

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

Medicalizzare l'inadeguatezza maschile: discorsi esperti sulla salute sessuale maschile in Italia.

This is the author's manuscript

Original Citation:

Availability:

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/155261> since 2016-07-28T12:47:32Z

Published version:

DOI:10.3280/SES2015-001016

Terms of use:

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)

Medicalizzare l'inadeguatezza maschile: discorsi esperti sulla salute sessuale maschile in Italia

Raffaella Ferrero Camoletto^{*}, *Università di Torino*
Chiara Bertone^{**}, *Università del Piemonte Orientale*
Francesca Salis^{***}, *Università di Milano Bicocca*

Il "fenomeno Viagra" è l'espressione più visibile e più studiata di un processo globale più ampio, la crescente medicalizzazione della sessualità maschile, in cui si intrecciano discorsi esperti e strategie di marketing delle multinazionali farmaceutiche. Associando la salute maschile alla capacità di controllo e all'espressione della potenza sessuale, questo processo contribuisce a dare forma ad un nuovo discorso pubblico sulla mascolinità, che assume i contorni di un virilismo medicalizzato, legittimato da fondamenti scientifici, attraverso cui si restaurano le basi di un'immagine naturalizzata dell'uomo e della sua sessualità.

In questo contributo¹ analizziamo alcune delle caratteristiche che la medicalizzazione della sessualità maschile sta assumendo in Italia nel discorso pubblico e nelle pratiche mediche. Le nostre riflessioni sono fondate su primi elementi di indagine empirica relativi alle campagne di comunicazione sociale sulla salute sessuale maschile realizzate in questi anni e agli attori in esse coinvolti.

1. Il Viagra come oggetto culturale

L'immissione nel mercato del Viagra nel 1998 è stata accompagnata, nei paesi che lo consentono, da costose campagne pubblicitarie promosse dalla casa produttrice, la Pfizer. Negli Stati Uniti il caso Viagra ha rappresentato in effetti uno dei primi esperimenti in grande scala delle nuove possibilità

* Dipartimento di Culture, Politica e Società, Università di Torino. Email: raffaella.ferrerocamoletto@unito.it. Tel. 011/6702683.

** Dipartimento DIPGES, Università del Piemonte Orientale. Email: chiara.bertone@unipmn.it.

*** Corso di Dottorato in Sociologia Applicata e Metodologia della Ricerca Sociale, Università di Milano Bicocca. Email: f.salis2@campus.unimib.it.

¹ Il testo è stato presentato e discusso al Convegno *Districare il nodo genere-potere*, 21-22 febbraio 2014, Università di Trento.

di marketing aperte l'anno prima dal Modernization Act, approvato dalla Food and Drug Administration, che consentiva la pubblicità diretta ai consumatori anche per i farmaci soggetti a prescrizione medica. Seguiranno pochi anni dopo, nel 2003, altri farmaci analoghi, sempre inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE5i), come il Cialis e il Levitra.

La collaborazione in queste campagne ed il grande successo nella diffusione dei farmaci suggellano un'alleanza tra diversi attori (*in primis* medici e compagnie farmaceutiche) impegnati nell'espandere diagnosi e trattamento delle disfunzioni sessuali maschili, che è stata interpretata come una vera e propria strategia di *disease mongering*, ossia traffico di malattie per scopi di profitto (Parry, 2003; Moynihan e Cassels, 2005). Il marketing di questi farmaci ha accelerato un processo di cambiamento già in corso nella definizione del problema dell'*underperformance* maschile: da impotenza come condizione non necessariamente medica densa di connotazioni stigmatizzanti a *disfunzione erettile* come patologia riconducibile a fattori fisiologici, e da questa a *qualità erettile* come questione di soddisfazione per la qualità della propria erezione e performance sessuale. Attraverso questa espansione diagnostica (Conrad, 2007), cambia il target raggiungibile: da quello chiaramente medicalizzato degli uomini di mezza età o anziani con patologie come il cancro alla prostata o l'alta pressione, di cui la disfunzione erettile (DE) era un effetto collaterale, ad una popolazione sempre più ampia di uomini non sufficientemente sicuri e soddisfatti della qualità della loro erezione.

Questi processi hanno catalizzato l'attenzione di studiosi e studiosi, soprattutto nei paesi in cui la pubblicità diretta ai consumatori di farmaci soggetti a prescrizione è possibile, come gli Stati Uniti e la Nuova Zelanda. Nell'ultimo decennio si è così sviluppato un filone di ricerca, conosciuto come "*Viagra studies*"², che ha analizzato il Viagra e i suoi analoghi come oggetti culturali, cogliendo nei modi in cui questi farmaci sono pubblicizzati, prescritti, diffusi e consumati un caso emblematico di costruzione della maschilità attraverso pratiche medicalizzate (Tiefer, 1994; Loe, 2004; Wienke, 2005; Carpiano, 2001; Grace e Potts, 2006). E' soprattutto grazie a questi studi, in effetti, che il corpo maschile e la maschilità sono stati sottratti all'invisibilità in cui erano in gran parte relegati nella ricerca sui processi di medicalizzazione della società (Rosenfeld e Faircloth, 2006).

I "*Viagra studies*" hanno mostrato come discorsi e pratiche intorno al

² Si veda l'emergere, sulle riviste internazionali, di *special issues* dedicati alla medicalizzazione e pharmaceuticalizzazione della sessualità: cfr. *British Medical Journal*, 2002, 324 (7342); *Sexualities*, 2006, 9(3); *Journal of Sex Research*, 2012, 49(4).

Viagra e farmaci analoghi promuovono aspettative di funzionamento corporeo che riproducono la visione naturalizzata di una sessualità maschile sempre pronta e al tempo stesso inducano a superare i limiti della "natura", cancellando l'incertezza ed instabilità della performance sessuale, identificata in ogni caso con il controllo della capacità penetrativa (Potts, 2000 e 2004; Mamo e Fishman, 2001). Anche i mutamenti della sessualità legati all'invecchiamento, in tale prospettiva, vengono ridefiniti come processi patologici, che la medicina consente ora di contrastare (Marshall e Katz, 2002; Katz e Marshall, 2004). Questa nuova forma di virilismo contrasta con concezioni più contestualizzate e simmetriche della sessualità che pure sembrano aver guadagnato spazio, negli ultimi decenni, nelle esperienze sessuali anche maschili (Ferrero Camoletto e Bertone, 2012). E in effetti, è soprattutto a partire da ricerche sulle esperienze degli uomini consumatori di questi farmaci, e delle loro partner in contesti eterosessuali, che sono emerse forme di eccedenza e resistenza rispetto ai discorsi egemoni che ne hanno accompagnato la diffusione, mostrando una più ampia pluralità di significati della sessualità e rivelando maschilità più flessibili ed aperte al cambiamento (Potts et al., 2003 e 2004; Loe, 2006). Meno indagata è la presenza di visioni più plurali e problematizzanti nei discorsi esperti, una dimensione che è parte dell'analisi proposta da questo paper.

A partire dal fenomeno Viagra, riflessioni sulle implicazioni per la costruzione dei generi e della sessualità sono state sviluppate anche rispetto ad altre forme di disfunzioni sessuali maschili, interessate in questi anni da nuovi processi di espansione diagnostica e strategie di trattamento farmacologico, come l'eiaculazione precoce o il deficit androgeno (Marshall, 2009). In tutti questi casi viene rilevata l'espansione di un immaginario farmaceutico, attraverso il quale la soluzione medica ai problemi tende a prendere la forma della *quick-fix pill*, una *magic bullet* da cui ci si aspetta semplicità e rapidità dei risultati (Abraham, 2010).

2. Informare per prescrivere: campagne di comunicazione sociale e costruzione del campo andrologico in Italia

Anche in Italia i farmaci PDE5i hanno avuto un grande successo di diffusione: secondo dati riportati dalla Pfizer, nel 2008 l'Italia era il terzo paese europeo per il loro livello di consumo, dopo il Regno Unito e la Germania.³ Ricerche promosse dalle multinazionali che producono questi

³ Dati riportati dal sito italiano della Pfizer: <http://www.pfizer.it/cont/comunicati->

farmaci ci danno anche alcune indicazioni sui consumatori, attuali o potenziali, e sui loro atteggiamenti. La Pfizer ha finanziato nel 2000 una survey su un campione di italiani tra gli 8 e i 74 anni, rappresentativo della popolazione nazionale⁴. Soltanto il 2% degli uomini intervistati dichiara di aver utilizzato un farmaco per la DE, 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 (il 43% degli uomini per se stessi, il 31% delle donne per il loro partner). La legittimità sociale di questo tipo di farmaci è ancora più ampia: 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%).

La commercializzazione di questi farmaci non è stata accompagnata da pubblicità dirette ai consumatori, che in Italia come nel resto dell'Unione Europea sono vietate per i farmaci soggetti a prescrizione medica. Le compagnie farmaceutiche hanno adottato strategie diverse per esplorare e sviluppare il proprio mercato, tra le quali la sponsorizzazione di campagne di comunicazione sociale, ufficialmente promosse da società scientifiche di categoria e spesso patrocinate da istituzioni pubbliche con il fine di informare la popolazione sulla diffusione dei problemi sessuali maschili e promuoverne la cura.

La DE è diventata oggetto specifico di campagne nazionali a partire dal 2008: «Amare senza pensieri» (2008), «Basta scuse - Torna ad amare» (2010), «Chiedi aiuto» (2012) e «Uomo e salute», attualmente in corso. Queste campagne sono state promosse o patrocinate dalle principali associazioni andrologiche italiane⁵, con la collaborazione in alcuni casi del Ministero della Salute, e sponsorizzate o, nel caso della campagna più recente, direttamente promosse dalla Eli Lilly, multinazionale produttrice del Cialis. Versioni italiane di campagne internazionali, sono organizzate attraverso siti internet che forniscono diversi tipi di materiale: informazione scientifica, interviste con medici, test per l'autodiagnosi, storie di pazienti, video educativi, liste dei medici da contattare, ecc. Per una maggiore visibilità esse hanno utilizzato anche spot televisivi e spazi pubblicitari in quotidiani e riviste.

La costruzione della salute sessuale maschile come problema sociale attraverso campagne di sensibilizzazione non ha tuttavia riguardato soltanto

stampa/0812/2300/compleanno-per-la-pillola-blu-.asp.

4 Cfr. «Gli italiani e la sessualità», realizzato da GPF (Mianiti 2009).

5 Sono la SIA (Società Italiana di Andrologia), la SIU (Società Italiana di Urologia) e la SIAMS (Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità), che raccoglie, oltre a medici, anche psico-sessuologi.

la DE, ma ha anche assunto le forme di generali campagne di informazione e educazione sulla salute sessuale e riproduttiva maschile, e ha interessato anche altre dimensioni più specifiche di inadeguatezza o rischio, quali l'eiaculazione precoce e l'infertilità.

Tab.1 Campagne di sensibilizzazione sulla salute sessuale maschile in Italia dal 2001

| Periodo | Titolo | Tema | Target | Attori (promotori patrocinatori, sponsor) |
|----------|---|---|-------------------------------|---|
| Dal 2001 | Settimana (nel 2012 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) |
| 2008-09 | 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 |
| 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 | Eiaculazione precoce | 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 | Uomo e Salute | DE e I.P.B. | Uomini 40-70 | SIAMS, SIA, SIU, Eli Lilly |
| 2013 | Benessere Coppia | Eiaculazione precoce | Uomini di qualsiasi età | SIAMS, SIA, SIU, AOGOI, Menarini |

Come emerge dalle campagne più generali sulla salute sessuale maschile, un obiettivo condiviso dai promotori è quello di promuovere tra gli uomini l'adozione di uno "stile di vita andrologico" (come recita «Androlife» del 2011) lungo tutto il corso di vita, che sottopone l'uomo allo scrutinio costante dell'esperto andrologo, in un rapporto di fidelizzazione con il paziente del tutto simile a quello che può esserci tra ginecologo e

pazienti donne (Bevere *et. al.*, 2012). Le campagne hanno infatti accompagnato negli ultimi decenni un processo di definizione di un campo professionale, quello dell'andrologia, ancora caratterizzato da debole istituzionalizzazione, competizione tra diverse competenze (urologiche, endocrinologiche, sessuologiche) e incertezza dei confini (Salis, 2013).

3. Un'analisi dei discorsi esperti in Italia

L'analisi proposta in questo paper è parte di un più ampio lavoro di ricerca, avviato da alcuni anni, sulle forme della medicalizzazione della sessualità maschile in Italia e sulle loro implicazioni per la costruzione della sessualità maschile e della maschilità⁶ (Ferrero Camoletto e Salis, 2013).

Ci concentriamo qui in particolare su discorsi e pratiche relativi alla diagnosi e al trattamento della DE, a partire da una delle campagne di comunicazione sociale realizzate in questi anni, «Basta scuse - Torna ad amare» (2010), che rappresenta un passaggio fondamentale di espansione diagnostica e ridefinizione del problema e del suo trattamento⁷.

L'analisi dei materiali visivi e testuali prodotti per questa campagna è stata integrata con interviste ad alcuni specialisti del settore, in particolare medici andrologi e psico-sessuologi, che sono stati coinvolti nella costruzione e/o nella promozione di questa campagna⁸. Le interviste consentono di esplorare come le strategie diagnostiche e terapeutiche promosse dalle campagne, ed i significati in esse attribuiti a sessualità e maschilità, siano interpretati attraverso le pratiche di cura e la relazione con i pazienti⁹. In questo modo è stato possibile cogliere anche alcuni elementi

⁶ La ricerca, avviata nel 2010, è stata condotta da chi scrive senza specifici finanziamenti, ed ha previsto l'analisi di materiale documentario relativo alle campagne e la realizzazione di interviste a esperti della salute sessuale maschile (andrologi, urologi, sessuologi, ma anche responsabili della ricerca, del marketing e della comunicazione di case farmaceutiche, informatori del farmaco, farmacisti, medici di base). Il progetto prevede anche la realizzazione di interviste a consumatori dei farmaci per la cura delle disfunzioni sessuali maschili e ai/alle loro partner.

⁷ Uno studio complessivo delle campagne sulla salute sessuale maschile è riportato in Ferrero Camoletto e Bertone 2012.

⁸ Alle 14 interviste individuali semi-strutturate realizzate da Francesca Salis nel 2012 (per gli aspetti metodologici, cfr. Salis 2013), si sono sommate altre 5 interviste individuali realizzate nel 2013. Nell'analisi sono anche state utilizzate le opinioni espresse dagli specialisti coinvolti in una Tavola Rotonda in occasione della giornata di studi *La salute come costruzione sociale: discorsi e pratiche di medicalizzazione e demedicalizzazione*, tenutasi a Torino il 16 novembre 2013.

⁹ Per un'analisi più articolata cfr. Salis 2013.

di distanziamento dalle rappresentazioni promosse nelle campagne, che abbiamo analizzato come basi potenziali per lo sviluppo di controdiscorsi sulla sessualità maschile.

3.1 Una maschilità da ricostituire: discorsi dominanti sulla disfunzione erettile

L'analisi della campagna e delle interviste evidenzia come la salute sessuale maschile si configuri come un territorio oggetto di tensioni e di contese per la costruzione di una "dominanza professionale" (Freidson, 1970 e 2002): essa garantirebbe piena legittimità ad una categoria professionale, quella degli andrologi, che ancora non sembra godere di un pieno accesso allo status di professione (alla stessa stregua delle quali le specialità mediche, nella letteratura sociologica sulle professioni mediche, sono di fatto considerate), sia perché priva di un percorso di specializzazione unitario e di uno statuto riconosciuto a livello nazionale, sia perché il campo della sessualità maschile su cui reclama il monopolio è stato forse sino a tempi recenti uno dei meno aperti all'influenza delle pratiche e dei discorsi medicalizzati in Italia. L'asserita scarsa propensione degli uomini italiani a rivolgersi ad un esperto dell'area medica per affrontare i propri disagi sessuali viene imputata, dagli stessi intervistati, non solo ad una ridotta conoscenza del proprio corpo e delle corrette soluzioni (mediche) oggi disponibili per risolvere le eventuali problematiche, ma anche ad una reticenza apparentemente tipica dell'uomo, soprattutto se mediterraneo, secondo una lettura che intreccia contemporaneamente una visione naturalizzante e culturalizzante dell'identità maschile.

3.1.1 La campagna "Basta scuse – Torna ad amare"

Per quanto riguarda i messaggi veicolati dalla specifica campagna oggetto di analisi, si nota come, nonostante essa sia stata approvata e implementata anche da parte di specialisti sessuologi, il taglio dato alla presentazione della problematica della DE propenda nettamente per un inquadramento di tipo fisico-vascolare e per la proposta di una soluzione farmacologizzata. Anche nel panorama italiano sembra dunque aver prevalso il paradigma clinico-organico che, a partire dagli anni Ottanta, ha

soppiantato una spiegazione psicologica-relazionale dei disagi di tipo sessuale, passaggio reso emblematico anche dal cambiamento terminologico da impotenza a DE. Come sottolinea Parry (2003), in questo slittamento di paradigmi eziologici risultano evidenti gli sforzi che fece la Pfizer per promuovere la ridefinizione di una condizione già esistente ma stigmatizzata, l'impotenza, attraverso l'imposizione di una nuova definizione scientificamente più neutra, la DE causata da complicazioni esclusivamente organiche meno umilianti di un disagio psichico, e la contemporanea associazione del termine DE con il farmaco più adatto alla sua cura, il Viagra: un binomio indissolubile tra problema e soluzione.

All'interno della campagna la DE viene presentata come un serio problema di salute caratterizzato da alte statistiche di diffusione: più della metà degli italiani, «tra i 40 e i 70 anni, può aver sofferto di una qualche forma di DE». Allo stesso tempo, però, è possibile individuare anche una serie di locuzioni più indeterminate che potenzialmente allargano il target ad ogni uomo sessualmente attivo: «La DE è un problema di salute che colpisce circa un uomo su 10»; «Non è sorprendente che la maggior parte degli uomini sperimenti problemi di erezione in qualche momento della vita».

A incidere su questa sensazione di indeterminazione c'è la presenza di un noto questionario di autovalutazione: l'*International Index of Erectile Function* (IIEF), nella sua versione breve di cinque domande (IIEF-5): le prime quattro sono dirette a giudicare la “tangibilità” della funzionalità erettile sufficiente per il coito penetrativo, mentre l'ultima è relativa ad un indefinito grado di piacere provato durante il rapporto. Oltre a decontestualizzare completamente la situazione socio-relazionale, strutturale e di salute generale del soggetto che vi si sottopone, queste domande si incentrano esclusivamente sul coito penetrativo. Non vengono quindi indagate né le pratiche di auto-erotismo, né tutte le altre pratiche sessuali declassate al grado di “preliminari” nella concezione dominante dell'imperativo coitale (Potts, 2000; Gavey, 2011) che test come l'IIEF contribuiscono a rinforzare. Inoltre, così come è costruito, tale test riprende la concezione di una possibile gradualità della patologia postulando l'esistenza di un continuum ad un capo del quale viene posta la prestazione erettile ottimale. La salute sessuale, ridotta alla funzionalità peniena, viene così concepita in termini di adeguamento agli standard di un modello omologato di efficienza. Infatti, per poter sostenere di avere una funzionalità erettile così valida, il soggetto deve rispondere con i valori massimi tra quelli a disposizione. La DE lieve viene riscontrata anche nel caso in cui si risponda con le opzioni più alte per quanto riguarda i primi indicatori, relativi alla performance dal punto di vista prettamente fisico, e

si selezioni il valore più basso per il quinto indicatore relativo al piacere provato. 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 relative al piacere/eccitamento/desiderio, difficilmente inscrivibili, e risolvibili, all'interno di una definizione organico-vascolare della DE.

Dal momento in cui tutto ciò che si trova al di sotto della prestazione ritenuta ottimale dall'IIEF-5 viene considerato disfunzionale, si comprende come sia stata implicitamente stabilita l'equazione tra ottimale e normale, costruita lungo l'opposizione binaria funzionale/disfunzionale (Katz e Marshall, 2004). Ciò favorisce una massiccia medicalizzazione dell'*underperformance* maschile che apre a sviluppi in direzione di uno *human enhancement* potenzialmente illimitato (Maturò, 2012 a 2012b).

Come già sottolineato, risulta chiara la preferenza verso il paradigma clinico-fisico rispetto a quello psicologico. Nelle sezioni “sintomi” e “cause” viene costantemente sottolineato il meccanismo “idraulico” di funzionalità peniena e ribadito che la DE è nella maggior parte dei casi un problema di origine fisica: «Fino all'80% dei casi di DE dipendono da cause fisiche»; «La DE non deve essere interpretata solo come stanchezza o stress». Le cause psicologiche menzionate vengono ricondotte a più che generiche situazioni di ansia, stress o condizionamenti ambientali e descritte come per lo più secondarie e conseguenti ad una “vera” ragione organica sottostante. Non vengono in nessuna parte del sito menzionati i disturbi dell'eccitazione e del desiderio, che secondo i sessuologi intervistati sono invece da ritenersi tra le prime cause del deficit.

La costruzione di un clima di allarme sociale e sanitario viene però compensata da messaggi rassicuranti circa l'efficacia delle soluzioni terapeutiche disponibili, indipendentemente dalla eziologia: «Fino al 95% dei casi di DE possono essere trattati»; «L'aspetto importante da ricordare è che la DE può essere trattata nella maggior parte dei casi, indipendentemente dalla sua causa»; «I PDE5i sono la prima scelta terapeutica in pressoché tutte le forme di DE». Nella parte relativa ai trattamenti oggi esistenti il sito dedica diverse sezioni alla presentazione di questi farmaci, descrivendone dettagliatamente il funzionamento e mettendone a confronto le differenti molecole, senza dedicare alcuno spazio ad informazioni relative agli effetti collaterali. Il restante panorama terapeutico è inserito nella ben più superficiale sezione “Altri trattamenti” all'interno della quale, dopo la descrizione delle soluzioni di tipo iniettivo e protesico, si trova l'invito a rivolgersi ad una consulenza di tipo psico-sessuologico nell'evenienza in cui il disturbo dell'erezione possa essere riconducibile a cause socio-relazionali ed emotive. Ciò nondimeno, anche

in questo caso, viene comunque consigliata l'assunzione dei farmaci, a più riprese descritti, appunto, come «la prima scelta terapeutica in pressoché tutte le forme di DE [...] anche in associazione alla terapia psico-sessuologica». Infatti «non vi è alcuna forma o tipologia di DE in cui gli inibitori della PDE5i non possano essere indicati come primo livello di terapia. Per questo motivo, qualunque sia il problema di erezione, la maggior parte degli specialisti considera altre soluzioni terapeutiche solo dopo che questi farmaci orali si siano dimostrati inefficaci».

Non si può quindi fare a meno di notare come la campagna presenti una visione del disturbo molto generalista in cui potenzialmente ricade un ampio bacino della popolazione maschile e propenda per una soluzione estremamente *drug-oriented* con accenni anche ad un uso dei farmaci orali per scopi migliorativi, precisandone l'immediatezza dell'effetto risolutivo e il fatto che il medico possa decidere di iniziare la terapia farmacologica «senza aver ancora eseguito tutti gli esami diagnostici strumentali necessari ad una precisa diagnosi». La campagna “Basta scuse”, così come è stata realizzata, sembra dunque in qualche modo rifarsi alla strategia del *disease mongering* che si basa sulla costruzione di un disturbo, in questo caso la DE, nei termini di patologia seria, estremamente diffusa ma allo stesso tempo curabile in maniera semplice e sicura attraverso il ricorso ad un medico specialista che quasi sicuramente potrà fornire una soluzione rapida ed efficace, agendo sul sintomo *indipendentemente* dalle cause sottostanti. Alla costruzione della malattia segue infatti prontamente l'offerta della cura. La spiegazione di tipo clinico-fisico sgrava perciò il soggetto dal peso dello stigma sociale che un'eziologia di tipo psicologico porta con sé, declassando tutto quello che non è riconducibile a cause fisiche al rango di “scuse” e, simultaneamente, induce l'individuo a farsi carico di una nuova responsabilità, quella che impone di mantenersi sempre in forma e di curarsi per stare al passo con standard odierni di funzionalità sempre più elevati (Tiefer, 1994; Loe, 2004 e 2006; Katz e Marshall, 2004; Conrad, 2007).

3.1.2 Alla prova dell'esperienza: le interviste con gli esperti

Se si sposta l'attenzione dai messaggi veicolati dalla campagna alle effettive impostazioni pratiche riguardo alla gestione della DE nell'esperienza clinica degli specialisti coinvolti, si evidenzia come la totalità degli intervistati, medici e sessuologi, da una parte lamentino la scarsa propensione della popolazione maschile a rivolgersi al medico,

confermando una visione del problema della DE come ancora sommerso e, dall'altra, ammettano contemporaneamente, dall'entrata in commercio del Viagra, un notevole aumento dei pazienti andrologici. Dalle loro testimonianze i PDE-5i risultano così essere non solo delle «buone armi a disposizione» (andro-endocrinologo) o un «aiuto importante» (andro-urologa), ma sembrano aver cambiato totalmente l'approccio diagnostico e terapeutico con il paziente, rivelandosi una vera e propria rivoluzione rispetto ai dispositivi di cura precedenti. Gli inibitori della PDE-5 hanno dunque segnato una “svolta epocale”, imponendosi come “la” soluzione prima mancante. Una terapia così risolutiva, semplice e immediata al punto che oggi gli specialisti possono decidere di prescriverla senza aver eseguito tutti gli esami diagnostici e senza aver approfondito il contesto socio-relazionale in cui il paziente è inserito, seguendo la cosiddetta «goal oriented diagnosis», ossia un iter diagnostico ridotto al minimo (Basile Fasolo, 2004, p. 90).

Attraverso il loro diffuso utilizzo come test preliminari – “Viagra-test” – o come “start-therapy”¹⁰ non solo si contribuisce ad offuscare sempre di più la distinzione tra farmaco sintomatico e farmaco preventivo, ma si favorisce un processo per cui i farmaci orali da terapia diventano uno strumento diagnostico che rappresenta un notevole risparmio di tempo ed energie sia per il medico che per lo stesso paziente, esentato dal peso di gravose indagini psico-fisiche. Perché infatti «fare degli enormi studi di un certo tipo, magari invasivi, quando si [può] tranquillamente utilizzare una pastiglia?» (andro-endocrinologo). E allora, «se una compressa può aiutare a risolvere l'inconveniente [significa che], indipendentemente dall'origine, sia organica che psicologica, il risultato è lo stesso» (Graziottin, cit. in Mianiti, 2009, p. 51). Questo è il motto emblematico di una *quick-fix pill culture* che ha pervaso tanto l'ambito dei pazienti-consumatori, quanto l'ambito degli stessi medici sollevati dall'avvento di un farmaco che ha enormemente semplificato il loro lavoro di indagine diagnostica – «facciamo il Viagra-test [...] e ce ne freghiamo di tante diagnosi» (urologo) – e ha soprattutto permesso di risolvere, per di più attraverso una posologia semplice e indolore, una sintomatologia per la quale in precedenza si ammette di aver brancolato nel buio. Come vedremo, questa “rivoluzione” non è priva di ambivalenze.

Sul versante dell'inquadramento dei pazienti, tutti gli intervistati partono dalla constatazione che l'attenzione maschile verso la propria sessualità si concentra sul (e si riduce al) pene in erezione. Una tale valenza così simbolica e narcisistica del pene in erezione (Mianiti, 2009) non fa che

10 Con un basso dosaggio (5mg) da prendere *once a day*.

confermare una visione dell'identità maschile altamente performativa ed egemonizzata da una ideologia fallocentrica in cui una prestanza sessuale costantemente virile è un requisito fondamentale del ruolo maschile. «Se raggiungo una buona erezione vuol dire che sono un uomo forte» ribadisce un intervistato uro-andrologo, confermando così che, per quanto la performance sessuale penetrativa sia riconosciuta da tutti come il banco di prova principale della mascolinità, in realtà l'identificazione sineddocale fallocentrica (Potts, 2000) dell'uomo sembra essere talmente radicata che il pieno controllo di una solida funzionalità erettile si configura come una prerogativa essenziale, a prescindere dallo svolgersi effettivo del rapporto sessuale:

«Guardi questa è una cosa che sembra incredibile, ma tantissimo, nel senso che noi lo vediamo nei prostatectomizzati [...] purtroppo questo tipo di intervento dà delle lesioni ai nervi dell'erezione per cui la maggior parte di questi pazienti risultano poi impotenti dopo l'intervento. Anche pazienti ultrasessantenni [...] l'identità di maschio come tale si identifica con l'erezione, quindi se anche questi pazienti non hanno attività sessuale, non hanno una compagna, il fatto di non avere più un'erezione li manda fuori di testa, e la controprova è che quelli a cui, di questi, di questi pazienti, soprattutto, mettiamo una protesi del pene perché molte volte l'unica possibilità è poi quella, perché questi non rispondono ai farmaci ecco, o quando mettiamo una protesi i pa-, alcuni di questi pazienti, cosa fanno? Magari non è che abbiamo tutta questa attività sessuale, però sono contentissimi» (andro-urologa)

Eliminato: ,

Data la considerevole importanza attribuita alla funzionalità erettile, l'ammissione del problema diventa sovente un calvario per il soggetto che soffre di un deficit erettile. Quel pudore tipicamente latino, fatto di imbarazzo, reticenza, vergogna, paura, negazione, non è che l'altra faccia di una visione virilista dell'uomo, che rende difficile l'ammissione e quindi la stessa emersione del problema. «Se pensassero di avere un tumore cerebrale sarebbero meno sofferenti» sostiene una specialista endocrinologa e androloga, sottolineando quanto per il maschio neolatino avere una deficienza sessuale lesiva della performance erettile possa risultare anche peggiore da accettare rispetto ad un trauma di maggiore gravità fisica. Allo stesso tempo, secondo un intervistato urologo, sarebbe meglio non dire mai ad un paziente «che ha solo delle pigne in testa», a conferma di quanto il passaggio dal paradigma psicologico a quello organico alla base dell'eziologia della DE abbia effettivamente funzionato da meccanismo riduttore dello stigma solitamente associato ai problemi

mentali, sgravando in questo modo il soggetto da un'ulteriore barriera nell'accettazione di tale deficit.

A conferma di ciò, tutti gli intervistati, senza eccezioni, ammettono un generale aumento delle diagnosi di DE dall'entrata in commercio dei PDE-5i. Tale aumento non corrisponderebbe, però, ad una semplice crescita nell'epidemiologia del disturbo quanto piuttosto ad una cresciuta affluenza negli studi medici da parte di pazienti-consumatori finalmente incentivati a voler gestire il problema, date la disponibilità sul mercato di una *quick-fix technological solution* (Loe, 2006) e la conseguente maggiore circolazione sui canali mediatici di informazioni sul deficit erettile.

Le testimonianze raccolte sembrano dunque attestare uno scenario di trasformazione dei costumi sessuali all'interno del quale questi farmaci promuovono un'«iper-valorizzazione della prestazione-erezione» (psico-sessuologa) come fattore identitario centrale e intervengono nell'innalzare progressivamente gli standard di normalità, basati sempre più sull'apparenza e sulla prestazione fisica, circoscritta nella cornice dell'imperativo coitale.

La linea che separa la ricerca di una migliore prestazione dalla ricerca di una maggiore sicurezza in se stessi diventa, così, molto sottile e la funzione dei farmaci come il Viagra si posiziona frequentemente a metà strada tra una “spinta extra” potenziatrice e una “coperta di Linus” utile anche per la categoria dei pazienti più giovani che fanno spesso fatica a gestire la loro inesperienza sessuale e relazionale, incappando in misura maggiore nella trappola dell'ansia da prestazione. Anche in questo caso, diversi specialisti concepiscono il *counselling* psico-sessuale come ultima risorsa, e optano per una *start-therapy* farmacologica. In questo modo il farmaco, assunto quotidianamente con un basso dosaggio per brevi periodi, si distacca dalla concezione di farmaco *on-demand* e assume una funzione che si posiziona a metà tra quella di un integratore e un placebo:

Eliminato:

Eliminato:

Eliminato: ,

«[...] le ansie da prestazione ci sono in cui il farmaco può avere un suo tentativo di di aiuto, normalmente associato ad altri farmaci [...] l'ansia da prestazione è indubbiamente una base di una sua insicurezza nei rapporti con se stesso e con l'altro, che può essere, anche soltanto banalmente, situazionale, voglio dire, se io non so dove fare sesso con qualcuno mi crea un'ansia, perché farlo in macchina genera ansia, se io lo faccio a casa con l'idea del genitore, che è contro il fatto, mi piomba in casa mentre io faccio sesso, non è il massimo, se io faccio sesso a casa degli amici comunque non è il massimo perché non sono a casa mia, non ho il mio mondo attorno che mi dà tranquillità [...] in quelle situazioni, si può fare utilizzo di ansiolitici a presa rapida più Viagra o suoi fratelli, [...] e istantaneamente

c'è il superamento della situazione perché io, con l'ansiolitico a pronta presa gli abbatto l'ansia chimicamente, cioè farmacologicamente, con quello comunque lo aiuto, lui l'idea di avere il desiderio del rapporto sessuale c'è, quindi lui comunque innesca il meccanismo e quindi parte il sistema erettivo, e quindi riesco ad ottenere una buona erezione» (androendocrinologo).

Molti medici sembrano dunque assumere queste funzioni attribuite al farmaco come corrispondenti al modello di sessualità incarnato dai pazienti, valutandole in termini positivi, come una risposta finalmente disponibile al tipo di domanda di cui i pazienti sono portatori. Queste funzioni rappresentano però anche un aspetto per molti problematico, punto di partenza, come vedremo, per visioni critiche sugli effetti della rivoluzione portata dai farmaci PDE5i, anche rispetto al ruolo stesso dei medici nel promuovere uno slittamento nei modelli di normalità sessuale.

3.2 Decostruire la maschilità: tracce di controdiscorsi

L'analisi del contenuto delle campagne di informazione e sensibilizzazione sulle disfunzioni sessuali ci ha permesso di individuare alcune rappresentazioni dominanti della medicalizzazione della sessualità maschile, che una larga parte dei medici intervistati, nelle loro narrazioni esplicitate così come negli aspetti taciti e dati per scontati, ha mostrato di aver fatto proprie.

Tuttavia, le interviste restituiscono anche elementi di ambivalenza, di tensione e di problematizzazione: a segnalare come il processo di medicalizzazione, e le cornici interpretative da esso implicate, non siano oggetto di possibile ridefinizione soltanto da parte degli utenti finali, i pazienti, ma anche da parte di quegli attori, gli esperti detentori del sapere nel campo della salute sessuale maschile, che ne dovrebbero essere il veicolo di promozione e circolazione.

Si apre quindi, anche *all'interno* del campo professionale andrologico, lo spazio per una negoziazione e messa in discussione di tali discorsi dominanti e per l'emergere di una pluralità di discorsi alternativi o controdiscorsi. Tale spazio si configura come una questione di confini *inter e intraprofessionali* che disegnano un campo andrologico in costruzione: la salute sessuale maschile emerge quindi come un terreno conteso da un lato tra molteplici saperi professionali (principalmente, andrologi e sessuologi), dall'altro tra interpretazioni plurali del sapere andrologico stesso (tra andrologi di formazione endocrinologica e andrologi di formazione

urologica). In questo paper analizziamo tuttavia questi elementi di conflitto e di distanziamento dalle rappresentazioni dominanti soprattutto come spazi possibili per la costruzione di forme più plurali e meno naturalizzate di sessualità e maschilità.

3.2.1 Questioni di confine: tra cura e potenziamento

Un primo elemento di problematizzazione riguarda la definizione del “vero paziente”, che chiama in causa i criteri di definizione della legittimità della cura.

Come abbiamo visto, le campagne di sensibilizzazione sulla salute sessuale maschile promuovono una espansione diagnostica, intesa come spostamento dei confini tra normalità e patologia, che introduce un innalzamento degli standard della normalità e produce una medicalizzazione della qualità della prestazione sessuale nella direzione di una sua ottimizzazione potenzialmente infinita. Questo effetto, favorito dall’introduzione di farmaci salutati come una rivoluzione terapeutica, non è, secondo molti medici, esente da aspetti critici.

Farmaci così efficaci come il Viagra e i suoi succedanei rischiano di trasformarsi in armi a doppio taglio, che paradossalmente, proprio in virtù della loro forza terapeutica, possono produrre un indebolimento del processo diagnostico. Così un'androloga di formazione endocrinologica accusa alcuni «sedicenti colleghi» che, saltando la fase diagnostica, «incominciano a dare il Viagra, e poi li [i pazienti] fanno tornare» (andro-endocrinologa). In questo modo, la scelta della terapia condiziona l’identificazione della patologia, reificando una lettura organicistica del disturbo e misconoscendo la complessità della sessualità maschile.

Inoltre, l’efficacia di tali farmaci “indipendentemente dalle cause” rende possibile un loro utilizzo non strettamente terapeutico, finalizzato al mero potenziamento e alla standardizzazione della prestazione sessuale secondo un modello di funzionalità ideale (se non idealizzata). Tale uso “ludico” è segnalato da molti intervistati come un punto critico e scivoloso nel rapporto medico-paziente, perché interroga l’esperto sia sul suo ruolo, che rischia di essere ridotto a quello di prescrittore di farmaci, sia sui limiti della medicina stessa, ove il farmaco è chiamato ad intervenire oltre la cura della patologia per modificare la condizione della normalità stessa. Se quindi da un lato un urologo ammette il limite del suo potere diagnostico nel non poter «verificare se lui [il paziente] che aveva 100 di prestazione adesso c’ha 50, o se lui che ha 100 si è invasato e vuole 120» (urologo),

riconoscendo la difficoltà di discriminare tra effettivo deficit o desiderio di ottimizzazione, dall'altro molti altri medici lamentano il diffondersi tra i pazienti di un approccio da consumatori, incentivati dalla disponibilità sul mercato di una *quick-fix technological solution*. Il Viagra viene considerato un dispositivo che ha del miracoloso, con poteri afrodisiaci e di potenziamento delle proprie capacità amatorie (fatte peraltro coincidere con la propria capacità penetrativa, in termini di durezza e durata), trasformandosi in «un farmaco ludico, [...] usato in maniera sbagliata, appunto per migliorare performance sessuali o, appunto, nel, nei giovani, in cocktail con alcool, eccetera» (andro-endocrinologo). In modo simile, un altro andrologo di formazione endocrinologica ammette:

«il problema è che oggi siamo di fronte a richieste che vanno al di là della finalità di tali farmaci [...] a volte troviamo delle richieste di trattamento e accertamento che noi definiremmo non-mediche, perché sono performance, incremento della performance, utilizzo a scopo ludico, queste sono richieste che ci vengono dai nostri utenti [...] e questo pone dei problemi etici perché noi in questo campo più forse che in altri abbiamo la difficoltà a oggettivizzare la disfunzione».

I medici riconoscono dunque la difficoltà di gestire il confine, culturalmente costruito e non solo scientificamente fissato, tra la possibilità socialmente disponibile (e il conseguente diritto, percepito dai pazienti) di una qualità erettile farmaco-mediata e la deriva verso un'aspettativa di giovinezza sessuale perenne che viene fatta coincidere con l'impossibilità di accettare la *défaillance* occasionale e il fisiologico decadimento sessuale.

3.2.2 *L'età giusta: l'invecchiamento come punto critico*

Nelle riflessioni sull'estremo del target del farmaco, rappresentato dagli anziani, si trova in modo più esplicito e diffuso una problematizzazione dei confini tra funzioni di cura e di potenziamento dei farmaci.

Più della metà degli intervistati attesta che una larga fascia di pazienti over-65 sta letteralmente rivivendo una "seconda giovinezza farmaco-mediata", attraverso l'utilizzo del Viagra e di farmaci analoghi per combattere il decadimento sessuale tipico dell'invecchiamento. Oggi, anche nel contesto italiano quindi, sembra che uno degli indirizzi del *positive ageing* (Maturò, 2012a e 2012b) abbia preso la piega cosciente del mantenimento artificiale di qualità fisiche incorporate caratteristiche della

giovinezza, come una vitalità sessuale «non più consona comunque all'età biologica» (urologo). Il soggetto anziano, infatti, sembra essere consapevole di possedere, grazie al Viagra, «molte più chance di avere comunque con la propria partner una vita sessuale accettabile» (andro-urologo), e di poterle sfruttare riprendendo un discorso magari già interrotto da tempo in risposta a quello che sembra essere un desiderio maschile innato di «non chiudere [mai] la partita» (urologo).

L'inedita possibilità per i soggetti anziani di “vivere il mito di una seconda giovinezza” conduce facilmente a quella che viene chiamata “sindrome di Peter Pan”. Il Viagra e gli altri farmaci equivalenti sono così di ausilio non solo a pazienti anziani, ma anche a tutti quegli individui adulti che non accettano di invecchiare, né tantomeno di uscire dalle logiche dell'imperativo coitale. «Il costume è cambiato moltissimo! [...] È cambiato il costume, è cambiata la sessualità» sostiene un andrologo di formazione urologica intendendo come anche la società italiana non sembri sfuggire all'imposizione, soprattutto mediatica, di standard di normalità sempre più alti ed effimeri, basati quasi esclusivamente sull'apparenza e sulla prestazione fisica. Il medico si trova quindi di fronte alle richieste di un «paziente di una certa età che si trova ad avere un rapporto adolescenziale [...] che si trova a 60 anni a comprarsi la moto e a fare il weekend di passione con la compagna» (urologo e sessuologo). Si abbassa la soglia di ciò che viene considerato disfunzionale e il senso di inadeguatezza generato da tali canoni viene sempre più spesso risolto attraverso soluzioni medicalizzate, dalla chirurgia estetica all'uso di farmaci, seguendo un circolo vizioso all'interno del quale il ricorso al dispositivo biomedico sembra configurarsi, in maniera crescente, come l'unica via percorribile per garantire una performance sempre al top:

«Il fatto è che questi farmaci, e un po' anche le campagne e i mass media, fanno sì che il paziente ormai non può più invecchiare [...] E quindi diventa una malattia, prima senza il farmaco ci se ne faceva una ragione, ecco, insomma, oggi diciamo che sono aumentati perché è aumentato la-la-la, è aumentato questo fatto per cui invecchiare non si può più, è sempre più lungo, diventa sempre più lunga la vita, eh, noi non siamo fatti per vivere 80 anni bene, eh [...] si è abbassata l'età di pazienti che utilizzano il farmaco perché oggi la sessualità viene vista come una prestazione, come andare in palestra [...] e quindi il maschio non può mai permettersi di mollare e quindi ha bisogno di, dei dopanti e del Viagra per avere queste buone prestazioni [...] Ma questo è colpa dei mass media eh, è colpa dei mass media per cui oggi avere una relazione duratura e una persona con cui ci si sposa e si vuole bene è considerata una roba fuori, fuori moda, guardi

tutti i film che dicono “Ma come! Stai con tua moglie? Vai ancora a letto con lei?”, ecco, un messaggio di questo genere fa sì che l'uomo deve fare, andare a cercare l'amante. Allora, se a 50 anni io imposto la relazione extraconiugale solo sul sesso avrò bisogno del Viagra, ed è inevitabile, ma non è per questo che io ho una DE [...] A me capita sovente dei pazienti che sono adolescenti fino a 50 anni» (andro-urologo e sessuologo).

3.2.3 Oltre il riduzionismo biologico: visioni critiche sulla naturalizzazione

La complessità di definire e gestire il confine tra paziente autentico e utilizzo ludico-ricreativo della terapia farmacologica, e quindi di stabilire le forme legittime della cura andrologica, apre il campo ad un ultimo livello di problematizzazione, più radicale e quindi condiviso solo da una minoranza di medici intervistati: la critica al riduzionismo biologico nella visione della sessualità maschile.

Innanzitutto, tale visione viene attaccata da quegli esperti, in prevalenza con competenze sessuologiche, che ritengono necessaria una maggiore *attenzione alla dimensione del contesto*, variamente inteso (il tipo di relazione in cui il paziente è inserito, la fase del corso di vita, i modelli culturali di riferimento, ecc.), all'interno del quale il problema di salute sessuale si colloca, e non soltanto alle sue manifestazioni organiche sintomatiche. L'attenzione al contesto favorisce una comprensione più ampia e più approfondita del deficit erettile all'interno di un percorso diagnostico e terapeutico più complesso e impegnativo della semplice assunzione di un farmaco orale. Pertanto, come afferma una andro-endocrinologa:

«noi facciamo un discorso da andrologi, che vuol dire un discorso da internista del maschio, quindi per noi non è il discorso che uno entra qui dentro mi dice che ha una DE ed esce con il Viagra in mano, piuttosto col Cialis, piuttosto che col Levitra, così li abbiamo nominati tutti e tre e siamo tranquilli [sorride]. Ma se entra qui dentro, come in tutti i posti un pochettino più attenti a questo tipo di lavoro, viene studiato, viene fatta una diagnosi differenziale, viene capito qual è il motivo che ti determina magari questo sintomo, che è sempre lo stesso sintomo, e poi chiaramente viene impostato, quindi escono sempre proprio con una dieta, sempre con l'indicazione di cambiare stile di vita e poi magari anche col farmaco pro-erettogeno».

Eliminato: '

A questa modalità di gestione interdisciplinare integrata del problema si associa una *concezione più ampia della stessa funzionalità erettile*, che non viene ridotta ad un mero meccanismo *on/off*, ma viene riconosciuta come «una situazione in divenire, non è una cosa che dice “Oggi c'è e domani non ci sta più”, ci possono essere alti e bassi, ci possono essere [...] gradazioni» (andro-endocrinologo). Ciò conduce ad una messa in discussione dell'imperativo coitale che riconduce la varietà delle pratiche sessuali a quelle penetrative, e ripristina una visione multisensoriale della sessualità, la cui espressione non si limita alla genitalità. Come afferma una psico-sessuologa:

«la sessualità nel maschio è qualcosa che cresce negli anni per cui se... una barzelletta che ricorre fra noi sessuologi è quella di dire sempre che a vent'anni basta pensare, a trenta bisogna pensare e guardare, a quaranta pensare, guardare e toccare, a cinquanta radunare un po' tutti i sensi, non perché la sessualità sia di meno, ma perché la sessualità è più .. completa».

Anche un andrologo di formazione endocrinologica dichiara molto esplicitamente:

«la sessualità è molto variabile, [...] ci sono degli standard normativi sulla durata media di un rapporto, poi il problema è conciliare questi standard con la propria esigenza. Però in realtà esiste una grande varietà: allora il problema è che quello che dura 3 ore e quello che dura 3 minuti sono due differenze che rientrano tutte e due nella normalità, cioè non sono patologiche, però è una differenza che può essere stigmatizzata in patologia».

Il livello più alto di problematizzazione riguarda infine la *denaturalizzazione di un desiderio sessuale maschile sempre presente*: contro un riduzionismo biologico che interpreta la funzionalità sessuale in termini di potenza e di controllo di meccanismi fisiologici (l'erezione e l'eiaculazione), dando per scontato il desiderio come dimensione onnipresente e problematica, quest'ultimo viene invece riconosciuto nella sua variabilità e contestualità. Si tratta tuttavia di voci isolate, a testimonianza della resistenza di questo baluardo della medicalizzazione della sessualità maschile, come ammette un andro-urologo con competenze sessuologiche:

«chi è venuto da me non riesce a capacitarsi come mai il farmaco non

funziona e, quindi, la mia prima terapia è cercare di fargli capire che il problema non è sui genitali ma è sul cervello, che è la cosa più difficile».

Una cosa difficile per i pazienti così come per molti medici stessi, che tendono a reificare il sintomo organico finendo con il «mandare dal dentista un ragazzo che non ha fame. Il dentista non gli aggiusta il problema».

Se il desiderio non viene ridotto a pulsione istintuale fisiologica, è messa in discussione anche l'aspettativa dell'uomo come «*sex machine*» (Bertone e Ferrero Camoletto, 2009), sempre desiderante e sempre pronto a trasformare tale desiderio in atto: la variabilità della qualità erettile cessa di essere patologizzata per divenire una condizione esistenziale ordinaria e, in qualche modo, naturale. L'andro-urologo sessuologo sostiene così criticamente:

«l'uomo non può fallire mai... io a volte chiedo al maschio "ma sua moglie [...] raggiunge sempre l'orgasmo?" e lui mi fa "beh, qualche volta no", "e va dal medico per questo?" "no, perché dovrebbe andare?", "scusi, lei qualche volta ha dei problemi e fallisce, e va dal medico. E perché la donna no?».

4. Conclusioni

Dalla nostra analisi dei discorsi dominanti sulla DE in Italia emerge come la rivoluzione terapeutica e culturale avviata dai farmaci PDE5i abbia favorito l'emersione di un discorso pubblico socialmente accessibile sulle inadeguatezze sessuali maschili, proponendone una definizione fisico-organica, una soluzione rassicurante e un esperto legittimo.

Anche in Italia tali farmaci sono presentati come le uniche soluzioni capaci di offrire oggi esiti performativi ottimali, con effetti sempre più immediati e duraturi¹¹. L'attrattiva di questi prodotti viene costruita attorno al binario tecnologia/naturalità (Mamo e Fishman, 2001; Wienke, 2006) in

¹¹ 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, invece, si distingue dal suo predecessore per una più veloce entrata in circolo che lo rende attivo già dopo 15 minuti dalla sua ingestione, anche a stomaco pieno, in contrasto col Viagra, attivo a stomaco rigorosamente vuoto dopo almeno un'ora dalla sua assunzione. Le ultime 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 veloce. Fonti: <http://www.cialis.com/Pages/home.aspx> e <http://www.levitraorosolubile.it/>

quanto agevolano una risposta sessuale percepita come maggiormente spontanea e naturale. Vi è dunque una costruzione paradossale per cui «l'utilizzo della tecnologia diventa un atto naturale» e la tecnologia stessa è considerata «più naturale della natura» (Mamo e Fishman, 2001, p. 22) in quanto sembra essere l'unica a permettere performance conformi agli odierni standard sessuali di prontezza immediata, rigidità e resistenza, dando per scontato un desiderio sempre presente e non problematico. L'avanguardia della medicalizzazione della sessualità maschile, rappresentata dai farmaci orali, riesce difatti a coniugare l'idea tradizionale di una espressione aggressiva e incontrollata della virilità, spinta da un desiderio onnipresente, con l'ottenimento del pieno controllo delle proprie funzioni corporali, anch'esso ideale di una sessualità sana e potente (Potts, 2000). Ne deriva così che il Viagra, il Cialis e il Levitra si costituiscono come «tecnologie di genere» (Mamo e Fishman, 2001, p. 20) che forniscono precise indicazioni normative su come vivere e interpretare una maschilità di successo.

Di fronte a farmaci con valenze terapeutiche e culturali così forti, e ad aspettative crescenti di consumerismo sanitario, la “rivoluzione Viagra” si rivela per gli esperti del campo andrologico un’arma a doppio taglio. Se da un lato apre opportunità inedite per affermare una nuova dominanza professionale, dall’altro essa rischia di comprometterne il potere di *gatekeeping*, riducendo il medico a mero prescrittore di farmaci, e limitandone le possibilità di intervenire attivamente nel processo di definizione del problema, delle sue soluzioni e delle rappresentazioni di sessualità e maschilità implicate.

Se i medici si chiamano in maggioranza fuori da tale costruzione, ammettendo il proprio essere testimoni di mutamenti culturali che subiscono e a cui possono solamente adattarsi, le interviste lasciano intravedere possibilità di un ruolo più attivo e critico, che si articola con sfumature diverse rispetto alla concezione della sessualità maschile. Base di partenza condivisa di tutte le voci dissonanti è una messa in discussione dell’affermarsi di standard che, reificando il nesso tra erezione, potenza e virilità, restaurano e garantiscono un modello di prestazioni sessuali perfette, pienamente appaganti e potenzialmente illimitate. Solo marginalmente invece questa critica si spinge sino a una piena problematizzazione del corpo maschile come *sex machine* e all’apertura verso modi più plurali e contestualizzati di vivere la sessualità maschile.

Riferimenti bibliografici

- Abraham J. (2010). Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. *Sociology*, 44 (4): 603-622 (doi: 10.1177/0038038510369368).
- Basile Fasolo C. (2004). *La comunicazione medico-paziente in sessuologia. L'esperienza della disfunzione erettile*. Milano: Editrice Kurtis.
- Bertone C., Ferrero Camoletto R. (2009). Beyond the Sex Machine? Sexual Practices and Masculinity in Adult Men's Heterosexual Accounts. *Journal of Gender Studies*, 18 (4): 369-386 (DOI: 10.1080/09589230903260035).
- Bevere F., Calogero A.E., Colao A., Fabbri A., Foresta C., Gandini L., Jannini E.A., Lenzi A., Maggi M., Oleari F., Palumbo F., Rizzotto A., Simonetti G. (2012). Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura delle patologie andrologiche. *Quaderni del Ministero della Salute*, n. 13.
- Carpiano R.M. (2001). Passive Medicalization: the Case of Viagra and Erectile Dysfunction. *Sociological Spectrum*, 21: 441-450 (doi: 10.1080/027321701300202082).
- Conrad P. (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimora: The Johns Hopkins University Press.
- Ferrero Camoletto R., Bertone C. (2012). Italians (Should) Do It Better? Medicalisation and the Disempowering of Intimacy. *Modern Italy*, 17(4): 433-448 (doi: 10.1080/13532944.2012.706996).
- Ferrero Camoletto R., Salis F. (2013). Medicalising Male Sexual Underperformance: Social Campaigns and Expert Discourses on Male Sexual Health in Italy. Paper presentato alla XI Conferenza ESA, Torino, 28-31 agosto 2013.
- Freidson E. (1970), *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson E. (2002). *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*. Milano: Franco Angeli.
- Gavey N. (2011). Viagra and the Coital Imperative. In Seidman S., Fischer N., and Meeks C., a cura di (2011). *Introducing the new sexuality studies*. London: Routledge, 119-124.
- Grace V., Potts A. (2006). The Discursive Condition of Viagra. *Sexualities*, 9 (3): 295-314 (doi: 10.1177/1363460706065050).
- Katz S., Marshall B. (2003). New Sex for Old: Lifestyle, Consumerism and the Ethics of Aging Well. *Journal of Aging Studies*, 17: 3-16 ([http://dx.doi.org/10.1016/S0890-4065\(02\)00086-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0890-4065(02)00086-5))
- Katz S., Marshall B. (2004). Is the Functional Normal? Aging, Sexuality and the Bio-marking of Successful Living. *History of the Human Sciences*. 17(1): 2004 (doi: 10.1177/0952695104043584).
- Loe M. (2004). *The Rise of Viagra. How the Little Blue Pill Changed Sex in America*. New York: New York University Press.
- Loe M. (2006). *The Viagra Blues: Embracing or Resisting the Viagra Body*. In Rosenfeld D., Faircloth C., a cura di (2006). *Medicalized masculinities*.

- Philadelphia, Temple University Press, 21-44.
- Mamo L., Fishman J. (2001). Potency in All the Right Places: Viagra as a Technology of the Gendered Body. *Body & Society*, 7(4): 13-35 (doi: 10.1177/1357034X01007004002).
- Marshall B., Katz S. (2002). Forever Functional: Sexual Fitness and the Ageing Male Body. *Body & Society*, 8(4): 43-70 (doi: 10.1177/1357034X02008004003).
- Marshall B.L. (2009). Sexual Medicine, Sexual Bodies and the 'Pharmaceutical Imagination'. *Science as Culture*, 18(2): 133-149 (doi: 10.1080/09505430902885466).
- Maturo A. (2012a). *La società bionica. Saremo sempre più belli, felici e artificiali?* Milano, Franco Angeli.
- Maturo A. (2012b). Medicalization: Current concept and future directions in a Bionic Society. *MSM Mens Sana Monographs*, 10(1): 122-133 (doi: 10.4103/0973-1229.91587).
- Mianiti M. (2009). *La vita Viagra. Uomini, pillole, sesso e relazioni*. Roma: DeriveApprodi.
- Moynihan R., Cassels A. (2005). *Farmaci che ammalano. E case farmaceutiche che ci trasformano in pazienti*. San Lazzaro di Savena (Bo): Nuovi Mondi Media.
- Parry V. (2003). The Art of Branding a Condition. *Medical Marketing and Media*, 38(5): 43-49
- Potts A. (2000). The Essence of the Hard On. Hegemonic Masculinity and the Cultural Construction of "Erectile Dysfunction". *Men and Masculinities*, 3(1): 63-103 (doi: 10.1177/1097184X00003001004).
- Potts, A. (2004). *Viagra Cyborgs: Creating 'Better Manhood Through Chemistry'?*. In Potts A., Gavey N., and Weatherall A., a cura di (2004). *Sex and the Body*. Palmestorn North: Dunmore Press, 221-238.
- Potts A., Gavey N., Grace V.M., and Vares T. (2003). The Downside of Viagra: Women's Experiences and Concerns. *Sociology of Health & Illness*, 25(7): 697-719 (doi: 10.1046/j.1467-9566.2003.00366.x).
- Potts A., Gavey N., and Weatherall A., a cura di (2004). *Sex and the Body*. Palmestorn North: Dunmore Press.
- Rosenfeld D., Faircloth C., a cura di (2006). *Medicalized Masculinities*. Philadelphia: Temple University Press.
- Salis F. (2013). *Medicalizzare la società: il ruolo dei saperi esperti nella costruzione sociale dell'impotenza*. Tesi di Laurea Magistrale in Sociologia, Università degli Studi di Torino.
- Tiefer L. (1994). The Medicalization of Impotence: Normalizing Phallocentrism. *Gender and Society*, 8(3): 363-377 (Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/189711>).
- Wienke C. (2006). Sex the Natural Way: the Marketing of Cialis and Levitra. In Rosenfeld D., Faircloth C., a cura di (2006). *Medicalized Masculinities*. Philadelphia: Temple University Press, 45-64.