farmaco] può essere usato come startup, come inizio, ma precisando che 'guarda che non è qui il problema, allora togliti la paura di avvicinarti ad una ragazza in questo modo, una volta che ti sei tolto, come dire, l'idea che è impossibile, allora poi ci lavoriamo sù (Intervistato 6, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo).

Quando il collega medico dice 'Guarda, dal punto di vista organico la persona sta apposto, è tutta una problematica legata appunto più alla relazione, a come è fatta la persona', perché è proprio un segnale importante anche per il paziente che capisce che bisogna muoversi proprio in una maniera olistica e non solo sul fisico. E allora, insieme al medico decidiamo comunque se inserire o meno un farmaco. Perché, anche a fronte di una non patologia organica conclamata, ci possono essere dei casi in cui il farmaco lo utilizziamo ugualmente per cercare di, anche questo in termini gergali, chiamiamolo credito al sintomo. Più un uomo è ossessionato dall'idea che lui deve avere dei tempi diversi di eiaculazione [più] sarà un uomo con cui non riuscirai a parlare di nient'altro se non 'Vabbè, ma io lo devo fare' ok? Ecco, se un uomo, invece, in qualche maniera tu dici 'Senta, utilizziamo il farmaco, non perché lei ne abbia bisogno ma perché in questo momento il farmaco le può dare una migliore gestione del sintomo, diciamo così, che però, non essendo un sintomo organico, il farmaco non può risolverle, ma noi nel frattempo lavoriamo su tutta una serie di aspetti e poi piano piano andremo a togliere il farmaco'. Quindi lo utilizziamo un po' appunto, come le ho detto, come tregua dal sintomo, in modo tale che con quella persona tu puoi fare un discorso diverso e nel frattempo hai messo un piccolo evidenziatore, diciamo così, alla sintomatologia e poi, piano piano, lavorando, si elimina anche il farmaco, questa è la nostra modalità d'intervento, questo è valido sia per l'eiaculazione precoce che per quanto riguarda il discorso dell'erezione, quando parlo di integrazione parlo anche di integrazione clinica di fatto (Intervistata 34, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa)

In questo senso i farmaci sono quindi ritenuti “degli ottimi sussidi” che occorre saper “proporre” nel modo giusto. Anche in questo contesto, dunque, si fa particolare attenzione all' “aspetto della prescrizione” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa), mettendo in risalto il valore aggiunto che l'effetto placebo, derivante da “una prescrizione fatta con convinzione” (Intervistata 35, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa), sembra conferire ai farmaci per le disfunzioni sessuali:

Non è tanto il farmaco a fare effetto ma come glielo somministri, sei tu il farmaco, per cui è la relazione che la persona e la coppia ha con te [...] è l'aspetto chiamiamolo così proprio della prescrizione ma bisogna prescriverlo molto bene, è l'effetto anche placebo del farmaco no? E quindi noi nella mia scuola utilizziamo il Prozac in queste situazioni [EP].

//Questo discorso vale immagino anche per i pde5i?//

Questo assolutamente sì, io comincio a dire alle persone “Adesso ne prendiamo un quarto e vedrà che funziona”, non gli dico “Provi (enfasi) con questo e vediamo come và”, gli dico proprio “Sono sicura che funziona!” (ride) però, soprattutto con quelli per l'eiaculazione precoce, ma comunque anche per il Cialis,

si, assolutamente perché poi vengono affiancati sempre e comunque da un counseling psicologico per cui li fornisco proprio delle strategie di presa di coscienza di consapevolezza di sé (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

Da quando sono arrivati i farmaci ho altri sussidi, sono degli ottimi sussidi e non dobbiamo negarli ed è per questo che è necessario poi un lavoro di equipe con l'andrologo che li possa prescrivere. Ma bisogna saperli proporre, conta tantissimo come (enfasi) lo proponi al paziente. Ci vuole una prescrizione fatta con convinzione e quindi l'attenzione che metti prima nell'ascolto della sua storia personale e l'attenzione che metti nello spiegare come funziona il farmaco e come inserirai il farmaco all'interno di un discorso integrato che è proprio più ampio no? (Intervistata 34, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

Sarebbe dunque l'offerta di una “terapia abbinata, cioè farmacologica insieme al counselling sessuologico [a dare] degli ottimi risultati” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa). Risultati ritenuti davvero effettivi, a dispetto della gestione esclusivamente medica descritta nel primo modello, perché prodotti da un lavoro terapeutico ritenuto capace di neutralizzare i rischi di una dipendenza psicologica e di mantenere comunque alta la *compliance* del paziente, che non si sente “abbandonato” dopo la prescrizione farmacologica:

Il rischio da dipendenza psicologica non si presenta se è seguito da noi psicologi, proprio le dico un no netto, nel senso che nel momento in cui io faccio un counseling sessuologico per una disfunzione erettile dove ho fatto una buona lettura della domanda, dove ho visto che per tutta una serie di elementi il counseling assieme all'utilizzo del farmaco è quello più efficace in quella situazione, quindi ho fatto un'ottima diagnosi, non mi crea assolutamente dipendenza perché lo gestisco io il farmaco, non lo gestisce la persona. Invece si ha una forma di dipendenza nel momento in cui la persona è lasciata da sola lì con il farmaco e ripone tutte le sue ruscite, tutte la sua efficacia e capacità dentro il farmaco, ma questo quando succede? Quando il medico non indaga a fondo, ti dice “provi questo, vediamo come va”, ma che sicurezza in te stesso vuoi che ti dia? Eh, nell'altro caso assolutamente no, ma proprio le dico no, e ne vedo tanti di questi perché lavorando con gli urologi proprio il 50% dei loro pazienti loro me li mandano proprio con la prescrizione del farmaco che abbiamo concordato che poi gestisco io eh, la cosa buffa è quella, ma secondo me è proprio questa la strada da seguire, ci vuole un buon counseling psicosessuologico che ti mette nella disposizione migliore per prenderlo quantomeno (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

A ben vedere quindi, il modello integrato biopsicosociale promosso dalla maggioranza degli psicosessuologi intervistati, pur sostenendo una alleanza collaborativa fra diversi professionisti di area medica e psicologica, non sembra andare nella direzione di una

divisione equilibrata degli spazi di azione-legittimazione fra le due categorie. “Per tipologia di formazione e di tempo da dedicare” infatti “lo psicosessuologo è più adatto a seguire, diciamo, in maniera più dedicata, in generale il paziente” purché esso abbia “ricevute le corrette direttive mediche” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

Se nel primo modello descritto lo psicosessuologo appare come una figura residuale, in questo secondo modello esso riafferma invece con forza la priorità del suo ruolo come unico specialista davvero capace di prendersi in carico tutte le tipologie di paziente, senza distinzioni per eziologia della problematica, età, status relazionale o esigenze di trattamento farmacologico dal momento che, non potendo “scindere il soma dalla psiche”, viene ritenuto sempre “assolutamente indispensabile”, in qualsiasi situazione, un lavoro di tipo psicosessuologico “sulla relazione, sulle emozioni e sul sentire” (Intervistata 44, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa).

5.3 Modello del sessuologo-medico

Il terzo e ultimo modello che emerge dall'analisi viene portato avanti da quei professionisti medici che posseggono un bagaglio di competenze certificate in ambito sessuologico. Si tratta di un piccolo gruppo di intervistati, in totale cinque professionisti che, pur nella diversità delle singole specializzazioni mediche, dalla medicina di base alla psichiatria passando per la ginecologia e l'andrologia, sono accomunati dal fatto di avere anche una competenza quadriennale certificata in sessuologia che li porta a definirsi, e a lavorare in larga misura, come dei sessuologi¹²⁸.

Anche in questo caso viene riconosciuta l'evidenza multicausale psicosomatica e somatopsichica delle disfunzioni sessuali ma non gli sviluppi diagnostico-terapeutici

¹²⁸ Sulla base di questo criterio non sono stati inseriti in questo gruppo quei professionisti andrologi, tre in tutto, che pur avendo conseguito una preparazione sessuologica non si considerano sessuologi e ritengono la pratica andrologica la loro professione di riferimento. La loro visione ed esperienza non è quindi riconducibile a questo modello

avanzati dall'approccio integrato sovradescritto all'interno del quale, per quanto si imposti un rapporto collaborativo di fondo, di fatto si continua a mantenere una netta differenziazione dei confini professionali tra medici e psico-sessuologi che sembra poi risolversi a favore di una gestione controllata maggiormente da questi ultimi e da una impostazione terapeutica in cui è centrale il ruolo della psicoterapia. Pur non escludendo a priori l'eventualità di una collaborazione con altre figure professionali, "l'idea del modello integrato dove il paziente saltella da un sapere ad un altro" (Intervistato 23, endocrinologo con competenze andrologiche, sessuologo) non sembra convincere a pieno il sessuologo che preferisce detenere il monopolio, e la responsabilità, sulla diagnosi e sulla terapia e fa proprio di questo monopolio uno dei suoi cavalli di battaglia:

Un problema organico non è mai puramente organico ma c'ha sempre una componente di ansia, o di disagio, cioè se io ho una difficoltà erettile perché sono diabetico anche se io so che è colpa del diabete [...] avrò comunque una reazione psicologica negativa del tipo "Ho paura di fare l'amore perché mi viene male, mi sento a disagio perché so di avere questa malattia che mi impedisce di godere dei momenti di intimità". Io questo ce l'ho comunque, anche se l'origine della disfunzione sessuale, è chiaramente organica, ci siamo? Di conseguenza se ci si pone bene la questione di chi è che cura le disfunzioni del comportamento sessuale, io le devo dire che un approccio, diciamo così, multifattoriale, cioè più specialisti, eh, questo ovviamente è difficile, perché a) devono essere persone tutte nella stessa zona affinché il paziente le ritrova; b) devono essere molto affiatate, abituate a lavorare insieme, abituate a fare degli scambi clinici dove ci si scambia ma in maniera, voglio dire, molto efficace i dati sui pazienti eccetera eccetera, senza prevaricazioni; c) deve essere fatto in maniera tempestiva. E poi chi è che decide? E anche il paziente, poi, che comunque vede più teste, che idea si fa? Quali preferenze può sviluppare? Eh, insomma sono cose che non vanno prese sottogamba, quindi questo è un pochino il limite secondo me che io credo ci sia in Italia [...] ora, sì, anche io capita che mi rivolga [ad altri professionisti] perché comunque lo [il paziente] mando a fare degli esami, capita quindi spesso eh, ma è un consulto, non un brainstorming, per intenderci sulla scelta dei farmaci poi quando escono i nuovi, che so, ora c'è lo Spedra, a me non piace tanto, gli urologi hanno sempre detto che il Viagra dà più rigidità e io vado a fidarmi di quello che mi dicono i miei colleghi urologi e quindi è grazie a loro che.. Però comunque no, mi limito a questo cioè, quello che le dicevo prima, secondo me è meglio, sarà che appunto ci ho costruito la mia carriera sopra e quindi sono di parte, non voglio dire che altre modalità di, cioè, il gestire un paziente in equipe no? Spesso magari un continuo confronto a più teste, anzi può essere anche più, non so, più costruttivo forse, non so, ma io offro la garanzia di una comprensione a 360° gradi e la responsabilità, come dire, delle mie decisioni no? Cioè è molto importante secondo me che il paziente abbia fiducia nel suo terapeuta, di avere a che fare con uno che sa (enfasi) cosa fare diciamo, sa maneggiare i farmaci ma è anche attento a tutto il discorso della terapia, senza doversi sempre consultare insomma, io non lo vedo come un punto di forza, altri sì, ma questa è la mia opinione certo di parte (ride) (Intervistata 43, ginecologa, sessuologa).

Le disfunzioni sessuali hanno la caratteristica di essere delle disfunzioni che non possono non avere a che fare con la sfera dell'intrapsoichico, con la sfera del relazionale, con la sfera dello psicoendocrino, con la sfera di una medicina olistica che tenga presente questi aspetti anche di tipo psicologico [...] viene detto in una maniera un po' fabulistica, "Si fa un confronto tra i vari specialisti e si arriva alla diagnosi". [...]

questo è nell'interesse dello psicologo, ma non è nell'interesse del paziente. Quello che io propongo in alternativa al cosiddetto modello integrato è quello che più banalmente chiamo modello olistico. [...] è un modello culturale che prevede che ci sia qualcuno a tirare le fila di un approccio multidisciplinare e che questo qualcuno non possa essere definito sulla base di un'etichetta, quindi non il medico e basta, non lo psicologo, non il sociologo, non il mago zurli, ma quello che di più ne sa e che quindi in ogni caso avrei piacere fosse un medico adeguatamente formato in sessuologia, ma proprio per buon senso no? [...] un responsabile unico che sia responsabile del rapporto medico-paziente che è un rapporto per l'appunto un rapporto medico(enfasi)-paziente! Ci vuole uno che abbia la responsabilità del gesto diagnostico e del gesto terapeutico [...] Ci vuole quantomeno un bravo andrologo che si è sufficientemente reso edotto di questa complicata sfera che è la salute sessuale. E allora non si ha più bisogno d'altro capisce? Abbiamo già una figura che è perfettamente in grado di inquadrare il paziente, maneggiare i farmaci e fare il giusto counseling, anche alla coppia. [...] un'idea di collaborazione con altri saperi, che però non deve essere una cosa orizzontale perché la cosa orizzontale è esclusivamente nell'interesse degli specialisti e non nell'interesse del paziente. Cioè se io dico che ogni paziente che viene nel mio studio deve essere anche visitato da uno psico-sessuologo, cosa che io non sono perché non sono psicologo, ma se io dicessi una cosa di questo genere farei sicuramente l'interesse dello psicologo che sarebbe ben contento di visitare così tanti pazienti, ma non farei l'interesse del mio paziente perché in moltissime circostanze la mia esperienza clinica e la mia formazione mi permettono di avere un quadro molto chiaro della situazione e di non avere nessun bisogno di avere un intervento altro, così, la stessa cosa per quello che riguarda, che le posso dire, un paziente impotente che viene con il colesterolo alto non è che ho bisogno del cardiologo per farmi dire che il paziente deve cambiare stile di vita e deve prendere le statine [...] un buon sessuologo medico dovrebbe avere un sapere sessuologico omnicomprensivo e olistico che gli possa permettere di essere al vertice di questa catena alimentare, per così dire, all'interno della quale il paziente può anche essere ascoltato da varie competenze, ci mancherebbe, ma deve essere fatto nell'interesse del paziente, e non per far mangiare più persone possibili, ripeto, il modello che io propongo è un modello formato, molto formato, molto colto, molto capace [...] se uno si occupa di sessuologia e non sa di sociologia, storia delle religioni, neurologia, ematologia, radiologia, cardiologia, endocrinologia, filosofia, psicologia, psichiatria e si occupa di disfunzioni sessuali dovrebbe essere arrestato per esercizio abusivo della professione, ok? [...] quando ci si vuole interfacciare con la più delicata delle dimensioni umane, che è quella sessuale, non si può pretendere di, come dire, di definirsi responsabili di questo processo terapeutico se non si hanno caratteristiche culturali fuori dal comune (Intervistato 23, endocrinologo con competenze andrologiche, sessuologo).

L'approccio che accomuna questi specialisti, pur nella diversità dei loro background, sembra mantenersi a distanza, per così dire, dagli “eccessi organicisti” e quelli potenzialmente afferenti al versante più psicologico. “La medicina per dire che un soggetto è affetto da eiaculazione precoce deve stabilire un parametro che è quello temporale, io lo trovo un po' un eccesso organicista quello di doversi attenere al dato, così, quantitativo se vogliamo” sottolinea, da un lato, un sessuologo medico intervistato (37, ginecologo, psicoterapeuta, sessuologo). Allo stesso tempo però, come già evidenziato, si esprimono forti dubbi circa la competenza psicologica, considerata ancora poco scientifica ed evidence-based:

Se il mio problema di deficit erettile era poco psicologico e molto medico, oppure medico ma difficile da comprendere, tutto sta a sperare che lo psicologo sia andato al corso di sessuologia e che al suddetto corso abbiano parlato di queste cose cose dal punto di vista medico, ma anche se fosse? Mica ti dà il diritto di utilizzare dei farmaci. Sono molto cattivo ma sono molto realista, perché purtroppo la sessuologia è diventata un terreno dove tutti cercano di mangiare ma quando succedono queste cose non sempre va bene. Sono rare le figure che hanno una esperienza a 360°, ci sono ma sono poche, e dovremmo puntare alla formazione di medici educati, anzi dedicati (enfasi) alla sessuologia, a tutto il discorso soprattutto del counseling, informativo, riabilitativo eccetera [...] è un problema secondo me aver aperto agli psicologi l'ambito della sessuologia (Intervistato 5, psichiatra, psicoterapeuta, sessuologo).

La figura psi non è detto che abbia chiaro che il diabetico possa avere una microangiopatia o un problema di danno a livello periferico o nervoso tale per cui esso possa avere un danno anche a livello erettile [...] tendenzialmente i sessuologi sono più facilmente psicologi, sì, ce ne sono di più, è uno sbocco più intrapreso diciamo, qualcuno infatti si definisce psico(enfasi)-sessuologo ma così vai proprio a enfatizzare una scissione che proprio a mio parere non ci dovrebbe essere [...] prendiamo l'analista, lo psicoanalista che ha appunto un indirizzo analitico poi magari si fa la scuola e sulla carta sembra possa fare il sessuologo ma se mantiene poi quella impostazione primaria, ma non è proprio detto, nel senso che poi da me arrivano persone che sono state 10 anni in analisi e la parte sessuologica è stata davvero poco scalfita (Intervistata 20, medico medicina generale, sessuologa).

L'idea di fondo in questo terzo modello dunque è che un medico che abbia svolto un adeguato training sessuologico sia perfettamente in grado, nella maggioranza dei casi, di prendere in carico non solo il singolo paziente ma anche la coppia, lasciando allo psico-sessuologo solo quei casi selezionati che si ritiene necessitino di una psicoterapia più radicale. Questo però non si traduce in un ritorno ad una pratica diagnostica minimalista orientata verso la farmacologizzazione del disturbo in chiave individualizzante come nel primo modello presentato. A livello diagnostico il sessuologo sembra essere in grado di accentrare nelle sue mani una proposta olistica che prevede la combinazione fra una anamnesi sessuologica approfondita e indagini strumentali di secondo livello. Per quanto riguarda la terapia, oltre ad un “reinquadramento di tipo educativo-cognitivo” (Intervistata 20, medico medicina generale, sessuologa) troviamo di nuovo una linea di intervento farmacologica che viene costruita in base alle preferenze del paziente. Pur riconoscendo una estrema efficacia dei farmaci, si ripropone la metafora dei farmaci come delle “armi a disposizione” ma delle “armi molto spuntate” (Intervistato 37, ginecologo, psicoterapeuta, sessuologo) e quindi poco efficaci senza il contributo di una “comprensione più ampia”

(Intervistato 37, ginecologo, psicoterapeuta, sessuologo). La loro somministrazione non rispecchia quindi un'ottica *quick-fix* al bisogno che, anzi, viene particolarmente criticata:

Ok, abbiamo una pastiglia che va bene nel 99% dei casi di patologie che ci sono, ho capito, e però a me interessa capire comunque perché quella persona ha quel problema, cioè perché? Sì, io glielo posso curare in quattro e quattr'otto, però senza sapere diagnosticamente qual'era la causa del problema? Io non lo trovo corretto, proprio da un punto di vista espressamente medico. [...] Se vado dal medico di base e [...] mi dà la pillolina e non va oltre, certo me l'ha risolto il problema ma non sappiamo mica perché avevo questo problema [...] e rischi anche di creare delle persone dipendenti dal farmaco [...] Perché il farmaco funziona, eh sì, ma se il farmaco diventa l'unica espressione della terapia, eh, diventa l'unico mezzo per cui quell'uomo riesce ad avere dei rapporti sessuali soddisfacenti per cui durerà per il resto della sua vita [...] sarà on demand, ma per il resto della sua vita ad ogni rapporto sessuale lo userà” [...] Quando i medici capiranno che non basta prescrivere un farmaco ma è necessario proprio andare a costruire una relazione che dia la possibilità all'individuo di parlare dei propri problemi, dei propri sentimenti aiutandolo a comprendere la sua situazione e fare delle scelte che sono quindi autonome ecco questo, questo è un buon sessuologo. Il farmaco è utilissimo ma deve essere inserito in un contesto di counseling, di coppia, di follow up (Intervistato 5, psichiatra, psicoterapeuta, sessuologo)

La proposta terapeutica farmacologica viene così inserita in un'ottica di *follow-up* finalizzata ad ottimizzare la *compliance* dei pazienti al farmaco evitando in questo modo i rischi, speculari, di abbandono del farmaco per “poca convinzione” o di dipendenza psicologica da esso. Anche qui il farmaco viene spesso inteso come uno strumento utile per arginare il manifestarsi del sintomo sessuale. Alla prescrizione farmacologica viene quindi accompagnato un lavoro di *counseling* e/o di *sex therapy* che in questo frangente sembra assumere una valenza più “educativo-comportamentale” che psicoterapica ed è quindi più agevolmente impostabile sia a livello individuale che di coppia, senza che la cornice di coppia diventi una “forzatura” (Intervistata 20, medico medicina generale, sessuologa) per i soggetti che, pur stando in relazione, non sono disposti a condividere questo ambito così delicato e intimo.

Questa impostazione sembra risultare particolarmente utile con un disturbo come l'eiaculazione precoce, spesso descritto in termini di “mancato apprendimento” (Intervistata 43, ginecologa, sessuologa) del modo corretto di portare a termine un rapporto sessuale soddisfacente:

[In caso di EP] Si può agire con dei farmaci [...] che aiutando, sostenendo l'erezione in maniera farmacologica, per esempio, consentono a un paziente particolarmente ansioso di iniziare il percorso

terapeutico con gli strumenti della terapia comportamentale, cioè gli esercizi comportamentali [...] io per trattare un paziente con un'eiaculazione precoce ho a disposizione una serie di esercizi fisici, io scherzando li chiamo spesso un piccolo kamasutra, ho una serie di esercizi fisici che il paziente fa un po' da solo un po' con la compagna, che aiutano a migliorare la percezione degli stimoli, aiutano l'autocontrollo eccetera eccetera. Se una persona ha un'eiaculazione precoce talmente precoce da non poter fare gli esercizi, tanto tempo fa' si davano degli psicofarmaci per aiutare il controllo, un po' per l'ansia un po' perché abbiamo scoperto dopo lo psicofarmaco ha l'effetto collaterale, che può essere positivo o negativo secondo i casi, di rallentare la risposta orgasmica, proprio come cosa farmacologica, quindi un tempo si usava quello, ora si usano i farmaci specifici [...] [l'EP] è un mancato apprendimento, cioè io non riesco a stare con le sensazioni premonitrici dell'orgasmo, non riesco a stare con delle forti sensazioni erotiche perché non ho imparato a riconoscerle, non ho imparato a riconoscerle, come succede nelle persone giovani, perché non ho avuto esperienze o perché l'ansia mi ha portato a bloccarle, non riconoscendole, non avendole sentite, non avendole riconosciute, non le posso controllare, d'accordo? [...] È proprio una questione, un discorso di apprendimento [...] tant'è vero che la terapia, gli strumenti terapeutici che noi usiamo per l'eiaculazione precoce si basano su questo, sono degli esercizi che portano il paziente, espongono il paziente allo stimolo eccitatorio sessuale in maniera graduale, di modo che nel tempo si possa riuscire a riconoscerlo e una volta riconosciuto si comincia a esercitare un controllo” (Intervistata 43, ginecologa, sessuologa).

[In caso di EP] Io faccio innanzitutto un reinquadramento di tipo educativo-cognitivo, cercando di capire che cosa fanno, quali sono le loro convinzioni e quindi partire da quello che loro già fanno per ridimensionarlo, per ampliarlo, per così, per dare anche strumenti di conoscenza su come sono fatti loro, su come sono fatte le ragazze, perché se nella loro testa la ragazza è quella che appena loro penetrano comincia a mugolare anche là c'è un confronto con una figura femminile assolutamente scollegata dalla realtà e questo capita a entrambi e mi chiedo ma dove te la sei sognato? [...] posso prescrivere farmaci e lo faccio, devo dire anche che se non mi viene richiesto sto abbastanza un passo indietro nel senso che da me è difficile che si esca con una prescrizione di un farmaco e non lavorare sul perineo, sulla respirazione, sulla rigidità muscolare, sulla capacità di lasciarsi andare, sulla fluidità eccetera eccetera, questo non capita praticamente mai (Intervistata 20, medico medicina generale, sessuologa)

Tale modello dunque non presenta forti dissonanze con il modello biopsicosociale tanto che può essere inteso come una sua variante, in cui è presente però una significativa deriva giurisdizionale. Pur partendo dagli stessi presupposti di base, si ridimensiona il ruolo preponderante che in esso vi assume lo psico-sessuologo a favore di una gestione diagnostico-terapeutica di nuovo incentrata nelle mani di una figura professionale medica per certi versi innovativa e ibrida poiché competente anche sul versante sessuologico, ma proprio per questo considerata “una specie ancora rara” (Intervistato 23, endocrinologo con competenze andrologiche, sessuologo).

Conclusioni

Questo lavoro di tesi dottorale si è posto l'intento di esplorare alcune delle traiettorie tracciate dal fenomeno della medicalizzazione della sessualità maschile in Italia, inserendosi in un filone di ricerca che ha individuato proprio nell'avvento della “rivoluzionaria” pillola blu un nuovo e fondamentale capitolo nella “storia dell'impotenza” (McLaren, 2009). Il Sildenafil (Viagra) è stato infatti inserito fra le più significative conquiste del XX secolo (Baglia, 2005; Rifelli, 2014) e la sua portata radicale, al contempo terapeutica e culturale, ha aperto definitivamente le porte alla stagione dei *sexuopharmaceuticals* (Tiefer, 2006; 2007; 2008). In particolare l'ambito di studi detto dei “Viagra studies” - focalizzandosi principalmente sulle rappresentazioni mediatiche, sulle *policies* e sulle esperienze di consumo - ha analizzato questi farmaci come oggetti culturali cogliendo nei processi relativi alla loro produzione e diffusione un caso eloquente di costruzione della maschilità attraverso pratiche (bio)medicalizzate (Mamo, Fishman, 2001; Tiefer, 2007, Preciado, 2008; Ferrero Camoletto, Bertone, 2016).

Rispetto a questa letteratura, l'obiettivo di questo lavoro è stato quello orientare l'attenzione verso gli intrecci di *mutual shaping* tra l'espansione diagnostico-terapeutica delle problematiche sessuali maschili e le dinamiche giurisdizionali dei principali saperi-esperti implicati nella loro gestione, proprio al netto di una crescente spinta consumerista nei confronti di una farmacologizzazione che si pone sempre più a cavallo fra finalità di cura e ambizioni di potenziamento.

Allo stesso tempo, attraverso un ampliamento del focus empirico dal classico “caso Viagra” a quello meno studiato dell'eiaculazione precoce – che rappresenta un rilevante caso di comparazione in quanto oggetto di un processo di farmacologizzazione dai risvolti più deboli – si è cercato di fornire una lettura maggiormente articolata rispetto ad una visione del farmaco come propulsore di una medicalizzazione lineare e progressiva a favore della sola categoria medica.

In quest'ottica, l'indagine presentata ha voluto consegnare un quadro delle forme che l'introduzione nel contesto italiano dei *sexuopharmaceuticals* ha assunto nel ridefinire, insieme a spiegazioni eziologiche e pratiche diagnostico-terapeutiche, anche confini e competenze professionali.

La disponibilità del Viagra e dei suoi successori per la disfunzione erettile, così come degli antidepressivi tradizionali usati *off-label* e successivamente della Dapoxetina per l'eiaculazione precoce, ha infatti influito sull'espansione diagnostico terapeutica delle suddette problematiche intervenendo in maniera incisiva sulle dinamiche giurisdizionali (Abbott, 1988) dei professionisti della salute sessuale. I dispositivi farmaceutici in questione hanno dunque avuto un ruolo chiave nell'espansione di quella che Furedi (2004: 122-28) ha definito come “professionalizzazione della vita quotidiana”.

I professionisti della salute sessuale, sia medici che psicologi, come si è mostrato, hanno cercato di adattarsi, sfruttare, assimilare o, quantomeno, non lasciarsi del tutto travolgere da quella che è stata definita come una specifica “forza” dell'opzione farmacologica. Il richiamo del *magic bullet* sembra, infatti, aver garantito un generale maggiore afflusso in tutti gli studi specialistici di pazienti-consumatori, andando ad influire in maniera significativa sul processo diagnostico-terapeutico di fatto sempre più ibrido e relazionale poiché fortemente legato al vissuto soggettivo di *illness* dei pazienti. Questi ultimi vengono rappresentati come soggetti che, non senza difficoltà ad ammettere un problema di natura sessuale, sono attirati sia dall'attrattiva di poter avere una “spinta extra” (Loe, 2004a: 80) riabilitativa, integrativa o potenziante, sia dalla spesso conseguente necessità di superare, meglio convivere con o non aderire del tutto ad una sessualità farmaco-mediata.

Come si è visto, il farmaco viene descritto, di volta in volta, come: il volano di una intera professione, una pillola miracolosa, una dose di mascolinità, una spinta extra, una scorciatoia senza sbocchi, una stampella da cui si rischia di non potersi più staccare, un utile alleato, un'arma “spuntata” che deve essere attivata. In tutte queste metafore sono evidenti gli sforzi di auto-legittimazione e riposizionamento dei professionisti che operano in questo ambito, i quali condividono l'obiettivo di “disciplinare” le reazioni psico-fisiche e i comportamenti sessuali di coloro che, chiedendo il loro aiuto, sono disposti ad impegnarsi in

un lavoro, più o meno impegnativo, di monitoraggio, cura e miglioramento delle proprie performance in modo da (ri)ottenere una supposta normalità sessuale, relazionale e identitaria.

In generale viene riconosciuto quindi ai *sexuopharmaceuticals*, indipendentemente dalla loro effettiva efficacia, il merito di aver diffuso l'idea che si possa (finalmente) intervenire “concretamente” sulle problematiche sessuali, diminuendo di fatto le “scuse per non essere sempre sessualmente attivi e desiderosi” (Loe, 2004a: 174).

In questo senso l'avvento del Viagra – che ha consacrato la mentalità *quick-fix* in relazione alle problematiche sessuali – autorizza ad introdurre un elemento diacronico necessario per meglio inquadrare il carattere interdipendente e processuale delle dimensioni che vanno a strutturare i modelli diagnostico-terapeutici delineati nei capitoli empirici. Così, le diverse impostazioni descritte – il modello riduzionista-sequenziale, il modello integrato biopsicosociale e il modello del sessuologo-medico – sono state osservate non solo nella loro sincronicità ma anche come tappe di un processo caratterizzato dal succedersi nel tempo, in un rapporto dinamico e co-costitutivo, di diverse spiegazioni eziologiche, definizioni diagnostiche e proposte terapeutiche.

Infatti, si nota come gli orizzonti di azione-legittimazione delle categorie professionali prese in considerazione, tramite un continuo confronto con le professioni attigue e con i pazienti-consumatori, si strutturino attorno alle opportunità e alle fragilità intrinseche del processo di farmacologizzazione del campo della sessualità maschile, rafforzandosi o perdendo mordente rispetto a ciò che questi particolari dispositivi terapeutici hanno, nel tempo, offerto, precluso, promesso e, più o meno, mantenuto.

In quest'ottica è interpretabile dunque lo stretto collegamento tra farmaci, ancoraggio eziologico organicista e giurisdizione professionale della categoria andrologica. Quest'ultima è stata senza dubbio agevolata nel suo progetto di posizionarsi come la controparte maschile della ginecologia dall'esistenza di farmaci specifici per delle problematiche per le quali, in generale, in passato “non si sapeva che pesci pigliare” (Intervistata 16, endocrinologa con competenze andrologiche) o, come nel caso dell'EP, si era costretti a ricorrere all'uso *off-*

label di soluzioni pensate per altri ambiti.

La forza di attrazione di questi farmaci è però considerata ambivalente dai medici. Da un lato infatti si riconosce una maggiore “semplicità” di fondo del loro lavoro dove ormai, limitatamente alle problematiche in oggetto, “ci si gioca quasi tutto sull’anamnesi” (Intervistato 2, endocrinologo con competenze andrologiche). Dall'altro, non si accetta di ridurre l'atto della prescrizione ad un “distributore automatico [di farmaci]” (Intervistata 16, endocrinologa con competenze andrologiche), rivendicando con forza il ruolo dell'andrologo, per certi versi quasi taumaturgico, di “counselor ad honorem” (Intervistato 13, urologo con competenze andrologiche) capace di garantire al meglio la *compliance* del paziente verso dei farmaci per i quali si sottolinea il forte rilievo dell'effetto placebo, inevitabile quando si ha a che fare con problematiche così profondamente legate alla qualità della vita, in questo caso sessuale e relazionale.

È proprio la questione della *compliance* ai farmaci finisce per rivelarsi un punto di forza anche per le altre professioni che agiscono all'interno del campo della salute sessuale maschile, evidenziando dunque come la supposta emancipazione dall'inadeguatezza non si possa più basare sulla scelta del migliore dispositivo farmacologico da parte di una figura medica specialistica che funge da *gatekeeper*. “I farmaci placebo sono come meteore, durano un periodo, poi cadono” (Intervistato 42, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo) è infatti l'opinione condivisa da quelli psicosessuologi che, lamentando delle “invasioni di campo” compiute dai medici attraverso un uso non strettamente terapeutico dei farmaci, ritrovano proprio nelle debolezze intrinseche caratteristiche della gestione farmacologica una occasione per rinnovarsi come categoria che lavora solitamente in seconda battuta.

Ma è nel tentativo di superare “gli eccessi del psicologismo e della medicalizzazione” (Simonelli, 2006: 10), compiuto in seno al modello biopsicosociale, che si ravvisa una vera innovazione – diagnostica, terapeutica e giurisdizionale – nella direzione di quella che Furedi (2004) ha indicato come “normalizzazione della terapia”.

In questo contesto, si è visto, si ritrova: sia una maggioranza di psicosessuologi che riesce a estendere la portata del suo raggio d'azione - oltre ad un contributo di secondo livello tipico

del modello sequenziale appena rivisto - tramite una modalità di intervento che poggia su un rapporto maggiormente collaborativo con il medico, quantomeno nella condivisione del percorso diagnostico e, dal punto di vista terapeutico, è capace di inglobare, riadattare, e spesso anche gestire, la risorsa farmacologica; sia la “specie ancora rara” (Intervistato 23, endocrinologo con competenze andrologiche, sessuologo) del sessuologo di impostazione medica che, forte della sua formazione a 360°, si presenta come in grado di accentrare la “responsabilità del gesto diagnostico e terapeutico” (Intervistato 23, endocrinologo con competenze andrologiche, sessuologo).

In entrambi i casi si nota come l’“imperativo terapeutico” (Furedi, 2004; cfr. Jackson, Scott, 2010; Cacchioni, 2015) venga promosso e applicato non solo, e non tanto, per il superamento di una condizione patologica/patologizzata quanto per l'ottenimento di un più generale stato di (normale) benessere sessuale. Se, come nota Furedi (2004: 123) “la gestione di normali forme di interazione sociale viene spesso rappresentata come qualcosa di difficile e complicato” allora si comprende come anche la sessualità “sia stata intrappolata nel motore razionalizzatore della modernità” (Jackson, Scott, 2010: 61) e richieda sempre più un “training” da parte di un sapere-esperto sessuologico specialistico. Quest'ultimo, promuovendo un paradigma olistico/biopsicosociale, si pone come vero e proprio “mediatore dell'esperienza” (Furedi, 2004: 127), necessario non solo per curare chi è malato, ma anche indispensabile per la conduzione di una vita normale e di rapporti sani, arrivando dunque al pieno compimento di quello che Furedi (2004: 123) definisce come processo di “professionalizzazione della vita quotidiana”:

“La convinzione che per la conduzione dei rapporti quotidiani occorran particolari competenze ha dato all'esperto la possibilità di colonizzare il mondo delle relazioni personali. Questa chiara tenenza alla professionalizzazione della vita quotidiana si è instaurata fin dall'inizio della modernità, ma dopo gli anni sessanta ha subito una accelerazione impressionante [...] Oggi si ricorre ai consigli dei professionisti per ogni aspetto, anche intimo, della vita quotidiana, dalla nascita alla scuola al matrimonio alla carriera e al lutto. Questo processo di professionalizzazione ha una importante dimensione terapeutica. Le conoscenze degli esperti di relazioni sono orientate alla gestione delle emozioni del 'cliente' [...] In quanto mediatori dell'esperienza, i professionisti non possono fare altro che modificare i rapporti fra le persone [...] [attraverso] il diffondersi di una intimità contrattuale e di una collaborazione procedurale, trasportata dalla sala riunioni alla camera da letto e poi ancora alla sala riunioni” (Furedi, 2004: 123, 127).

Arrivati a questo punto si apre lo spazio per una riflessione conclusiva che introduca, sotto forma di interrogativi di ricerca futuri, i confini di un lavoro nel quale l'approfondimento delle dinamiche di co-costruzione fra diagnosi e giurisdizioni ha per certi versi portato a sacrificare un approccio *gender-oriented* e *gender-sensitive*. In particolare, la scelta di mantenere sullo sfondo i rapporti tra medicalizzazione, professionalizzazione e costruzione delle mascolinità contemporanee – soprattutto in termini di confronto/scontro con una maschilità egemonica che si declina attraverso la performance sessuale – è stata consapevolmente dettata dal riconoscimento che questi temi meritano certamente una trattazione non solo di più profondo spessore ma anche maggiormente autonoma.

Un nodo euristico di rilievo che dunque si propone come prospettiva di ricerca futura è proprio quello che, a partire dalla considerazione di questi limiti, intenda sviluppare la dimensione della “produttività tattica” (Foucault, 1976/2010: 91) di soggettività incorporate alla luce dei meccanismi di normalizzazione e naturalizzazione sottostanti alla patologizzazione (e conseguente terapizzazione) dell'inadeguatezza sessuale maschile.

Il percorso proposto in questo lavoro e discusso nelle premesse teoriche individua nella diagnosi la lente attraverso la quale osservare anche questi processi. La diagnosi, infatti, fornisce “a cultural expression of what society is prepared to accept as normal and what it feels it should be treated” (Jutel, 2009: 279).

A ciò si ricollega, in conclusione, una riflessione su quella che Tousijn (2013: 191) chiama la “questione dei fini del professionalismo” e su quanto tale questione sia fortemente connessa proprio alla normalizzazione dell'imperativo terapeutico (Furedi, 2004; cfr. Jackson, Scott, 2010; Cacchioni, 2015). In questo contesto infatti pare proprio che l'esaltazione della supposta soluzione “rivoluzionaria” rappresentata dai farmaci abbia in qualche modo messo in secondo piano una visione di insieme sulle “finalità della prestazione” (Tousijn, 2013: 191).

Del resto, dal momento in cui il concetto stesso di salute è venuto a coincidere con quello di benessere fisico, psicologico e sociale, sia come diritto che come risorsa¹²⁹, il fulcro della

¹²⁹ Si fa riferimento in questo contesto alle definizioni di salute ratificate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in particolare quella del 1948 che vede nella salute “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità”. Nella Dichiarazione di Alma-Ata del 1978 si aggiunge la salute tra i diritti umani fondamentali e nel 1986 la Carta di Ottawa pone la salute come

scena si è innegabilmente spostato sempre di più dalla cura al miglioramento della qualità della vita (Clarke et al., 2003; 2009; Rose, 2007; 2008). In questa cornice, si rivela dunque necessario adottare una prospettiva critico-riflessiva poiché “l'enfasi sulla soluzione dei problemi non può ignorare [la loro] impostazione” (Schön in Tousijn, 2013: 191).

In questo senso dunque l'analisi dei repertori diagnostico-terapeutici impiegati permette di vedere come, indipendentemente dalle differenze eziologiche e interventistiche, essi siano in primo luogo costruiti in funzione di “piselli che non durano e che non sono duri abbastanza” (Intervistato 27, urologo con competenze andrologiche) rispetto a standard che, pur essendo in continua definizione, sono al tempo stesso presentati come ovvi e difficilmente eludibili. Come infatti sottolinea Johnson (2010: 239) “within our dominant culture, ejaculation and the mechanisms of time and performance define 'success', which in turn cause this imperative to become the embodiment of men's masculinity”.

Dunque, a livello terapeutico, sia che ci si concentri su una prescrizione della pillola magica adattabile ad ogni paziente con una precisione sartoriale, sia che si proponga un “percorso rieducativo all'eros e all'affetto, allo stare in relazione” (Intervistata 38, psicologa, psicoterapeuta, sessuologa), il punto di partenza comune è il “fallo fallato” (Rifelli, 2010: 19) e una concezione della maschilità egemonica che richiede un grosso investimento prestazionale da parte degli uomini lungo tutto il corso della loro vita (Bordo, 1999; Connell, Messerschmidt, 2005; Gott, 2005). È questo, infatti, il vissuto di *illness* che gli esperti intervistati attribuiscono al paziente, rappresentandolo come un soggetto non soddisfatto di non poter performare un coito adeguato, che quindi si trova a fare i conti con il fallimento della propria maschilità all'interno di un modello androcentrico sostenuto da un imperativo coitale e orgasmico (Potts, 2000b; Gavey, 2006; Jackson, Scott, 2010; Johnson, 2010; Frith, 2015).

Ed è precisamente su questa sensazione di inadeguatezza e insoddisfazione, sottendente una associazione implicita tra salute, maschilità e potenza sessuale che, si è visto, si innestano le principali direttive dell'espansione e della flessibilità diagnostica delle problematiche sessuali maschili.

“risorsa” per lo sviluppo (Turchi et al., 2007: 19-21).

Una volta abbassata la soglia di ciò che viene considerato disfunzionale, si riduce la tolleranza verso qualsiasi tipo di debolezza o insicurezza legata alla condotta sessuale, incentivando in questo modo una massiccia terapizzazione dell'*underperformance* maschile. Così, sottolineano Jackson e Scott (2010: 65; 97-98):

Despite the elaborate and varied sexual practices recommended in modern sex manuals, the syntax of heterosexual sex has largely remained unaltered: intricate foreplay still leads ultimately to coitus. However skilled a man might be with hands or tongue, if his penis is not up to it, he has failed in his performance. This is the focus of most male sexual anxiety and most of the therapy on offer to men has taken the form of elongating the sexual sentence (Bardeleben et al. 1989; Scott and Freeman 1995), deferring coitus while the man learns control – but successful coitus is still the aim [...] Sexual fulfilment has come to be seen as a life-goal in itself – the key to personal happiness (Heath 1982). More than physical sexual satisfaction is sought as both sex and the relationship itself become projects to be worked at and worked upon with the assistance of self-help book and expert advice. This is accompanied by an increased medicalization of sex and a broadening of the definition of what constitutes sexual dysfunction. Indeed, the idea of ‘functionality’ can intensify performance pressures; it is no longer enough to be normal, the goal is optimal functionality [...] A successful heterosexual must seek out sex and perform it well.

Per quanto infatti si deve riconoscere, soprattutto (se non esclusivamente) nel contesto psico-sessuologico, l'esistenza di proposte terapeutiche che si discostano dall'etica della prestazione per orientarsi verso concezioni e pratiche maggiormente sperimentali, egualitarie, intime e contestualizzate della sessualità e delle relazioni di genere, permane la sensazione che si preferisca continuare a “promettere soluzioni per problemi di insoddisfazione che – [in fondo] – si contribuiscono a creare” (Magaraggia, Blatterer, 2012: 197). Rimane ancora da percorrere fino in fondo dunque la strada verso una reale rottura della “sintassi eterosessuale” (Potts, 2000b; Jackson, Scott, 2010; Frith, 2015) che forse sarebbe necessaria per emanciparsi da una delle principali “gabbie” della maschilità, ovvero quella che collega in maniera così netta la definizione identitaria di genere con l'abilità sessuale (Bordo, 1999; Johnson, 2010; Ruspini, Fagiani, 2011: 13).

Appendice 1.

Traccia Intervista

A) Percorso formativo e professionale – definizione settore andro- e psico-sessuologico

- Potrebbe dirmi innanzitutto quanti anni ha, raccontarmi brevemente del suo percorso di formazione e dirmi attualmente in che struttura lavora?

- Attualmente nel contesto italiano, quali sono le figure professionali competenti che si occupano, o si dovrebbero occupare, di salute sessuale maschile?
 - come funziona il rapporto fra questi diversi specialisti? (anche rispetto alla sua esperienza professionale)
 - i medici di medicina generale come sono inseriti in questo contesto?

- Ho notato che si parla genericamente di andrologo/(psico-)sessuologo. Come mai c'è un unico termine?
 - MED: In cosa si differenzia, secondo lei, l'approccio andrologico di un urologo da quello di un endocrinologo quando si ha a che fare con le disfunzioni sessuali maschili?
 - Il paziente è consapevole di queste diverse dimensioni del contesto andrologico/sessuologico in senso lato?
 - La sua figura professionale è sottostimata secondo lei?

B) Underperformance maschile

- Che cosa si intende oggi per salute/benessere sessuale maschile?
 - È una concezione che è cambiata nel tempo?

- Quali sono le principali problematiche sessuali maschili?
 - Quanto sono diffuse?
 - Quali sono quelle di cui lei si occupa di più?
 - Rimangono secondo lei dei problemi sommersi? Come mai?

- Il fatto di essere uno specialista uomo/donna influisce secondo lei nel suo rapporto con i pazienti che lamentano disagi sessuali? In che modo?

B.1) Disfunzione Erettile

- Iniziamo con la DE. Potrebbe darmi una definizione? [cause principali - chi colpisce maggiormente]

- Come mai secondo lei non si parla più di impotenza? [Quanto è importante non usare più questo termine?]

- Nella sua pratica professionale, quali sono gli step attraverso i quali si giunge a diagnosticare questo tipo di problematica?

→ Quali aspetti approfondisce nel colloquio anamnestico?

→ Fa per caso anche uso di questionari di valutazione sulla funzionalità erettile da somministrare al paziente?

Compilando il test ho notato che bisogna rispondere sempre con i valori più alti per evitare un giudizio di D.E. lieve. Cosa ne pensa?

- Nella sua esperienza professionale che tipologia di pazienti di DE incontra solitamente?

→ come le viene presentato il problema?

→ Si parla di un abbassamento dell'età media dei pazienti che lamentano problemi di DE. Lei cosa ne pensa? Lo ha per caso riscontrato anche lei nella sua esperienza?

→ Come si comporta quando arrivano soggetti molto giovani? Le capita per esempio di avere a che fare con giovani adolescenti alle prime esperienze?

→ E invece casi di soggetti fisicamente sani, magari stressati, che hanno bisogno di un aiuto per rimettere in sesto la loro vita sessuale?

→ soggetti con problemi di calo libido/desiderio?

→ soggetti molto anziani (over 75 anni) che vogliono “tornare ad amare” e “sentirsi giovani”?

→ E invece le capitano soggetti con patologie come diabete o cancro alla prostata in cui è evidente anche una disfunzione erettile che invece si dicono comunque soddisfatti della loro vita sessuale e non hanno intenzione di provvedere a riguardo?

- Vengono da soli o accompagnati?

[È importante secondo lei coinvolgere il partner? Cosa significa nel concreto il coinvolgimento del partner? Può raccontarci qualche aneddoto in merito?]

- Parliamo dell'introduzione sul mercato dei farmaci inibitori della PDE5. Molto spesso si parla di vera e propria rivoluzione. Quale è la sua opinione in proposito? È una rivoluzione terapeutica o anche culturale?

→ C'è una soluzione terapeutica che lei usa di più? [differenze tra i principali farmaci sul mercato – genericazione Viagra]

→ Come si gestiva prima la DE?

→ Questi farmaci hanno facilitato anche il suo lavoro diagnostico?

- Quale è la percezione che i pazienti hanno dei farmaci come il Viagra, secondo lei?

→ Vi è, nella sua esperienza, la richiesta di un uso di tali farmaci non per finalità strettamente terapeutiche? (es. per migliorare le proprie performance)

→ In che modo si riesce a discriminare fra la richiesta di farmaci strettamente terapeutica e finalità magari potenzianti. Dove si pone questo confine?

→ Diversi studi parlano di un alto livello di drop out. Quali sono secondo lei le cause che spingono i pazienti a non continuare la terapia orale?

→ C'è un rischio di dipendenza psicologica per questi farmaci?

B.2) Eiaculazione precoce

- Passiamo ora alla problematica dell'EP. Potrebbe darmi una definizione? [cause principali - chi colpisce maggiormente]

- Nella sua pratica professionale come si giunge a diagnosticare questo tipo di problematica?

→ Quali aspetti approfondisce nel colloquio anamnestico?

→ Anche per questa problematica esistono diversi test di autovalutazione, per esempio il PEDT - Premature Ejaculation Diagnostic Tool – Lo conosce? Cosa ne pensa?

Non si fa riferimento tanto ad un lasso minimo di tempo da mantenere quanto al problema di eiaculare “prima di quando si vorrebbe”. Cosa significa?

- Nella sua esperienza professionale, che tipologia di pazienti di EP incontra solitamente?

→ come le viene presentato il problema?

→ Ci sono stati dei cambiamenti nel tempo nel numero e nel profilo dei pazienti? (per esempio dal punto di vista dell'età..) A cosa sono dovuti secondo lei?

- Vengono da soli o accompagnati?

→ A questo proposito ho notato che la campagna che si focalizza maggiormente sull'EP è passata dal chiamarsi “Eiaculazione precoce stop” a “Benesserecoppia”. Cosa ne pensa di questo cambiamento? Perché questo nome?

→ È importante secondo lei coinvolgere il partner? Cosa significa nel concreto il coinvolgimento del partner?

- Che tipo di terapia propone solitamente?

→ farmaco specifico per l'EP - Dapoxetina. Lei cosa ne pensa? Lo prescrive spesso?

Come funziona?

Quale è la percezione che i pazienti hanno di tale farmaco, secondo lei? È stato ben accolto? Lo conoscono come conoscono il Viagra? Glielo chiedono direttamente?

C) Consumerismo

- Nella sua esperienza clinica, come giungono da lei i pazienti come specialista? [mandati dal MMG, campagne di sensibilizzazione, collaborazione fra specialisti etc.]

→ C'è una differenza fra privato e pubblico?

- Da dove prendono secondo lei le informazioni?

→ Cosa pensa dell'informazione oggi a disposizione per i pazienti? - es. campagne di sensibilizzazione sulle disfunzioni sessuali maschili?

→ Cosa ne pensa lei della maggiore informazione sanitaria tra i pazienti?

→ Sarebbe favorevole alla pubblicità diretta al consumatore di questi farmaci e in generale dei farmaci con obbligo di ricetta come in America?

Legenda:

- domande principali

→ domande secondarie

MED: solo per medici

PSI: solo per psicologi

Appendice 2.

Caratteristiche generali intervistati

N. intervista	Professione – Formazione	Età	Pre/Post Viagra	Regione	Modalità intervista
Intervistata 1	psicologa, pedagoga, master sessuologia clinica	52 anni	pre	Piemonte	di persona, studio privato
Intervistato 2	endocrinologo con competenze andrologiche (master universitario II livello)	43 anni	post	Piemonte	di persona, ambulatorio ospedaliero
Intervistato 3	specialista in andrologia	51 anni	pre	Lombardia e Toscana	di persona, studio privato centro clinico
Intervistato 4	specialista in andrologia e urologia	75 anni	pre	Piemonte	di persona, studio privato
Intervistato 5	psichiatra, psicoterapeuta, master sessuologia clinica	50 anni	pre	Lombardia	telefonica
Intervistato 6	psicologo, psicoterapeuta, master sessuologia clinica	33 anni	post	Piemonte	di persona, studio privato centro clinico
Intervistata 7	psicologa, psicoterapeuta, master sessuologia clinica	43 anni	post	Piemonte	di persona, studio privato centro clinico
Intervistato 8	specialista in andrologia	63 anni	pre	Lombardia	di persona, studio privato
Intervistato 9	u r o l o g o c o n competenze andrologiche (master universitario II livello)	41 anni	post	Piemonte	di persona, ambulatorio ospedaliero
Intervistato 10	u r o l o g o c o n competenze andrologiche (corso di perfezionamento e master universitario II	44 anni	post	Piemonte	di persona, studio privato

	livello)				
Intervistato 11	Specialista in urologia ed endocrinologia (esercizio pratica urologica e andrologica)	44 anni	post	Lombardia	di persona, reparto urologico ospedaliero
Intervistato 12	specialista in andrologia e urologia	57 anni	pre	Lombardia Veneto	di persona, studio privato
Intervistato 13	u r o l o g o c o n competenze andrologiche (master universitario II livello)	46 anni	post	Toscana	telefonica
Intervistato 14	specialista in andrologia e urologia	64 anni	pre	Toscana	telefonica
Intervistato 15	specialista in andrologia e u r o l o g i a e d endocrinologia	70 anni	pre	Lombardia	di persona, studio privato
Intervistata 16	endocrinologa con competenze andrologiche (esercizio pratica andrologica)	49 anni	post	Piemonte	di persona, ambulatorio ospedaliero
Intervistato 17	specialista in andrologia e urologia	60 anni	pre	Lazio	telefonica
Intervistato 18	u r o l o g o c o n competenze andrologiche (esercizio pratica andrologica)	39 anni	post	Liguria	telefonica
Intervistato 19	endocrinologo con competenze andrologiche (esercizio pratica andrologica)	55 anni	pre	Emilia-Romagna	telefonica
Intervistata 20	medico medicina generale, master sessuologia clinica	60 anni	pre	Piemonte	di persona, studio privato
Intervistato 21	endocrinologo con competenze andrologiche (master universitario II livello)	34 anni	post	Lazio	telefonica
Intervistato 22	endocrinologo con	46 anni	post	Veneto	telefonica

	competenze andrologiche (esercizio pratica andrologica)				
Intervistato 23	endocrinologo con competenze andrologiche (esercizio pratica andrologica), sessuologo medico	55 anni	pre	Lazio	telefonica
Intervistato 24	endocrinologo con competenze andrologiche (master universitario II livello)	32 anni	post	Lazio	telefonica
Intervistato 25	u r o l o g o c o n competenze andrologiche (master universitario II livello)	36 anni	post	Piemonte	di persona, ambulatorio ospedaliero
Intervistato 26	specialista in andrologia ed endocrinologia	63 anni	pre	Lazio	telefonica
Intervistato 27	u r o l o g o c o n competenze andrologiche (master universitario II livello)	55 anni	pre	Veneto Emilia Romagna	telefonica
Intervistata 28	psicologa, psicoterapeuta, master sessuologia clinica	60 anni	pre	Liguria	telefonica
Intervistato 29	psicologo, master sessuologia clinica	32 anni	post	Lazio	telefonica
Intervistato 30	specialista in andrologia ed endocrinologia, master sessuologia clinica	57 anni	pre	Toscana	telefonica
Intervistato 31	endocrinologo con competenze andrologiche (dottorato in scienze andrologiche e master universitario II livello)	38 anni	post	Lazio	telefonica
Intervistato 32	s p e c i a l i s t a i n andrologia, master sessuologia clinica	56 anni	pre	Toscana	telefonica

Intervistato 33	u r o l o g o c o n competenze andrologiche (esercizio pratica andrologica), master sessuologia clinica	53 anni	pre	Lazio	telefonica
Intervistata 34	psicologa, psicoterapeuta, master sessuologia clinica	53 anni	pre	Lazio	telefonica
Intervistata 35	psicologa, psicoterapeuta, master sessuologia clinica	65 anni	pre	Lazio	telefonica
Intervistato 36	p s i c o l o g o , m a s t e r sessuologia clinica	75 anni	pre	Piemonte	di persona, studio privato
Intervistato 37	ginecologo, psicoterapeuta, master sessuologia clinica	60 anni	pre	Liguria	skype
Intervistata 38	psicologa, psicoterapeuta, master sessuologia clinica	54 anni	pre	Veneto	telefonica
Intervistato 39	psicologo, psicoterapeuta, master sessuologia clinica	41 anni	post	Lazio	skype
Intervistata 40	psicologa, psicoterapeuta, master sessuologia clinica	47 anni	pre	Liguria Lombardia	telefonica
Intervistata 41	p s i c o l o g a , m a s t e r sessuologia clinica	50 anni	pre	Lombardia	di persona, studio privato
Intervistato 42	psicologo, psicoterapeuta, master sessuologia clinica	72 anni	pre	Lombardia	di persona, studio privato
Intervistata 43	ginecologa, sessuologa medica	63 anni	pre	Toscana	skype
Intervistata 44	psicologa, psicoterapeuta, master sessuologia clinica	56 anni	post	Emilia- Romagna	telefonica

Riferimenti bibliografici e sitografici

Bibliografia

- Aaronowitz R. (2008), “Framing Disease: an Underappreciated Mechanism for the Social Patterning of Health”, *Social Science & Medicine*, vol. 67, 1-9.
- Abbott A. (1988), *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour*, University of Chicago Press, Chicago.
- Abbott A. (2005), “Linked Ecologies: States and Universities as Environments for Professions”, *Sociological Theory*, vol. 23, n. 3, 245-274.
- Abraham J. (2010), “Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions”, *Sociology*, vol. 44, n. 4, 603-622.
- Abraham J. (2011), “Evolving sociological analyses of 'pharmaceuticalisation': A response to Williams, Martin and Gabe”, *Sociology of Health and Illness*, vol. 33, n. 5, 726–728.
- Althof S. E. (2002), “When an erection alone is not enough: biopsychosocial obstacles to lovemaking”, *International Journal of Impotence Research*, vol. 14, suppl. 1, 99-104.
- Althof S. E. et al. (2014), “An Update of the International Society of Sexual Medicine’s Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation (PE)”, *Journal of Sexual Medicine*, vol. 11, 1392-1422.
- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – V*, APA Publishing, Washington.
- Anspach R. (2011), *Preface*, in Mc Gann P. J., Hutson D. (eds), *Sociology of diagnosis*, Emerald, Bingley, xiii-xxvii.
- Armstrong D. (1994), *Bodies of Knowledge/Knowledge of Bodies*, in Jones C., Porter R. (eds.), *Reassessing Foucault: Power, Medicine and the Body*, Routledge, London and New York, 17-27.
- Armstrong D. (1995), “The Rise of Surveillance Medicine”, *Sociology of Health & Illness*, vol.17, n. 3, 393-404.
- Armstrong D. (1997), *Foucault and the Sociology of Health and Illness. A prismatic reading*, in Petersen A., Bunton R. (eds.), *Foucault, Health and Medicine*, Routledge, London and New York, 37-53.
- Armstrong N., Murphy E. (2011), “Conceptualizing Resistance”, *Health*, vol. 16, n. 3, 314-326.
- Åsberg C., Johnson E. (2009), “Viagra Selfhood: Pharmaceutical Advertising and the

- Visual Formation of Swedish Masculinity”, *Health Care Analysis*, vol. 17, n. 2, 144–59.
- Asdal K., Brenna B., Moser I. (eds) (2007), *Technoscience. The Politics of Interventions*, Unipub, Oslo.
- Astuti A. (2014), *La disfunzione erettile: il punto di vista del farmacista e della farmacia*, in Lauretti S., Losito M. (a cura di), *La medicalizzazione della sessualità maschile. Luci e ombre nella terapia della disfunzione erettile. Atti congressuali Roma*, 7-8 novembre 2014, Aracne Editrice, Roma, 111-115.
- Astuti A. (2016), *Disfunzione erettile: la farmacia come osservatorio*, in Ferrero Camoletto R., Bertone C. (a cura di), *Le fragilità del sesso forte. Come medicalizzare la maschilità*, Mimesis, Milano, 105-110.
- Avenia F. (2009), “Editoriale”, *Rivista di Sessuologia*, vol. 33, n. 1, 5-7.
- Baglia J. (2005), *The Viagra AdVenture. Masculinity, Media and the Performance of Sexual Health*, Peter Lang Publishing, New York.
- Baldaro Verde J., Todella R. (2004), “Integrazione delle componenti biologiche, psicologiche e culturali in sessuologia”, *Rivista di sessuologia clinica*, vol. 10, n. 2, 21- 30.
- Barad K. (1998), “Getting Real: Technoscientific Practices and the Materialization of Reality”, *Differences. A Journal of Feminist Cultural Studies*, vol.10, n. 2, 87-128.
- Barsky A. (1988), “The Paradox of Health”, *New England Journal of Medicine*, vol. 318, n.7, 414-418.
- Basile Fasolo C. (2004), *La comunicazione medico-paziente in sessuologia. L'esperienza della disfunzione erettile*, Kurtis, Milano.
- Basson R. (2005), *Female Hypoactive Desire Disorder*, in Balon R., Seagraves R. T. (eds), *Handbook of Sexual Dysfunction*, Taylor & Francis, Boca Raton, 43-66.
- Bell S., Figert A. (2012), “Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward”, *Social Science & Medicine*, vol. 75, 775-783.
- Bell S., Figert A. (eds) (2015), *Reimagining Biomedicalization, Pharmaceuticals and Genetics: Old critiques and new engagements*. Routledge, New York and London, (ebook).
- Bellastella A. (2007), *Basi generali delle terapie in sessuologia*, in Jannini E. et al. (a cura di), *Sessuologia medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità*, Elsevier Masson, Milano, 201.
- Berger P., Luckmann T. (1997), *La realtà come costruzione sociale*, il Mulino, Bologna [ed. or. (1966), *The social construction of reality*, Penguin Books, New York].
- Bettocchi C. (2010), *Clinica dell'eiaculazione precoce*, in Foresta C., Lenzi A. (a cura di),

- Eiaculazione precoce. Fisiopatologia clinica e trattamento*, Cleup, Padova, 35-37.
- Bevere F. et al. (2012), *Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura delle patologie andrologiche*, Quaderni del Ministero della Salute, n. 13.
- Blech J. (2003), *Gli inventori di malattie*, Lindau, Torino.
- Bobbio M. (2010), *Il malato immaginato. I rischi di una medicina senza limiti*, Einaudi, Torino.
- Bogner A., Menz W. (2009), *The Theory-Generating Expert Interview: Epistemological Interest, Forms of Knowledge, Interaction*, in Bogner A., Littig B., Menz W. (eds.), *Interviewing Experts*, Palgrave/MacMillan, New York, 43-80.
- Bogner A., Littig B., Menz W. (eds.) (2009), *Interviewing Experts*, Palgrave/MacMillan, New York.
- Boni F. (2004), *Men's Help. Sociologia dei periodici maschili*, Meltemi, Roma.
- Bordo S. (1999), *The Male Body*, Farras, Strauss and Giroux, New York.
- Bossi M. et al. (2007), *Storia dei costumi sessuali occidentali*, in Jannini E. et al. (a cura di), *Sessuologia medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità*, Elsevier Masson, Milano, 13-21.
- Braun V., Clarke V. (2006), "Using thematic analysis in psychology", *Qualitative Research in Psychology*, vol. 3, 77-101.
- Bronzini M. (2013), *Le frontiere indefinite della medicina e la medicalizzazione del vivere*, in Vicarelli G. (a cura di), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Carocci, Roma, 51-86.
- Brown P. (1990), "The Name Game: Toward a Sociology of Diagnosis", *The Journal of Mind and Behaviour*, vol. 11, n. 3-4, 385 [139] - 406 [160].
- Brown P. (1995), "Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35, 34-52.
- Bucchi M. (2004), "Sociologia della scienza", *Nuova informazione bibliografica*, n. 3, 577-591.
- Bury M. R. (1986), "Social Constructionism and the Development of Medical Sociology", *Sociology of Health & Illness*, vol. 8, n. 2, 137-169.
- Bury M. R. (1987), "Social constructionism and medical sociology: a rejoinder to Nicolson and McLaughlin", *Sociology of Health & Illness*, vol. 9, n. 4, 439-441.
- Busfield J. (2006), "Pills, Power, People: Sociological Understandings of the Pharmaceutical Industry", *Sociology*, vol. 40, n. 2, 297-314.
- Busfield J. (2010), "A Pill for Every Ill: Explaining the Expansion in Medicine Use", *Social Science & Medicine*, vol. 70, n. 6, 934-941.

- Butler J. (1990), *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge, New York.
- Cacchioni T. (2015), *Big Pharma, Women and the Labour of Love*, University of Toronto Press, Toronto.
- Cacchioni T., Tiefer L. (2012), "Why Medicalization? Introduction to the Special Issue on the Medicalization of Sex", *The Journal of Sex Research*, vol. 49, n. 4, 307-310.
- Caplan A. (2006), *Is it wrong to try to improve human nature?*, in Miller P., Wilsdon J. (eds), *Better Humans? The politics of human enhancement and life extension*, Demos, London, 31-39.
- Cardano M. (2011), *La ricerca qualitativa*, il Mulino, Bologna.
- Cardano M. (2012), *Udire la voce degli dei. L'esperienza del Gruppo Voci*, Franco Angeli, Milano.
- Cardano M. (2015), *La ricerca sociale sulla salute. Una concisa riflessione fra metodo ed epistemologia* in Ingrosso M. (a cura di), *La salute per tutti. Un'indagine sulle origini della sociologia della salute in Italia*, Franco Angeli, Milano, pp. 45-53.
- Carpiano R. M. (2001), "Passive medicalization: the case of Viagra and erectile dysfunction", *Sociological Spectrum*, vol. 21, 441-450.
- Carvalho A. et al. (2012), "Dropout in the treatment of erectile dysfunction with PDE5: a study on predictors and a qualitative analysis of reasons for discontinuation", *Journal of Sexual Medicine*, vol. 9, n. 9, 2361-2369.
- Carvalho A. et al. (2014), "Adherence to Phosphodiesterase Type 5 Inhibitors in the Treatment of Erectile Dysfunction in Long-Term Users: How Do Men Use the Inhibitors?", *Sexual Medicine*, vol. 2, 96-102.
- Casper M., Koenig B. (1996), "Reconfiguring Nature and Culture: Intersections of Medical Anthropology and Technoscience Studies", *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, vol. 10, n. 4, pp. 523-536.
- Clarke A. E. et al. (2003), "Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness and U.S. Biomedicine", *American Sociological Review*, vol. 68, n. 2, 161-194.
- Clarke A. E., Shim J. K. (2009), *Medicalizzazione e biomedicalizzazione rivisitate: tecnoscienze e trasformazioni di salute, malattia e biomedicina*, in Maturo A., Conrad P. (a cura di), *La medicalizzazione della vita – The Medicalization of Life*, Franco Angeli, Milano.
- Chambré S. M., Goldner M. (eds) (2008), *Patients, Consumers and Civil Society*, Emerald, Bingley.
- Ciccone S., Mapelli B. (a cura di) (2012), *Silenzi. Non detti, reticenze e assenze di (tra) donne e uomini*, Ediesse, Roma.

- Cipolla C. (a cura di) (2004), *Manuale di sociologia della salute I*, Franco Angeli, Milano.
- Cockerham W. C. (ed.) (2013), *Medical Sociology on the Move. New Directions in Theory*, Springer, London.
- Connell R. W. (1996), *Maschilità. Identità e trasformazioni del maschio occidentale*, Feltrinelli, Milano [ed. or. (1995), *Masculinities*, Polity Press, Cambridge].
- Connell R. W. (2011), Questioni di genere. Seconda edizione, Il Mulino, Bologna [ed. or. (2009), *Gender. Second edition*, Polity Press, Cambridge].
- Connell R. (2012), “Gender, Health and Theory: Conceptualizing the Issue, in Local and World Perspective”, *Social Science & Medicine*, vol. 74, 1675-1683.
- Connell R. W., Messerschmidt J. W. (2005), “Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept”, *Gender & Society*, vol. 19 n. 6, 829-859.
- Conrad P. (1992), “Medicalization and social control”, *Annual Review of Sociology*, vol. 18, 209-232.
- Conrad P. (2005), “The shifting engines of medicalization”, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, 3-14.
- Conrad P. (2007), *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Conrad P. (2009), *Le mutevoli spinte della medicalizzazione*, in Maturo A., Conrad P. (a cura di), *La medicalizzazione della vita – The Medicalization of Life*, Franco Angeli, Milano, 36-55.
- Conrad P. (2013), *Medicalization: Changing Contours, Characteristics, and Contexts*, in Cockerham W. C. (ed), *Medical Sociology on the Move*, Springer, London, 195-214.
- Conrad P. (2015), *Foreword*, in Bell S., Figert A. (eds), *Reimagining Biomedicalization, Pharmaceuticals and Genetics: Old critiques and new engagements*. Routledge, New York and London, (ebook).
- Conrad P., Leiter V. (2004), “Medicalization, Markets and Consumers”, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 45, extra issue.
- Conrad P., Szymczak J. E. (2006), *Medicalizing the Aging Male Body: Andropause and Baldness*, in Rosenfeld D., Faircloth C. (eds.) *Medicalized Masculinities*, Temple University Press, Philadelphia, 89-111.
- Conrad P., Barker K. (2010), “The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications”, *Journal of Health and Social Behavior*, n. 51, s67-s79.
- Cooper K. et al. (2015), “Behavioral Therapies for Management of Premature Ejaculation: A Systematic Review”, *Sexual Medicine*, vol. 3, 174-188.
- Corona et al. (2011), “Phosphodiesterase Type 5 (PDE5) Inhibitors in Erectile Dysfunction: The Proper Drug for the Proper Patient”, *Journal of Sexual Medicine*, vol. 8, 3418-

- Cormio L. et al. (2015), "The Combination of Dapoxetine and Behavioral Treatment Provides Better Results than Dapoxetine Alone in the Management of Patients with Lifelong Premature Ejaculation", *Journal of Sexual Medicine*, vol. 12, 1609-1615.
- Coveney C. et al. (2012), *Potenziamento della capacità mentale? Dalla medicalizzazione della cognizione alla farmacologizzazione delle routine mental life*, in Maturo A., Barker K. (a cura di), *La medicina delle emozioni e delle cognizioni*, Franco Angeli, Milano, 145-159.
- D'Amour D. et al. (2005), "The Conceptual Basis for Interprofessional Collaboration: Core Concepts and Theoretical Frameworks", *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1, 116-131.
- Dettore D. (2007), *Psicoanalisi in sessuologia*, in Jannini E. et al. (a cura di), *Sessuologia medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità*, Elsevier Masson, Milano, 202-207.
- Dexter L. A. (2012), *Elite and specialized interviewing*, ECPR Press, Colchester, [ed.or.: (1970)].
- Di Leo M. (2007), *Malati di farmaci. Come difendere la propria salute dalle medicine inutili o pericolose*, Editori Riuniti, Roma, 2007.
- Duchan F. J., Kovarsky, D. (eds.) (2005), *Diagnosis as Cultural Practice*, De Gruyter Mouton, Berlin, Boston.
- Duncombe J., Marsden D. (1996), *Who's Orgasm is This Anyway? 'Sex Work' in Long-term Relationships*, in Weeks J. Holland J. (eds), *Sexual cultures*, MacMillan, London, 220-238.
- Elliot C. (2003), *Better than Well: American Medicine Meets the American Dream*, Norton, New York.
- Engel G.I. (1977), "The Need for a New Medical Model. A Challenge for Medicine", *Science*, n. 4286, 129-138.
- European Commission, Directorate-General for Health & Consumers (2011) *The State of Men's Health in Europe*, EU
- (http://ec.europa.eu/health/population_groups/docs/men_health_report_en.pdf).
- Ferrero Camoletto R., Bertone C. (2012), "Italians (should) do it better? Medicalisation and the disempowering of intimacy", *Modern Italy*, vol. 17, n. 4, 433-448.
- Ferrero Camoletto R., Bertone C. (a cura di) (2016), *Le fragilità del sesso forte. Come medicalizzare la maschilità*, Mimesis, Milano.
- Ferrero Camoletto R., Bertone C. (2016), *Introduzione. La medicalizzazione della sessualità maschile: prospettive di analisi e campi di ricerca*, in Ferrero Camoletto R., Bertone C. (a cura di), *Le fragilità del sesso forte. Come medicalizzare la maschilità*,

Mimesis, Milano, 13-27.

- Ferrero Camoletto R., Bertone C., Salis F., “Medicalizzare l'inadeguatezza maschile: discorsi esperti sulla salute sessuale maschile in Italia”, *Salute e Società*, a. XIV, n. 1, 187-206.
- Feys F., Devroey D. (2014), “Dapoxetine for Premature Ejaculation: a Harmful Placebo?”, https://www.researchgate.net/publication/264230833_Dapoxetine_for_Premature_Ejaculation_a_Harmful_Placebo.
- Fishman J. R. et al. (2017), *Sex, Gender, and Sexuality in Biomedicine*, in Felt U. et al. (eds), *The Handbook of Science and Technology Studies. Fourth Edition*, The MIT Press, Cambridge, 379-406.
- Fleck L. (1983), *Genesi e sviluppo di un fatto scientifico: per una teoria dello stile e del collettivo di pensiero*, Il Mulino, Bologna [ed. or.: (1935), *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftliche Tatsache*].
- Flick U., (2014) *An Introduction to Qualitative Research. Fifth Edition*, Sage, London.
- Florini M. C. (2011), “Il counseling psico-sessuologico in adolescenza”, *Rivista di Sessuologia*, vol. 35, n. 1, 25-33.
- Florini M. C., Rifelli G. (2011), “Presentazione”, *Rivista di Sessuologia*, n. 1, 11.
- Foresta C., Lenzi A. (a cura di) (2010), *Eiaculazione precoce. Fisiopatologia clinica e trattamento*, Cleup, Padova.
- Forti G. (2007), *Impotenza. Cenni generali*, in Jannini E. et al. (a cura di), *Sessuologia medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità*, Elsevier Masson, Milano, 261-264.
- Foucault M. (1971), *L'archeologia del sapere*, Rizzoli, Milano [ed. or.: (1969), *L'archéologie du savoir*, Gallimard, Paris].
- Foucault M. (1976), *Sorvegliare e punire*, Einaudi, Torino [ed. or.: (1975), *Surveiller et punir*, Gallimard, Paris].
- Foucault M. (1992), *Tecnologie del sé*, in Martin L. H. et al (a cura di), *Tecnologie del sé: un seminario con Michel Foucault*, Bollati-Boringhieri, Torino.
- Foucault M. (1996), *La nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Feltrinelli, Milano [ed. or.: (1963), *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*, PUF, Paris].
- Foucault M. (1997a), *Crisi della medicina o crisi dell'antimedicina?*, in Dal Lago A. (a cura di), *Archivio Foucault 2. 1971-1977. Poteri, saperi, strategie*, Feltrinelli, Milano.
- Foucault M. (1997b), *La nascita della medicina sociale*, in Dal Lago A. (a cura di), *Archivio Foucault 2. 1971-1977. Poteri, saperi, strategie*, Feltrinelli, Milano.
- Foucault M. (2010), *La volontà di sapere. Storia della sessualità I*, Feltrinelli, Milano [ed. or.: (1976), *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris].

- Fox N.J., Ward K.J. (2008), "Pharma in the Bedroom and the Kitchen. The Pharmaceuticalisation of Daily life", *Sociology of Health and Illness*, vol. 30, n. 6, 856–868.
- Freidson E. (1988), *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, University of Chicago Press, Chicago, [ed. or.: (1970)].
- Freidson E. (a cura di Vicarelli G.), (2002), *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano.
- Frith H. (2015), *Orgasmic Bodies. The Orgasm in Contemporary Western Culture*, Palgrave Macmillan, London, [ebook].
- Fulcheri M., Savini G. (2011), "Limiti e potenzialità del counseling come relazione d'aiuto", *Rivista di Sessuologia*, vol. 35, n. 1, 12-21.
- Furedi F. (2004), *Il nuovo conformismo. Troppa psicologia nella vita quotidiana*, Feltrinelli, Milano.
- Furedi F. (2006), "The end of professional dominance", *Society*, vol. 43, n. 6, 14-18.
- Fusco F. (2008), "Portare alla luce il mondo sommerso", *IoUomo*, Dossier-Giugno, 18.
- Gadotti G. (2005), *Gli attori e i temi della comunicazione sociale*, in Cucco E. et al. (a cura di), *Primo Rapporto sulla comunicazione sociale in Italia*, SEI, Torino, 47-98.
- Gagnon J. H., Simon W. (1973), *Sexual Conduct*, Aldine, Chicago.
- Garrone G. B. (2005), *Il quadro normativo*, in Cucco E. et al. (a cura di), *Primo Rapporto sulla comunicazione sociale in Italia*, SEI, Torino, 19-45.
- Gavey N. (1993), *Technologies and Effects of Heterosexual Coercion*, in Wilkinson S., Kitzinger C. (eds), *Heterosexuality, a feminism and psychology reader*, Sage, London, 93-119.
- Gavey N. (2006), *Viagra and the Coital Imperative*, in Seidman S., Fischer N., Meeks C. (eds.), *Handbook of the New Sexuality Studies*, Routledge, London and New York, 127-132.
- Gentile V. (2010), *Inquadramento nosografico dei disturbi dell'eiaculazione*, in Foresta C., Lenzi A. (a cura di), *Eiaculazione precoce. Fisiopatologia clinica e trattamento*, Cleup, Padova, 9-14.
- Goffman E. (1983), *Stigma. L'identità negata*, Giuffrè, Milano [ed. or. (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Cliffs: Prentice Hall, Englewood].
- Giammusso B. et al. (2010), *Le nuove terapie dell'eiaculazione precoce*, in Foresta C., Lenzi A. (a cura di), *Eiaculazione precoce. Fisiopatologia clinica e trattamento*, Cleup, Padova, 49-54.
- Giampietro et al. (2003), "Quali questionari utilizzare nella pratica clinica per lo screening della disfunzione erettile nel diabetico?", *Giornale italiano di diabetologia e metabolismo*, vol. 23, n. 3, 109-118.

- Giarelli G. (2003), *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Franco Angeli, Milano.
- Giarelli G. (2004), "Guarire 'secondo natura'? Modelli eziologici della malattia nei sistemi medici", *Janus*, n. 16, 1-16.
- Giarelli G., Venneri E. (a cura di) (2009), *Sociologia della salute e della medicina. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali*, Franco Angeli, Milano.
- Giglio F. (2016), *Dalla cura all'enhancement. Brevi note sull'utilizzo potenziativo di "Viagra & Co"*, in Lauretti S., Losito M. (a cura di), *La medicalizzazione della sessualità maschile. Luci e ombre nella terapia della disfunzione erettile*. Atti congressuali Roma, 7-8 novembre 2014, Aracne Editrice, Roma, 147-165.
- Giommi R. (2004), "Efficacia della terapia di coppia per la risoluzione delle disfunzioni sessuali maschili", *Rivista di sessuologia clinica*, vol. 10, n. 2, 31-42.
- Good B. J. (1999), *Narrare la malattia*, Comunità, Torino [ed. or. (1994), *Medicine, Rationality and Experience: an Anthropological Perspective*, Cambridge University Press, Cambridge].
- Gott M. (2005), *Sexuality, Sexual Health and Ageing*, Open University Press, Milton Keynes.
- Gott M., Hinchcliff S. (2003), "How Important is Sex in Later Life? The Views of Older People", *Social Science and Medicine*, vol. 56, n. 8, 1617-1628.
- Grace V. et al. (2006), "The Discursive Condition of Viagra", *Sexualities*, vol. 9, n. 3, 295-314.
- Graziottin A., Jannini E. (2014), *Eiaculazione precoce (EP): definizione, diagnosi e terapia. Guida per il medico*, Momento Medico, Salerno.
- Greely H. et al. (2008), "Towards Responsible Use of Cognitive-enhancing Drugs by the Healthy", *Nature*, vol. 456, 702-705.
- Greenslit N. (2005), "Depression and Consumption: Psychopharmaceuticals, Branding and New Identity Practices", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 29, 477.
- Gupta K., Cacchioni T. (2013), "Sexual improvement as if your health depends on it: An analysis of contemporary sex manuals", *Feminism & Psychology*, vol. 23, n. 4, 442-458.
- Halpern S. A. (1992), "Dynamics of Professional Control: Internal Coalitions and Crossprofessional Boundaries", *American Journal of Sociology*, vol. 97, n. 4, 994-1021.
- Haraway D. (1991), *Simians, Cyborgs and Women. The Reinvention of Nature*, Routledge, New York.
- Haraway D. (2000), *Testimone modesta@: female man incontra oncotopo: femminismo e tecnoscienza*, Feltrinelli, Milano [ed. or.: (1997),

Modest Witness@Second_Millennium. Female Man Meets Onco Mouse, Routledge, London].

- Hatzimouratidis K., Hatzichristou D. G. (2009), “Phosphodiesterase Type 5 Inhibitors: Unmet Needs”, *Current Pharmaceutical Design*, vol. 15, n. 30, 3476-3485.
- Heritage J. (2005), *Revisiting authority in physician-patient interaction*, in Duchan F. J., Kovarsky, D. (eds.), *Diagnosis as Cultural Practice*, De Gruyter Mouton, Berlin, Boston, 83-102.
- Hoffman et al. (1995), “Eliciting Knowledge from Experts: a Methodological Analysis”, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, vol. 62, n. 2, 129-158.
- Horwitz A. V., Wakefield J. C. (2007), *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*, Oxford University Press, New York.
- Illich I. (2005), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Borioli, Milano [ed. or.: (1976), *Limits to Medicine – Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, Marion Boyars Publisher, London].
- Illouz E. (2008), *Saving the modern soul*, University of California Press, Berkeley.
- Ingrosso M. (a cura di) (1994), *La salute come costruzione sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Jackson S., Scott S. (2010), *Theorising Sexuality*, Open University Press, Berkshire.
- Jannini E. (2013), *Preface*, in Jannini E. et al. (eds), *Premature Ejaculation. From Etiology to Diagnosis and Treatment*, Springer-Verlag, Milano, ix-x.
- Jannini E. (2016), *Identikit di una professione: l'Andrologo, il Medico della Sessualità, lo Psicosessuologo*, in Jannini E. et al. (2016), *La Salute della Coppia. Libro bianco sullo stato dell'assistenza in medicina della sessualità e in andrologia in Italia*, SIAMS, 10-16.
- Jannini E., Gravina G. L. (2012), *Eiaculazione precoce: terapia*, in Lenzi (a cura di), *Guida allo studio dell'andrologia*, Società Editrice Universo, Roma, 305-308.
- Jannini E. et al. (2002), “Sexological approach to ejaculatory dysfunction”, *International Journal of Andrology*, vol. 25, 317-323.
- Jannini E. et al. (2006), “Subclinical Erectile Dysfunction: Proposal for a Novel Taxonomic Category in Sexual Medicine”, *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 3, 787–794 + “Commentary” (2011).
- Jannini E. et al. (a cura di) (2007), *Sessuologia medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità*, Elsevier Masson, Milano.
- Jannini E. et al. (2009a), “Is Sex Just Fun? How Sexual Activity Improves Health”, *Journal of Sexual Medicine*, vol. 6, 2640-2648.
- Jannini E. et al. (2009b), “Use and Abuse of Rigiscan in the Diagnosis of Erectile Dysfunction”, *Journal of Sexual Medicine*, vol. 6, 1820-1829.
- Jannini E. et al. (2012a), *Disfunzione erettile: terapia*, in Lenzi (a cura di), *Guida allo*

- studio dell'andrologia*, Società Editrice Universo, Roma, 291-297.
- Jannini E. et al. (2012b), "How to Evaluate the Efficacy of the Phosphodiesterase Type 5 Inhibitors", *Journal of Sexual Medicine*, vol. 9, 26-33.
- Jannini E. et al. (eds) (2013), *Premature Ejaculation. From Etiology to Diagnosis and Treatment*, Springer-Verlag, Milano.
- Jannini E. et al. (2016), *La Salute della Coppia. Libro bianco sullo stato dell'assistenza in medicina della sessualità e in andrologia in Italia*, SIAMS.
- Jannini E., Porst H. (2011), "A Practical Approach to Premature Ejaculation", *Journal of Sexual Medicine*, vol. 8; suppl. 4, 301-303.
- Jasanoff S. (ed.) (2004), *State of Knowledge. The co-production of science and social order*, Routledge, London and New York.
- Jern P. et al. (2015), "Antidepressant treatment of premature ejaculation: discontinuation rates and prevalence of side effects for dapoxetine and paroxetine in a naturalistic setting", *International Journal of Impotence Research*, vol. 27, n. 2, 75-80.
- Johnson E., Åsberg C. (2012), "Enrolling Men, their Doctors and Partners. Individual and Collective Responses to Erectile Dysfunction", *Science & Technology Studies*, vol. 25, n. 2, 46-60.
- Johnson E., Sjögren E., Åsberg C. (2016), *Glocal Pharma: International Brands and the Imagination of Local Masculinity*, Routledge, London, New York.
- Johnson M. (2010), "Just getting off: The Inseparability of Ejaculation and Hegemonic Masculinity", *The Journal of Men's Studies*, vol. 18, n.3, 238-248.
- Jutel A. (2009), "Sociology of diagnosis: a preliminary review", *Sociology of Health & Illness*, vol. 31, n. 2, 278-299.
- Jutel A. (2010), "Framing disease: The example of female hypoactive sexual desire disorder", *Social Science & Medicine*, vol. 70, 1084-1090.
- Jutel A. (2011), *Putting a Name to It: Diagnosis in Contemporary Society*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Jutel A., Nettleton S. (2010), "Sociology of diagnosis: Negotiation, mediation and contingency", *Social Science & Medicine*, vol. 70, 1109.
- Kaplan H. S. (1974), *The New Sex Therapy*, Routledge, New York.
- Kaplan H. S. (1975), *The Illustrated Manual of Sex Therapy*, Quadrangle-New York Times, New York.
- Katz S., Marshall B. (2004), "Is the Functional Normal? Aging, Sexuality and the Bio-marking of Successful Living", *History of the Human Sciences*, vol. 17, n. 1, 53-75.
- Kimmel M. (ed.) (2007), *The Sexual Self. The Construction of Sexual Scripts*, Vanderbilt University Press, Nashville.

- Kleinman A. (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture: an Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley.
- Kleinman A., Eisenberg L., Good B., (1978), "Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research", in *Ann Intern Med*, vol. 88, n. 2, 251-258.
- Krafft-Ebing R. (1965), *Psychopathia Sexualis: With Special Reference to the Antipathic Sexual Instinct: a Medico-forensic Study*, Arcade Publishing, New York.
- La Vignera S. et al. (2007), *Terapia dell'iaculazione precoce*, in Jannini E. et al. (a cura di), *Sessuologia medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità*, Elsevier Masson, Milano, 324-328.
- Latour B., Woolgar S. (1986), *Laboratory Life. The Construction of Scientific Facts*, Princeton University Press, Princeton.
- Lauretti S., Losito M. (a cura di) (2016), *La medicalizzazione della sessualità maschile. Luci e ombre nella terapia della disfunzione erettile*. Atti congressuali Roma, 7-8 novembre 2014, Aracne Editrice, Roma.
- Lauretti S. et al. (2016), *La medicalizzazione della sessualità maschile. Considerazioni sull'impiego e sulle rappresentazioni sociali degli inibitori delle 5-fosfodiesterasi*, in Lauretti S., Losito M. (a cura di), *La medicalizzazione della sessualità maschile. Luci e ombre nella terapia della disfunzione erettile*. Atti congressuali Roma, 7-8 novembre 2014, Aracne Editrice, Roma, 147-165.
- Law J. (2006), *Big Pharma. Come l'industria farmaceutica controlla la nostra salute*, Einaudi, Torino.
- Lenzi A. et al. (a cura di) (2012), *Guida allo studio dell'andrologia*, Società Editrice Universo, Roma.
- Lenzi A. (2012), *Prefazione*, in Lenzi A. et al. (a cura di) (2012), *Guida allo studio dell'andrologia*, Società Editrice Universo, Roma, xi-xii.
- Letiche H. (2002), "Viagra(ization) or Technoromanticism", *Consumption, Markets and Culture*, vol. 5, n. 3, 247-260.
- Littig B. (2009), *Interviewing the Elite - Interviewing Experts: Is There a Difference?*, in Bogner A., Littig B., Menz W. (eds.) *Interviewing Experts*, Palgrave/MacMillan, New York, 98-113.
- Littig B., Pochhacker F., "Socio-Translational Collaboration in Qualitative Inquiry: The Case of Expert Interviews", *Qualitative Inquiry*, vol. 20, n. 9, 1085-1095.
- Lock M. (2001), "The Tempering of Medical Anthropology: Troubling Natural Categories", *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 15, n. 4, 478-492.
- Lock M., Nguyen V. K. (2010), *An Anthropology of Biomedicine*, Wiley-Blackwell.

- Loe M. (2004a), *The rise of Viagra. How the little blue pill changed sex in America*, New York University Press, New York, Londra.
- Loe M. (2004b), "Sex and the Senior Woman: Pleasure and Danger in the Viagra Era", *Sexualities*, vol. 7, n. 3, 303-326.
- Loe M. (2006), *The Viagra Blues: Embracing or Resisting the Viagra Body*, in Rosenfeld D., Faircloth C. (eds), *Medicalized masculinities*, Temple University Press, Philadelphia, 21-44.
- Longhi E., Papini A. (a cura di) (2016), *Manuale di Andrologia e Sessuologia*, Pacini Editore, Pisa.
- Lupton D. (1997a), *Foucault and the Medicalization Critique*, in Petersen A., Bunton R. (eds), *Foucault, Health and Medicine*, Routledge, London, New York.
- Lupton D. (1997b), "Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter", *Social Science and Medicine*, vol. 45, n. 3, 373-381.
- Lupton D. (2003), *Medicine as Culture. Second Edition*, Sage, London.
- Lupton, D. (2013) *The Digital Cyborg Assemblage: Haraway's Cyborg Theory and the New Digital Health Technologies*, in Collyer, F. (ed), *The Handbook of Social Theory for the Sociology of Health and Medicine*, Palgrave Macmillan, Houndmills, 567-581.
- Magaraggia S., Blatterer H. (2012), *Riflessioni su sessualità, intimità e fallocentrismo*, in Ciccone S., Mapelli B. (a cura di), *Silenzi. Non detti, reticenze e assenze di (tra) donne e uomini*, Ediesse, Roma, 193-202.
- Mamo L., Fishman J. (2001), "Potency in All the Right Places: Viagra as a Technology of the Gendered Body", *Body & Society*, vol. 7, n. 4, 13-35.
- Marshall B. (2002) "Hard Science': Gendered Constructions of Sexual Dysfunction in the 'Viagra Age'", *Sexualities*, vol. 5, n. 2, 131-158.
- Marshall B. (2006), "The New Virility: Viagra, Male Aging and Sexual Function", *Sexualities*, vol. 9, n. 3, 345-362.
- Marshall B., Katz S. (2002), "Forever Functional: Sexual Fitness and the Ageing Male Body", *Body & Society*, vol. 8, n. 4, 43-70.
- Master W. H., Johnson V. E. (1966), *Human Sexual Response*, Little Brown, Boston.
- Maturo A. (2004), *I precedenti nella storia del pensiero sociologico*, in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute I*, Franco Angeli Milano, 17-48.
- Maturo A. (2007), *Sociologia della malattia. Un'introduzione*, Franco Angeli, Milano.
- Maturo A. (2009), *I mutevoli confini della medicalizzazione: prospettive e dilemmi del miglioramento umano*, in Maturo A., Conrad P. (a cura di), *La medicalizzazione della vita – The Medicalization of Life*, Franco Angeli, Milano, 17-35.
- Maturo A. (2012), *La società bionica. Saremo sempre più belli, felici e artificiali?*, Franco Angeli, Milano.

- Maturo A., Conrad P. (a cura di) (2009), *La medicalizzazione della vita – The Medicalization of Life*, Franco Angeli, Milano.
- McLaren A. (2009), *Storia dell'impotenza*, Odoya, Bologna [ed. or. (2007), *Impotence. A cultural history*, University of Chicago Press, Chicago].
- McMahon C. G. (2013a), *Introduction*, in Jannini E. et al. (eds) (2013), *Premature Ejaculation. From Etiology to Diagnosis and Treatment*, Springer-Verlag, Milano, 1-4.
- McMahon C. G. (2013b), *Taxonomy of Ejaculatory Disorders and Definitions*, in Jannini E. et al. (eds) (2013), *Premature Ejaculation. From Etiology to Diagnosis and Treatment*, Springer-Verlag, Milano, 53-68.
- Mc Alister J. F. (2010), *Donna J. Haraway*, in Simons J. (ed.), *From Agamben to Zizek: Contemporary Critical Theorists*, Edinburgh University Press, Edinburgh, 127-143.
- Mc Gann P. J., Hutson D. (eds) (2011), *Sociology of diagnosis*, Emerald, Bingley.
- McKinlay J. B., Marceau L. D. (2002), "The End of the Golden Age of Doctoring", *International Journal of Health Services*, vol. 32, n. 2, 379-416.
- Melocchi L., Tousijn W. (2004), "Oltre il declino: autonomia professionale e rinnovamento del professionalismo medico", *Salute e Società*, vol. 1, 27-50.
- Menchini Fabris F. (2007), *La storia dell'andrologia italiana (come l'ho vissuta)*, ETS, Pisa.
- Menchini Fabris et al. (2008), *Manuale di andrologia*, edizioni ETS, Pisa.
- Mesman J. (2005), "The Origins of Prognostic Differences: A Topography of Experience and Expectation in a Neonatal Intensive Care Unit", *Qualitative Sociology*, vol. 28, n. 1, 49-66.
- Metz M., McCarthy B. (2007), "The 'Good-Enough Sex' Model for Couple Sexual Satisfaction", *Sexual and Relationship Therapy*, vol. 22, n. 3, 351-362.
- Mianiti M. (2009), *La vita Viagra. Uomini, pillole, sesso e relazioni*, Derive Approdi, Roma.
- Milani T. (2011), "Introduction: Re-casting Language and Masculinities", *Gender and Language*, vol. 5, n. 2, 175-186.
- Milani T. (ed.) (2015), *Language and Masculinities. Performances, Intersections, Dislocations*, Routledge, New York.
- Miller P., Wilsdon J. (eds) (2006), *Better Humans? The politics of human enhancement and life extension*, Demos, London.
- Mintzes B. (2002), "Direct To Consumer Advertising is Medicalising Normal Human Experience", *British Medical Journal*, vol. 324, n. 7342, 908-909.
- Mintzes B. et al. (2003), "How Does Direct-to-Consumer Advertising (DTCA) Affect Prescribing? A Survey in Primary Care Environments With and Without Legal DTCA", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 169, n. 5, 405-412.

- Mol A. (2009), *The Logic of Care. Health and the problem of patient choice*, Routledge, London.
- Mondaini N. et al. (2013), “Dapoxetine Treatment in Patients With Lifelong Premature Ejaculation: The Reasons of a 'Waterloo'”, *Urology*, vol. 82, n. 3, 620-624.
- Mori L. (2009), “Al centro della vita. La medicalizzazione della società secondo Michel Foucault”, *Salute e Società*, vol. 2, 86-106.
- Moynihan R. et al. (2002), “Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry And Disease Mongering”, *British Medical Journal*, vol. 324, n. 7342, 886-890.
- Moynihan R., Cassels A. (2005), *Selling Sickness. How Drug Companies are Turning Us All into Patients*, Allen & Unwin, Crows Nest.
- Mullany L. (2004), “Become the Man that Women Desire: Gender Identities and Dominant Discourses in Email Advertising Language”, *Language and Literature*, vol. 13, n. 4, 291–305.
- Mumford K. J. (1992) “'Lost Manhood' Found: Male Sexual Impotence and Victorian Culture in the United States”, *Journal of the History of Sexuality*, vol. 3, n. 1, 33-57.
- Murray J. (2009), “La pubblicità per i farmaci con obbligo di prescrizione in un contesto globale: un confronto tra la Nuova Zelanda e gli Stati Uniti”, *Salute & Società*, vol. 2, 202-221.
- Navarini G. (2008), La spirale della riflessività, “A Partire Da Alberto Melucci. L'invenzione Del Presente”, Milano 9 Ottobre 2008 , 1–12.
- Nettleton et al. (2004), “Enigmatic Illness: Narratives of Patients who Live with Medically Unexplained Symptoms”, *Social Theory & Health*, vol. 2, n. 1, 47-66.
- Nicolson M., McLaughlin C. (1987), “Social Constructionism and Medical Sociology: a Reply to M. R. Bury”, *Sociology of Health & Illness*, vol. 9, n. 2, 107-126.
- Nicolson M., McLaughlin C. (1988), “Social Constructionism and Medical Sociology: a Study of the Vascular Theory of Multiple Sclerosis”, *Sociology of Health & Illness*, vol. 10, n. 3, 234-261.
- Nosedà R. (2016a), *L'eiaculazione precoce*, in Longhi E., Papini A. (a cura di), *Manuale di Andrologia e Sessuologia*, Pacini Editore, Pisa, 52-57.
- Nosedà R. (2016b), *Ipertrofia prostatica e disfunzione erettile*, in Longhi E., Papini A. (a cura di), *Manuale di Andrologia e Sessuologia*, Pacini Editore, Pisa, 67-72.
- Olafsdottir S. (2013), *Social Constructionism and Health*, in Cockerham W. C. (ed.), *Medical Sociology on the Move. New Directions in Theory*, Springer, London.
- Oliver M. (1996), *Defining Impairment and Disability: Issue at Stake*, in Barnes C., Mercer G. (eds.), *Exploring the Divide*, The Disability Press, Leeds, 29-54.
- Orbuch T. (1997), “People's Accounts Count: The Sociology of Accounts”, *Annual Review*

- of Sociology*, vol. 23, 455-478.
- Papini A. (2006), "Formare specialisti di alto livello", *Andronews*, Anno 7, n. 3, 1-2.
- Parry V. (2003), "The art of branding a condition", *Medical Marketing and Media*, vol. 38, n. 5, 43-49.
- Parsons T. (1981), *Il sistema sociale*, Comunita, Milano [ed. or.: (1951), *The Social System*, The Free Press, Glencoe].
- Payer, L. (1992) *Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers Are Making You Feel Sick*, John Wiley and Sons, New York.
- Payton A. R., Thoits P. A. (2011), "Medicalization, Direct-to-Consumer Advertising, and Mental Illness Stigma", *Society and Mental Health*, vol. 1, n. 1, 55-70.
- Pearce W. B. (1994), *La salute come sistema di significati e di azione*, in Ingrosso M. (a cura di), *La salute come costruzione sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Pescosolido B. A. (2006), "Professional Dominance and the Limits of Erosion", *Society*, vol. 43, n. 6, 21-29.
- Petersen A., Bunton R. (eds.) (1997), *Foucault, Health and Medicine*, Routledge, London and New York.
- Pfadenhauer M. (2009), *At Eye Level: The Expert Interview – a Talk between Expert and Quasi-expert*, in Bogner A., Littig B., Menz W. (eds), *Interviewing Experts*, Palgrave/MacMillan, New York, 81-97.
- Pirozzi Farina, (2016a), *Prefazione*, in in Longhi E., Papini A. (a cura di), *Manuale di Andrologia e Sessuologia*, Pacini Editore, Pisa, 8-9.
- Pirozzi Farina F. (2016b), *L'ejaculazione precoce*, in Longhi E., Papini A. (a cura di), *Manuale di Andrologia e Sessuologia*, Pacini Editore, Pisa, 46-51.
- Potts A. (2000a), "The Essence of the Hard On", *Men and Masculinities*, vol. 3, n. 1, 63-103.
- Potts A. (2000b), "Coming, Coming, Gone: A Feminist Deconstruction of Heterosexual Orgasm", *Sexualities*, vol. 31, n.1, 55-76.
- Potts A. (2002), *The Science/Fiction of Sex: Feminist Deconstruction of the Vocabularies of Heterosex*, Routledge, New York.
- Potts A. (2005), "Cyborg masculinity in the Viagra Era", *Sexualities, Evolution&Gender*, vol. 7, n. 1, 3-16.
- Potts A. et al. (2003), "The Downside of Viagra: Women's Experiences and Concerns", *Sociology of Health & Illness*, vol. 25, n. 7, 697-719.
- Potts A. et al. (2004), "Viagra Stories: Challenging Erectile Dysfunction", *Social Science & Medicine*, vol.59, 489-499.
- Potts A. et al. (2006), "Sex for Life?: Men's Counter-rhetoric on Erectile Dysfunction",

- Male Sexuality and Aging”, *Sociology of Health & Illness*, vol. 28, n. 3, 306-329.
- Preciado P. B. (2013), *Testo Tossico. Sesso, Droghe e Biopolitiche nell'Era farmacopornografica*, Fandango Libri, Roma [ed. or.: (2008), *Testo Yonqui*, Espasa Calpe, Madrid].
- Przybylo E. (2011), “Crisis and safety: The asexual in sexuosity”, *Sexualities*, vol. 14, n. 4, 444-461.
- Rifelli G. (2004), “La psicoterapia mansionale integrata”, *Rivista di sessuologia clinica*, vol. 10, n. 1, 43-50.
- Rifelli G. (2013), “La formazione in sessuologia: i corsi FAD ECM della Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica”, *Rivista di Sessuologia*, vol. 37, n. 1-2, 22-23.
- Rifelli G. (2014), “La sverilità”, *Rivista di Sessuologia*, vol. 38, n. 1-2, 61-66.
- Rifelli G., Rifelli G. (2010), *Impotenza maschile, femminile e di coppia*, Scione editore, Roma.
- Rinaldi C. (2012), *Contro le sociologie disincarnate e naturalizzanti. Riflessioni postmoderne su corpi, generi e sessualità*, in La Spina et al. (a cura di), *Post-moderno e soggettività tra filosofia e sociologia*, Aracne, Roma, 141-170.
- Riska E. (2003), *Gendering the Medicalization Thesis*, in Segal M. S., Demos V. (eds), *Gender Perspectives on Health and Medicine: Key Themes, Advances in Gender Research*, Elsevier Press, Oxford, 59-87.
- Rose N. (2007), “Beyond Medicalization”, *Lancet*, vol. 369, 700-701.
- Rose N. (2008), *La politica della vita*, Einaudi, Torino [ed. or.: (2007), *The Politics of Life Itself*, Princeton U. P., New Haven].
- Rosenberg C. E. (1989), “Disease in History: frame and framers”, *The Milbank Quarterly*, vol. 67, n. 1, 1-15.
- Rosenfeld D., Faircloth C. (eds.) (2006), *Medicalized Masculinities*, Temple University Press, Philadelphia.
- Rossi R. (2004), “Sex counselling, sex therapy e sexual medicine”, *Rivista di sessuologia clinica*, vol. 10, n. 1, 17-28.
- Rossi R., Eleuteri S. (2016), *Aspetti sessuologici della disfunzione erettile*, in Longhi E., Papini A. (a cura di) (2016), *Manuale di Andrologia e Sessuologia*, Pacini Editore, Pisa, 151-155.
- Ruspini E., Fagiani M. L. (2011), *Introduzione. Dall'alfa all'omega passando per gli uomini*, in Fagiani M. L., Ruspini E., *Maschi alfa, beta, omega*, Franco Angeli, Milano, 9-23.
- Sabot P. (2013), “Soggetto, potere, discorso. Da Foucault a Butler, passando da Bourdieu”, *Materiali Foucaultiani*, vol. 2, n. 4, 141-163.
- Sala E. (2010), *L'intervista*, in De Lillo A. (a cura di), *Il mondo della ricerca qualitativa*,

Utet, Torino, 77-104.

- Salis F., Ferrero Camoletto R., Bertone C. (2015), *La medicalizzazione dell'underperformance maschile. Il ruolo dei saperi esperti nella costruzione sociale dell'impotenza in Italia*, in Bellè, E., Poggio B., Selmi G. (a cura di), *Districare il nodo genere-potere: sguardi interdisciplinari su politica, lavoro, sessualità e cultura*, Atti del III convegno nazionale del Centro di Studi Interdisciplinari di Genere, Trento 21 e 22 Febbraio 2014, 146-174.
- Salis F. (2016), *La medicalizzazione dell'underperformance maschile*, in Ferrero Camoletto R., Bertone C. (a cura di), *Le fragilità del sesso forte. Come medicalizzare la maschilità*, Mimesis, Milano, 41-58.
- Scibona et al. (2008), *L'ejaculazione*, in Menchini Fabris et al., *Manuale di andrologia*, edizioni Ets, Pisa, 161-166.
- Serefoglu E. C. (2013), *Epidemiology of Premature Ejaculation*, in Jannini et al. eds), *Premature Ejaculation. From Etiology to Diagnosis and Treatment*, Springer-Verlag, Milano, 45-52.
- Serefoglu E. C. et al. (2014), "An Evidence-Based Unified Definition of Lifelong and Acquired Premature Ejaculation: Report of the Second International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation", *Journal of Sexual Medicine*, vol. 11, 1423-1441.
- Shakespeare T., Watson N. (2002), "The Social Model of Disability: an Outmoded Ideology", *Research in Social Science and Disability*, vol. 2, 9-28.
- Shechter A. et al. (2016), "Attitudes of Sexual Medicine Specialists Toward Premature Ejaculation Diagnosis and Therapy", *Sexual Medicine*, vol. 4, 209-216.
- Shilling C. (2012), *The Body and Social Theory. Third Edition*, Sage, London.
- Simonelli C. (a cura di) (2006), *L'approccio integrato in sessuologia clinica*, FrancoAngeli, Milano.
- Simonelli C. (2006), *Prefazione*, in Simonelli C. (a cura di), *L'approccio integrato in sessuologia clinica*, FrancoAngeli, Milano, 9-12.
- Simonelli C. (a cura di) (2006), *L'approccio integrato in sessuologia clinica*, FrancoAngeli, Milano.
- Simonelli C., Fabrizi A. (2006), *Le disfunzioni sessuali e l'approccio integrato*, in Simonelli C. (a cura di), *L'approccio integrato in sessuologia clinica*, FrancoAngeli, Milano, 13-29.
- Simonelli C. et al. (2002), "La sessuologia come professione in Italia: dati nazionali di una ricerca europea", *Rivista di sessuologia clinica*, vol. 11, n. 2, 5-20.
- Simonelli C. et al. (2005), "Storia della sessuologia in Italia", *Rivista di sessuologia clinica*, vol. 12, n. 2, 7-38.

- Simonelli C. et al. (2006a), *Disfunzione erettile*, in Simonelli C. (a cura di), *L'approccio integrato in sessuologia clinica*, FrancoAngeli, Milano, 64-115.
- Simonelli C. et al. (2006b), *I disturbi dell'orgasmo maschile*, in Simonelli C. (a cura di), *L'approccio integrato in sessuologia clinica*, FrancoAngeli, Milano, 148-177.
- Simonelli C. et al. (2006c), *I disturbi del desiderio maschile e femminile*, in Simonelli C. (a cura di), *L'approccio integrato in sessuologia clinica*, FrancoAngeli, Milano, 30-63.
- Siza R. (2006) *Le professioni del sociologo*, Franco Angeli, Milano.
- Sontag S. (1979), *Malattia come metafora. Il cancro e la sua mitologia*, Einaudi, Torino.
- Sontag S. (1989), *L'Aids e le sue metafore*, Einaudi, Torino.
- Starr P. (1982), *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books, New York.
- Strauss R. (1957), "The Nature and Status of Medical Sociology", *American Sociological Review*, n. 22, 200-204.
- Sulik G. A., Eich-Krohm A. (2008), *No longer a patient: The social construction of the medical consumer*, in Chambré S. M., Goldner M. (eds) (2008), *Patients, Consumers and Civil Society*, Emerald, Bingley, 3-28.
- Swidler A. (1986), "Culture in Action: Symbols and Strategies", *American Sociological Review*, vol. 51, n. 2, 273-286.
- Swidler A., Arditi J. (1994), "The New Sociology of Knowledge", *Annual Review of Sociology*, vol. 20, 305-329.
- Szasz T. (1961), *The Myth of Mental Illness*, Harper Collins, University of Michigan.
- Tiefer L. (1994), "The Medicalization of Impotence: Normalizing Phallocentrism", *Gender and Society*, vol. 8, n. 3, 363-377.
- Tiefer L. (1996), "The Medicalization of Sexuality: Conceptual, Normative and Professional Issues", *Annual Review of Sex Research*, vol. 7, 252-282.
- Tiefer L. (2004), *Sex is Not a Natural Act and Other Essays. Second Edition*, Westview Press, Boulder-Colorado.
- Tiefer L. (2006), "The Viagra Phenomenon", *Sexualities*, vol. 9, n. 3, 273-294.
- Tiefer L. (2007), *Sexuopharmacology. A Fateful New Element in Sexual Scripts*, in Kimmel M. (ed.), *The Sexual Self. The Construction of Sexual Scripts*, Vanderbilt University Press, Nashville, [ebook].
- Tiefer L. (2008), "Prognosis: More Pharmasex", *Sexualities*, vol. 11, n.1/2, 53-64.
- Tiefer L. (2012), "Medicalizations and Demedicalizations of Sexuality Therapies", *Journal of Sex Research*, vol. 49, n. 4, 311-318.
- Tiefer L. (2016), *Prologo: la medicalizzazione della salute sessuale maschile. Una storia dagli Stati Uniti*, in Ferrero Camoletto R., Bertone C. (a cura di), *Le fragilità del sesso forte. Come medicalizzare la maschilità*, Mimesis, Milano, 33-42.

- Tognetti Bordogna M. (2013), *Farmacologizzazione: una nuova sfida*, in Vicarelli G. (a cura di), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Carocci, Roma, 87-110.
- Tomassetti M. (2014), *Eiaculazione precoce. Una malattia culturale*, [ebook].
- Tousijn W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Il Mulino, Bologna.
- Tousijn W. (2009), "I medici in Italia: opportunità e vincoli per una nuova logica professionale", *Tendenze nuove*, n. 2, 175-189.
- Tousijn W. (2012), "Integrating Health and Social Care: Interprofessional Relations of Multidisciplinary Teams in Italy", *Current Sociology*, vol. 60, n. 4, 522-537.
- Tousijn W. (2013), *Dai mezzi ai fini: il nuovo professionalismo*, in Vicarelli G. (a cura di), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Carocci, Roma, 175-193.
- Turchi G. P., Della Torre C. (a cura di) (2007), *Psicologia della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*, Armando Editore, Roma.
- Turchi G. P. et al. (2007), *Fondazione epistemologica del costrutto "salute"*, in Turchi G. P., Della Torre C. (a cura di), *Psicologia della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*, Armando Editore, Roma, 19-43.
- Turchi P. (2011), "Comunicare per vincere la DE", *IoUomo*, vol. 5, n. 1, 3.
- Turner B. S. (1995), *Medical power and social knowledge. Second edition*, Sage, London.
- Twaddle A. C. (1968), *Influence and Illness: Definitions and Definers of Illness Behavior among Older Males in Rhode Island*, Ph.D Thesis, Brown University.
- Twaddle A. C. (1994), *Disease, Illness and Sickness Revisited*, in Twaddle A. C., Nordenfelt L. (eds), *Three Central Concepts in the Theory of Health*, "Studies on Health and Society", n. 18, Linköping, 1-18.
- Tyler M. (2011), *Selling Sex Short: The Pornographic and Sexological Construction of Women's Sexuality in the West*, Cambridge Scholars Publishing, Cambridge.
- Vaggi L. (2009), "Giovane sì, ma molto autorevole", *IoUomo*, anno 3, n. 1, 1-3.
- Vandenburgh H. (2001), "Emerging Trends in the Provision and Consumption of Health Services", *Sociological Spectrum*, vol. 21, n. 3, 47-59.
- Vares T., Braun V. (2006), "Spreading the Word, but What Word is That? Viagra and Male Sexuality in Popular Culture", *Sexualities*, vol. 9, 315-332.
- Vares T. et al. (2007), "Reconceptualizing Cultural Narratives of Mature Women's Sexuality in the Viagra Era", *Journal of Aging Studies*, vol. 21, 153-164.
- Vicarelli G. (2010), "Per una analisi storico-comparata della professione medica", *Stato e mercato*, vol. 90, n. 3, 395-423.
- Vicarelli G. (a cura di) (2013), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Carocci, Roma.
- Virzi et al. (2011), "Medicina Narrativa: cos'è?", *Medicina Narrativa*, n.1, 9-13.

- Waldinger M. D. (2007), "Premature Ejaculation. Definition and Drug Treatment", *Drugs*, vol. 67, n. 4, 547-568.
- Waldinger M. D. (2008a), "New challenges: The need for independency", *Sexologies*, vol. 17, 3-4.
- Waldinger M. D. (2008b), "Premature ejaculation: Advantages of a new classification for understanding etiology and prevalence rates", *Sexologies*, vol. 17, 30-35.
- Waldinger M. D. (2013a), *History of Premature Ejaculation*, in Jannini et al. (eds), *Premature Ejaculation. From Etiology to Diagnosis and Treatment*, Springer-Verlag, Milano, 5-24.
- Waldinger M. D. (2013b), *Treatment of Premature Ejaculation with Selective Serotonin Re-Uptake Inhibitors*, in Jannini et al. (eds), *Premature Ejaculation. From Etiology to Diagnosis and Treatment*, Springer-Verlag, Milano, 229-240.
- Waldinger M. D. (2014), "Pharmacotherapy for premature ejaculation", *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 27, n. 6, 400-405.
- Wardrope A. (2015), "Medicalization and Epistemic Injustice", *Med Health Care and Philos*, vol. 18, n.3, 341-352.
- Wentzell E. (2013), *Maturing Masculinities. Ageing, Chronic Illness and Viagra in Mexico*, Duke University Press, Durham and London.
- Wentzell E. (2016), *Disfunzioni sessuali e maschilità in cambiamento in Messico*, in Ferrero Camoletto R., Bertone C. (a cura di), *Le fragilità del sesso forte. Come medicalizzare la maschilità*, Mimesis, Milano, 111-135.
- West C., Zimmerman D.H. (1987), "Doing Gender", *Gender & Society*, vol. 1, n. 2, 125-151.
- Wienke C. (2006), *Sex the Natural Way: the Marketing of Cialis and Levitra*, in Rosenfeld D., Faircloth C. (eds.), *Medicalized masculinities*, Temple University Press, Philadelphia, 45-64.
- Wilkes M. S. et al. (2000), "Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising: Trends, Impact, and Implications", *Health Affairs*, vol. 19, n. 2, 110-128.
- Williams S. J., Gabe J., Davis P. (2008), "The Sociology of Pharmaceuticals: Progress and Prospects", *Sociology of Health and Illness*, vol. 30, n. 6, 813-824.
- Williams S. J., Martin, P., Gabe J. (2011a), "The Pharmaceuticalisation of Society? A Framework for Analysis", *Sociology of Health and Illness*, vol. 33, n.5, 710-725.
- Williams S. J., Martin, P., Gabe J. (2011b), "Evolving Sociological Analyses of Pharmaceuticalisation: a Reply to Abraham", *Sociology of Health and Illness*, vol. 33, n.5, 729-730.
- Williams S. J., Martin, P., Gabe J. (2012), "Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: A commentary on Bell and Figert", *Social Science & Medicine*, n. 75,

2129-2130.

- Williams S. J., Seale C., Boden S. et al. (2008), "Waking up to Sleepiness: Modafinil, the Media and the Pharmaceuticalisation of Everyday/Night Life", *Sociology of Health and Illness*, vol. 30, n.6, 839–855.
- Woolgar S. (1997), *Configuring the User: The Case of Usability Trials*, in Grint J., Woolgar S. (eds.), *The Machine at Work: Technology, Work and Organization*, Polity Press, Cambridge, 65-94.
- Young A. (2006), *Antropologie della "illness" e della "sickness"*, in Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica*, Cortina, Milano.
- Zola I. K. (1966), "Culture and Symptoms: an Analysis of Patient's Presenting Complaints", *American Sociological Review*, vol. 31, n. 5, 615-630.
- Zola I. K. (1972), "Medicine as an Institution of Social Control", *The Sociological Review*, vol. 20, n. 4, 487-504.

Sitografia

Campagne di sensibilizzazione:

<http://www.androlife.it/>
<http://www.amicoandrologo.it/web/it/>
<http://www.bastascuse.it/>
<http://www.benesserecoppia.it/>
<http://www.chiedi-aiuto.it/>
<http://notjustamoment.com/>
<http://www.prevenzioneandrologica.it/>
<https://www.uomoesalute.it/>

Società/scuole andrologiche e sessuologiche:

<http://www.aidass.it/>
<http://www.aispa.it/>
<http://www.andrologiaitaliana.it/>

<http://centroclinicocrocetta.it/>
<http://www.cisonline.net/>
<http://www.dasonline.it/>
<http://www.fissonline.it/>
<http://www.irf-sessuologia.it/>
<http://www.sessuologiaclinicaroma.it/>
<http://www.siams.info/>
<http://www.siu.it/>
<http://www.sssc.torino.it/>

Dati, informazioni e leggi sui farmaci:

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/>
<http://www.cialis.com/>
<http://www.imshealth.com>
<http://www.medicoeleggi.com>
<http://www.levitraaerosolubile.it/>
<http://www.pfizer.it/>