

LA MEDICINA GENERALE PUÒ ESSERE ANCHE UNA MEDICINA DEL PIACERE?

RAFFAELLA MICHIELI

Medico di Medicina Generale, Venezia;
Segretario Nazionale SIMG

Il contesto sociale in cui opera la Medicina Generale è cambiato significativamente negli ultimi decenni.

L'epidemiologia della malattie, i bisogni sanitari della popolazione e la promozione della salute sono i temi che un Medico di Medicina Generale (MMG) quotidianamente affronta. È cambiata però anche la percezione del benessere che non è più visto solo come assenza di malattia ma, come citato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale". Sono quindi diverse le richieste dei nostri assistiti, sia quelle esplicite che quelle implicitamente portate alla nostra attenzione attraverso i sintomi del più diverso genere.

È impossibile quindi perseverare, come avviene tuttora, nel non valutare, tra gli indicatori della Qualità di vita, il benessere sessuale.

I medici sono ancora riottosi all'idea di occuparsi di questa sfera considerata marginale, fastidiosa e poi così difficile da affrontare senza un'adeguata preparazione, e nei nostri corsi di formazione abbiamo dovuto a volte superare delle difficoltà per far comprendere ai colleghi che la nostra è un'operazione legata a concetti condivisi e accettati a livello internazionale, come quello della Salute Sessuale.

Sexual Health

Sexual health is the experience of the ongoing process of physical, psychological, and sociocultural well being related to sexuality. Sexual health is evidenced in the free and responsible expressions of sexual capabilities that foster harmonious personal and social wellness, enriching individual and social life. It is not merely the absence of dysfunction, disease and/or infirmity. For Sexual Health to be attained and maintained it is necessary that the sexual rights of all people be recognized and upheld.

D'altronde ciò che abbiamo imparato nel corso degli studi universitari è utile a svelare i segni ed i sintomi delle patologie, del dolore fisico, ma poco ci è stato insegnato sulle relazioni umane e sulla comprensione

di ciò che sono i desideri delle persone che si rivolgono a noi.

Nel 1995 divenne disponibile in Italia il primo farmaco per la cura dell'"impotenza". Questo termine terribile suonava come una condanna ai malcapitati che al fine osavano confessarci il loro problema, e anche per noi non era troppo gradevole occuparsi di un problema che riguardava zone del corpo raramente ispezionate o visitate. Prendersi carico di questo disturbo o, peggio ancora, cercare di guarirlo, era abbastanza difficile, visti gli scarsi mezzi terapeutici a disposizione prima dell'avvento degli inibitori delle fosfodiesterasi (PDE).

In qualche modo la spinta data dalle industrie del farmaco a queste molecole, ha stimolato la Medicina Generale a sviluppare una branca fino a quel momento a lei quasi sconosciuta, la Sessuologia. Sviluppando questo tema abbiamo cercato di evitare il rischio che si affermasse il teorema "un problema-una pillola", che i mass-media hanno forzatamente tentato di imporre, ma soprattutto di riappropriarci di una disciplina la cui conoscenza è fondamentale per migliorare la qualità di Vita nei pazienti che hanno problemi con il loro vissuto sessuale.

La sessualità è un processo molto complesso nel quale componenti organiche di vario tipo (neurologiche, endocrine e vascolari) si integrano con componenti non-organiche legate ad esperienze personali, a fattori culturali, all'educazione ricevuta, all'influenza familiare e sociale, alla presenza o meno di conflitti relazionali, a credenze di tipo religioso e, non ultimo, alle condizioni di stress legate al lavoro o a problemi di tipo finanziario¹.

Come è possibile per noi non occuparcene?

Oggi questo concetto è molto chiaro alla maggior parte dei MMG, e soprattutto ai neolaureati che si accorgono subito, entrati nella realtà lavorativa, di quanto spesso durante le visite si incappi in problematiche inerenti la sessualità e di quanto poco si sentano preparati in questo campo.

Purtroppo, infatti, durante gli studi universitari, l'insegnamento della Sessuologia è praticamente assente, a parte qualche accenno durante le lezioni che trattano argomenti inerenti la Sessualità, come la Contraccezione, la Menopausa, le Malattie Sessualmente Trasmesse. Di fatto la maggior parte dei medici esce dall'Università

senza conoscenze specifiche. Ciò crea un effetto paradosso tra la spinta informativa attuata dai media sul sesso in genere, le disfunzioni sessuali e le loro terapie, e l'insufficiente conoscenza dei medici che a volte hanno difficoltà anche a rispondere alle domande dei loro pazienti.

Una cosa che il MMG deve ricordare sempre è che i suoi assistiti, sia gli uomini sia le donne, desiderano che sia il proprio medico a chiedere loro se vivono bene la loro sessualità.

Questo è un dato ormai acclarato da numerose ricerche condotte nell'ambito della Medicina Generale in Italia² e in Europa³, e fa parte della pratica clinica comune nella quale i problemi di natura sessuale sono estremamente frequenti ed evidenti ad un occhio attento.

Non solo infatti l'82% dei pazienti giudica molto importante il benessere sessuale, e il 60% di loro vorrebbe parlarne con il proprio medico, ma la semplice anamnesi sessuale da parte del medico aumenta di sei volte la diagnosi di problematiche legate alla sessualità, che diversamente forse non sarebbero mai emerse⁴.

Porre domande utili a questo scopo è quotidianamente possibile in Medicina Generale, senza alcun aggravio di lavoro; al contrario ciò può facilitarci nella comprensione di tanti piccoli segni apparentemente poco unificabili sotto un unico denominatore patologico. L'anamnesi che quotidianamente svolgiamo a chi entra nei nostri studi, vuoi che sia la prima volta o la millesima, può infatti rivelarci molte cose che vanno oltre la semplice risposta alla nostra domanda. Una banale domanda sullo stato coniugale posta ad una giovane donna, per esempio, non ci dirà solo se in effetti è sposata o no, ma dal tipo di tono usato o dal commento aggiunto (spesso non richiesto) ci potrà indirizzare su come considera il

suo rapporto di coppia. Così come l'indagine sul metodo contraccettivo eventualmente usato ci potrà aprire un mondo di conoscenze sul modo di percepire il proprio corpo, sul rapporto con la propria sessualità e con il proprio partner.

È indispensabile conoscere meglio questi aspetti della vita dei nostri pazienti per sapere cos'è per loro il benessere e come vivano il piacere.

Diversamente sarà molto difficile comprendere come aiutare una donna che soffre di colon irritabile, per esempio. Infatti il 32% delle pazienti, che si rivolgono al medico per disturbi addominali cronici, ha subito una violenza fisica e/o sessuale⁵ perciò a nessuna di loro andrà negata una quanto più possibile delicata, ma approfondita ricerca dei possibili problemi di violenza subita. Non si tratta quindi di "curare" il colon irritabile od un altro tipo di dolore cronico, ma di capire come uscire da una sofferenza per ritrovare un piacere che non sia solo legato all'assenza del mal di pancia. Il 9% delle nostre pazienti può aver subito un abuso o una violenza⁶: com'è possibile che nella maggior parte dei casi non vengano riconosciute dai medici? Visto che sappiamo anche che esiste un netto aumento dell'uso di psicofarmaci in queste donne non dovrebbe essere difficile pensarci e chiedere, con tatto, senza paura, anche in un setting come la Medicina Generale, se ci sono dei rapporti sessuali, e come vanno. Sapere se la paziente prova il piacere ci può far capire il perché prova dolore, il perché è depressa, il perché soffre di cistiti recidivanti o non riesce a rimanere gravida. L'età dei nostri assistiti sta notevolmente aumentando e sempre di più ci troviamo ad aver a che fare con persone che, nonostante l'età, cercano di mantenersi sessualmente attive. Abbiamo in questo un ruolo molto importante perché il Medico di

Elenco di possibili indicatori facilmente indagabili in Medicina Generale, ognuno dei quali può metterci in allarme riguardo la presenza di rischi legati all'attività sessuale, o a gravidanze indesiderate, ma soprattutto riguardo la presenza di eventuali disfunzioni sessuali

Partner	La presenza di più partner è fattore di rischio per le malattie sessualmente trasmesse
IVG	Prevenzione, problematiche di violenza
Contraccezione	Dipende dal numero dei partner e dei rapporti, dai fattori di rischio, ecc.
Gravidanze	Maternità responsabile, informazione
Menopausa	Paure, contraccezione, sessualità
Cistiti	Spesso segnale di disfunzione sessuale, violenza
Vaginiti	Prevenzione e cura, possibile segno di disfunzione sessuale
Colon irritabile	Spesso segno indiretto di violenza subita
Indice di massa corporea	Anoressia-bulimia, problema del sé
Infertilità	A volte dipende da disfunzione sessuale
Depressione	Causa ed effetto di disfunzione sessuale

famiglia è il primo referente cui i pazienti si rivolgono, pur se spesso con timore e vergogna⁷. Aiutarli a realizzare questo piacere spesso può migliorare anche la salute della coppia. È infatti dimostrato quanto un buon rapporto di coppia influenzi la sessualità e viceversa⁸. È facile comprendere che questo tipo di approccio anamnestico non è affatto superficiale poiché è fondamentale per conoscere le persone che curiamo, per sospettare la presenza di disturbi della sessualità e per permettere l'eventuale accesso al secondo livello in caso di necessità.

Il riconoscimento delle diverse disfunzioni sessuali seguirà un iter diverso nell'uomo e nella donna e senz'altro c'è da tener conto delle maggiori difficoltà diagnostiche legate alla diversità del ciclo sessuale femminile. Tale problematica non ci deve scoraggiare. Non esistono solo donne in menopausa in cui la fine della funzione riproduttiva determini un cambiamento che viene vissuto come negativo, a volte addirittura come perdita d'identità, e si unisce ai cambiamenti fisici legati alla carenza ormonale. In realtà paradossalmente in quel periodo può accadere che il desiderio sessuale aumenti perché libero dal timore delle gravidanze e per il desiderio della donna di sentirsi confermata come oggetto di desiderio.

Forse è il momento di cambiare, di non chiederci solo come svolgere una medicina che scopa le malattie

e possibilmente le guarisca, ma di cercare di essere proattivi nello sviluppo del benessere dei nostri assistiti senza timore di guardarci dentro per capire anche per noi cos'è il piacere.

Bibliografia

- 1 Phillips NA. *Female sexual dysfunction: evaluation and treatment*. Am Fam Physician 2000;62:127-36, 141-2.
- 2 Read S, King M, Watson J. *Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner*. J Public Health Med 1997;19:387-91.
- 3 Nusbaum MR, Hamilton CD. *The proactive sexual health history*. Am Fam Physician 2002;66:1705-12.
- 4 Walczak MK, Lokhandwala N, Hodge MB, Guay AT. *Prevalence of cardiovascular risk factors in erectile dysfunction*. J Gend Specif Med 2002;5:19-24.
- 5 Baccini F, Pallotta N. *Prevalence of sexual and physical abuse and its relationship with symptom manifestations in patients with chronic organic and functional gastrointestinal disorders*. Dig Liver Dis 2003;35:256-61.
- 6 Romito P. *Violenza domestica e salute mentale delle donne: una ricerca sulle pazienti di Medicina Generale*. In pubblicazione.
- 7 Marwick C. *Survey says patients expect little physician help on sex*. JAMA 1999;281:2173-4.
- 8 Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. *Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey*. J Epidemiol Community Health 1999;53:144-8.

