

Vincenzo Mirone

La disfunzione erettile

Che cos'è e come si affronta

TEST DI AUTODIAGNOSI ALL'INTERNO

Stampomatic (MI) - cod. 5307847

*Bayer
per la coppia*



Bayer HealthCare



Bayer HealthCare

La disfunzione erettile

Che cos'è e come si affronta

Professor Vincenzo Mirone

**Ordinario di Urologia
Università Federico II di Napoli**

**Membro del Comitato esecutivo ESSM
European Society for Sexual Medicine**

Che cos'è la disfunzione erettile?

La disfunzione erettile, spesso indicata impropriamente col termine di "impotenza", consiste nell'incapacità di raggiungere e mantenere un'erezione sufficientemente valida da consentire un rapporto sessuale soddisfacente.

LA DISFUNZIONE ERETTILE E' UN FENOMENO MOLTO DIFFUSO, SPESSO TACIUTO PER L'IMBARAZZO DI AFFRONTARE IL PROBLEMA

E' una condizione diffusa, che interessa il 13% della popolazione maschile; questo significa che circa 3 milioni di italiani presentano un deficit dell'erezione. Sebbene possa presentarsi a qualsiasi età, la disfunzione erettile è più frequente negli uomini di età superiore ai 45-50 anni.

L'età rappresenta dunque uno dei principali fattori di rischio, anche perché con l'invecchiamento cambiano (in peggio) diverse caratteristiche dell'erezione:

aumenta il tempo necessario per ottenere una completa rigidità del pene;

si accorcia la fase di mantenimento dell'erezione, che risulta anche più difficile;

si allunga il periodo di refrattarietà, ossia il tempo in cui non è possibile avere un'altra erezione dopo la detumescenza.

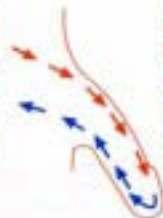


Come avviene l'erezione?

Il meccanismo dell'erezione è legato alla particolare vascolarizzazione del pene ed è regolato dal flusso del sangue nei corpi cavernosi (i due cilindri dilatabili che si trovano all'interno del pene). In condizioni di flaccidità il sangue affluisce al pene attraverso le arterie e defluisce, in pari misura, attraverso le vene. Nell'erezione questa situazione di equilibrio viene alterata mediante un aumento dell'afflusso di sangue al pene e una contemporanea riduzione del deflusso venoso.

Flaccidità

afflusso arterioso
deflusso venoso



Erezione

aumentato afflusso
ridotto deflusso



È una sorta di meccanismo elettroidraulico: in seguito ad una stimolazione erogena (visiva, tattile, o anche immaginaria) vengono attivate alcune aree cerebrali, che attraverso fibre nervose del midollo spinale stimolano le strutture vascolari del pene. Il risultato è una vasodilatazione con iperafflusso di sangue al pene e conseguente ingrossamento e stato di rigidità, che viene mantenuto fino al momento dell'eiaculazione.

Quali sono le cause della disfunzione erettile?

Il meccanismo dell'erezione può essere alterato da molteplici fattori, in alcuni casi anche concomitanti e comunque non esclusivamente legati alla sfera psicologica, come invece si credeva fino a qualche tempo fa. Le diverse cause che possono determinare l'insorgenza di una disfunzione erettile si distinguono in psicogene, endocrine, neurogene, vascolari (arteriose e venose), farmacologiche, chirurgiche, radioterapiche e condizioni predisponenti. È importante sottolineare che delle diverse cause possibili, alcune sono "non modificabili" perché legate a situazioni patologiche, mentre altre sono invece "modificabili" perché legate a fattori comportamentali.

Cause psicogene

Per anni quella psicogena è sembrata essere la più comune causa di disfunzione erettile; oggi i dati epidemiologici indicano che spesso è determinata o accompagnata anche da alterazioni di natura organica.

I meccanismi attraverso i quali i fattori psicologici possono favorire l'insorgenza di una disfunzione erettile non sono ancora completamente conosciuti. Un ruolo fondamentale è sicuramente svolto dall'iperattività del sistema nervoso simpatico, che si verifica ad esempio in condizioni di stress. Una condizione particolare è rappresentata dalla cosiddetta "ansia da prestazione", che determina un effetto inibitorio sull'erezione ed è frequente tra i giovani alle prime esperienze sessuali, nell'affrontare una nuova partner o dopo il verificarsi di un primo fallimento nei rapporti sessuali.

principali cause di disfunzione erettile

psicogene	ansia	problemi di coppia	depressione	stress
endocrine	riduzione del testosterone	aumento della prolattina		
neurogene	sclerosi multipla	morbo di Parkinson	malattia di Alzheimer	lesioni spinali
vascolari	aterosclerosi	dislipidemia	diabete	ipertensione
farmacologiche	sedativi	antipertensivi	antidepressivi	ormoni
abitudini di vita	fumo	alcool	droghe	

Cause endocrine (ormonali)

Le malattie endocrine più strettamente correlate all'insorgenza della disfunzione erettile sono l'ipogonadismo e l'iperprolattinemia. Nell'ipogonadismo si verifica una riduzione dei livelli di testosterone, che si accompagna a un calo del desiderio sessuale e a una riduzione dell'attività erettile. Negli uomini con iperprolattinemia si ha invece un aumento della prolattina, che determina un deficit erettile associato a riduzione della libido e infertilità.

Cause neurogene

Tra le patologie neurologiche a carico del sistema nervoso centrale che possono essere correlate alla disfunzione erettile occupano un ruolo di primo piano la sclerosi multipla, la malattia di Alzheimer e il morbo di Parkinson. Le lesioni del midollo spinale presentano un altissimo rischio per la disfunzione erettile, ma fortunatamente l'incidenza di traumi spinali (spesso da incidenti automobilistici) è relativamente bassa, mentre la capacità erettile post-traumatica dipende dal livello e dall'entità della lesione. Anche i nervi periferici che mediano l'erezione possono essere danneggiati in varie situazioni patologiche, soprattutto in caso di diabete.

Cause vascolari

A livello locale, le patologie vascolari responsabili di disfunzione erettile possono essere di natura sia arteriosa che venosa. Nel primo caso il deficit erettile è determinato da un ridotto afflusso di sangue al pene, mentre le patologie venose impediscono che il sangue rimanga intrappolato all'interno del tessuto cavernoso del pene.

L'aterosclerosi rappresenta certamente la causa più comune di disfunzione erettile di origine arteriosa; altre cause di danno vascolare che vanno ricordate sono la chirurgia e la radioterapia della pelvi.

Sul piano sistemico, le patologie cardiovascolari rappresentano una delle principali condizioni predisponenti per la disfunzione erettile. Un soggetto con una patologia cardiovascolare di qualsiasi tipo presenta un rischio più che raddoppiato di sviluppare un deficit erettile rispetto ad un maschio sano. L'ipertensione arteriosa è una patologia particolarmente frequente e determina una disfunzione erettile in circa il 20% degli uomini ipertesi.



L'infarto del miocardio determina un deficit erettile in oltre il 45% dei pazienti e una più alta frequenza di disfunzione erettile si riscontra nei soggetti con ictus o altri incidenti cerebrovascolari (circa l'85%).

Cause legate a patologie croniche

Tra le malattie croniche che possono indurre disfunzione erettile, diabete e insufficienza renale cronica sono quelle che fanno registrare una più elevata incidenza.

In una percentuale variabile dal 35% al 75% dei maschi affetti da diabete si osserva la comparsa di un disturbo dell'erezione. Nei pazienti diabetici sottoposti a trattamento medico (terapia insulinica, ipoglicemizzanti orali), la disfunzione erettile è più frequente rispetto ai pazienti trattati esclusivamente con restrizione dietetica.

Anche le patologie epatiche croniche si associano frequentemente all'insorgenza di una disfunzione erettile, in particolare se si tratta di epatopatie di origine alcolica.

Nel caso delle malattie neoplastiche (tumori), il deficit erettile può essere determinato da cause sia organiche che di tipo psicosessuale.

Cause farmacologiche

Circa il 25% delle disfunzioni erettile sono causate da una terapia farmacologica. Tra le categorie farmacologiche maggiormente implicate vanno menzionati: gli psicofarmaci, le terapie ormonali, gli antipertensivi.

Sono soprattutto questi ultimi, considerata l'elevata incidenza dell'ipertensione arteriosa, a rappresentare una delle principali cause iatrogene di disfunzione erettile.

Tra i beta-bloccanti, il propanololo determina un deficit erettile in circa il 15% degli uomini trattati; i diuretici presentano un rischio di indurre disfunzione erettile più di due volte superiore rispetto al placebo. I tranquillanti maggiori e i sedativi ipnotici inducono deficit erettile e riducono la libido. I farmaci con azione ormonale possono indurre una disfunzione erettile attraverso una riduzione dei livelli di testosterone o mediante un'azione antagonista nei confronti di quest'ormone.



Cause chirurgiche e radioterapiche

La radioterapia e gli interventi chirurgici o endoscopici a livello della pelvi possono determinare una disfunzione erettile a seguito di lesioni nervose o vascolari.

Gli interventi di prostatectomia radicale per carcinoma della prostata e di cistectomia radicale per carcinoma della vescica rappresentano le principali cause di disfunzione erettile postchirurgica.

Tra i numerosi fattori che sembrano contribuire a determinare il verificarsi di un deficit erettile postoperatorio, l'età e la tecnica operatoria rappresentano le determinanti di maggiore importanza.



Anche la radioterapia pelvica rappresenta un importante fattore di rischio. In seguito a trattamento radioterapico per carcinoma prostatico, infatti, è stato registrato un deficit erettile in una percentuale variabile dal 30 all'85% dei pazienti trattati.

Condizioni predisponenti

L'abitudine al fumo è una causa assai diffusa di disfunzione erettile; il numero di sigarette fumate al giorno e, in misura minore, la durata dell'abitudine al fumo sono direttamente correlate all'insorgenza di una disfunzione erettile. Rispetto ai non fumatori, i soggetti fumatori o ex fumatori presentano dunque un rischio significativamente più elevato di sviluppare una disfunzione erettile.

Va anche segnalato che l'associazione del fumo ad altri fattori di rischio determina effetti moltiplicatori sul rischio di sviluppare un deficit erettile; per esempio, nei diabetici fumatori il rischio è maggiore che nei diabetici non fumatori. Altre condizioni predisponenti sono rappresentate da obesità, alcolismo cronico e uso di droghe.



**LA DISFUNZIONE ERETTILE
PUÒ DIPENDERE DA UNA SERIE
DI CAUSE ORGANICHE.
POCHI CASI DERIVANO SOLO
DA FATTORI PSICOLOGICI**

Come comportarsi con la propria partner?

La disfunzione erettile è un problema di coppia e la sua risoluzione va affrontata in due. Coinvolgere la propria partner, dividere con lei i dubbi e le ansie, chiederle supporto, significa rassicurarla e rispettare il suo ruolo all'interno della coppia.

COMUNICA CON LA TUA PARTNER: LA DISFUNZIONE ERETTILE È UN PROBLEMA VISSUTO DA ENTRAMBI

Spesso invece gli uomini tendono ad ignorare le disfunzioni sessuali evitando di avere rapporti.

Questo genera nelle donne la paura di non essere più attraenti o l'ombra di un tradimento da parte del partner. Alla lunga, la mancata comunicazione allontana ulteriormente l'uno dall'altra e porta ad accettare una vita sessuale insoddisfacente per il timore di dover mettere in discussione la relazione stessa.



Quando chiedere aiuto?

La disfunzione erettile è il tipico problema che è capitato a tutti almeno una volta nella vita. È noto infatti che in periodi di forte stress possono verificarsi episodi di deficit erettile. La perdita temporanea dell'attività erettile non è un fenomeno per cui allarmarsi. Se invece la condizione persiste o comunque causa disagio alla regolare vita sessuale, va considerata l'opportunità di una visita medica.

**SE HAI UN DUBBIO SULLA
TUA ATTIVITA' SESSUALE,
PARLANE COL TUO
MEDICO.
LUI TI PUÒ AIUTARE
A CHIARIRTI LE IDEE**

A quale medico rivolgersi?

Inizialmente è opportuno rivolgersi al proprio medico di famiglia che, una volta valutato il problema, indirizzerà ad un uro-andrologo per le indagini diagnostiche più approfondite.

Quali sono gli esami per la diagnosi di disfunzione erettile?

Nel caso della disfunzione erettile, l'obiettivo della diagnosi è definire la natura della disfunzione: organica, psicologica o mista. Dall'uro-andrologo, il primo approccio nel percorso diagnostico consiste in una intervista (anamnesi) e un questionario IIEF (Indice Internazionale della Funzione Erettile), specifici per mettere a fuoco alcuni aspetti dell'attività sessuale (la funzione erettiva, il desiderio sessuale, la fase dell'orgasmo, il grado di soddisfazione nel rapporto sessuale) e delle abitudini di vita. Segue un esame obiettivo (cioè il normale esame clinico diretto da parte del medico) e la prescrizione di una serie di analisi di laboratorio e strumentali.

Le analisi di laboratorio hanno lo scopo di escludere il diabete o altre malattie sistemiche non precedentemente diagnosticate, e comprendono il dosaggio della glicemia, della trigliceridemia e della colesterolemia, insieme al dosaggio degli



ormoni che incidono sull'attività sessuale (testosterone, diidrotestosterone, FSH, LH, prolattina ed E2). In base ai risultati di questo primo screening si decide se proseguire con indagini di secondo livello. Si tratta di valutazioni che consentono di rilevare alterazioni venose o arteriose e di monitorare l'attività erettile notturna (Rigiscan, Ecocolordoppler basale e dinamico, Cavernosometria, Cavernosografia).

È IMPORTANTE SCOPRIRE LA CAUSA DELLA DISFUNZIONE ERETTILE: PUO' ESSERE IL SINTOMO DI UNA MALATTIA CHE NON SAI DI AVERE

È possibile curare la disfunzione erettile?

Sì, la disfunzione erettile oggi si può curare. Le alternative terapeutiche consentono di scegliere la cura che meglio risponde alle esigenze del paziente e della sua partner, in funzione della causa che ha portato al deficit erettile.

RISOLVERE LA DISFUNZIONE ERETTILE È POSSIBILE. PER FARLO È IMPORTANTE NON ISOLARSI E RIVOLGERSI AL PROPRIO MEDICO

Qual è la terapia per la disfunzione erettile?

Non esiste una terapia universalmente valida. Attualmente la disponibilità di terapie per curare la disfunzione erettile spazia dai farmaci orali e iniettabili ai dispositivi meccanici fino all'intervento chirurgico. Si tratta di soluzioni terapeutiche di natura diversa, che vanno adottate dal medico dopo attenta valutazione dell'origine dell'entità del deficit presentato.

Terapie di prima linea

Farmaci orali
Terapia ormonale
Vacuum device
Terapia psicosessuale

Terapia di seconda linea

Farmacoterapia intracavernosa

Terapia di terza linea

Terapia chirurgica (impianto di protesi peniena)

Farmacoterapia orale

I farmaci orali per la disfunzione erettile sono i cosiddetti inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE-5), che agiscono aumentando la disponi-

bilità di ossido nitrico e quindi favorendo la vasodilatazione del pene. La novità di questi farmaci è che essi non inducono una erezione diretta e passiva, ma consentono una amplificazione della risposta dei corpi cavernosi ad uno stimolo erogeno naturale. Significa che l'erezione avviene solo se alla stimolazione farmacologica si associa la stimolazione naturale. Questa peculiare caratteristica conferisce alla terapia orale una connotazione di "spontaneità" vantaggiosa anche dal punto di vista psicologico. L'uso di questi farmaci è controindicato in caso di terapia con nitrati (usati nell'angina pectoris) poiché l'associazione dei due creerebbe un effetto vasodilatatorio di entità pericolosa.

Terapia ormonale

La terapia a base di ormoni prevede l'assunzione di testosterone così da riequilibrare un'eventuale carenza.



Vacuum device

Il *vacuum device* (dispositivo a pressione negativa) consiste in un cilindro trasparente che viene inserito intorno al pene e tenuto premuto contro il pube. A questo cilindro è collegato un meccanismo che, aspirando l'aria, genera una pressione negativa attorno al pene. Una volta che si è rag-

giunto lo stato di eccitazione, un anello di costrizione viene fatto scivolare fino alla base del pene per bloccare il deflusso di sangue, quindi si rimuove il cilindro.

Terapia psicosessuale

In caso di disfunzione erettile di natura psicogena, l'intervento psicosessuale è indispensabile per individuare e rimuovere i fattori che l'hanno generata. La terapia psicosessuale è utile anche in caso di disfunzione organica o mista per alleviare il senso di ansietà che deriva dal disagio di un deficit erettile.

Farmacoterapia intracavernosa

Questo approccio terapeutico consiste nell'iniettare all'interno dei corpi cavernosi del pene sostanze farmacologiche (prostaglandina, papaverina, fentolamina) che con la loro attività vasodilatatrice inducono l'erezione.

Terapia chirurgica

Con l'avvento dei nuovi farmaci orali per il trattamento della disfunzione erettile, si è drasticamente ridimensionato il ruolo della terapia chirurgica, che attualmente trova indicazione nei pazienti in cui la terapia medica e i dispositivi meccanici non abbiano offerto risultati soddisfacenti. Le protesi idrauliche sono costituite da due elementi inseriti nei corpi cavernosi e colle-

gati ad un sistema che funge da pompa e ad un serbatoio. Prima di decidersi per una soluzione di questo tipo, va tenuto conto che si tratta di un trattamento irreversibile.

Si può essere troppo anziani per la terapia?

No, non esiste un limite di età per decidere di curare la disfunzione erettile. Spesso c'è la tendenza a considerare la disfunzione erettile un disturbo di secondaria importanza, o addirittura una fase naturale dell'invecchiamento, e quindi si rinuncia ad affrontarlo. Oggi, maturando la consapevolezza che la disfunzione erettile va affrontata e risolta per una qualità della vita migliore.



**NON ESISTE UN TERMINE ULTIMO
ENTRO CUI POTER RISOLVERE LA
DISFUNZIONE ERETTILE: PRIMA
L'AFFRONTI, PRIMA MIGLIORI LA
QUALITÀ DELLA TUA VITA**

Glossario

Balanite

Infiammazione del glande solitamente causata da un'infezione.

Biotensiometria

Esame che studia la sensibilità vibratoria del pene in diversi punti dello stesso.

Cavemosografia

Indagine radiografica con iniezione di mezzo di contrasto radiopaco nei corpi cavernosi, eseguita quale completamento della cavemosometria per visualizzare la sede della fuga venosa.

Cavemosometria

Indagine strumentale altamente specialistica utilizzata per stabilire la presenza di alterazioni venose responsabili di una disfunzione erettile.

Cromatopsia

Alterazione della visione dei colori.

Disfunzione erettile

Costante incapacità di raggiungere e mantenere un'erezione per un'attività sessuale soddisfacente.

Dispareunia

Manifestazione dolorosa che compare nella donna in occasione di un rapporto sessuale.

Ecocolordoppler penieno dinamico con prostaglandina

Esame che valuta la variazione di flusso ematico delle arterie e delle vene del pene tramite una sonda esterna, dopo stimolo con prostaglandine.

Eiaculazione precoce

Condizione in cui un uomo non è in grado di controllare il momento della propria eiaculazione. Comunemente viene definita come un'eiaculazione che avviene prima o entro 3 minuti dalla penetrazione.

Eiaculazione retrograda

Condizione in cui, durante l'eiaculazione, il collo della vescica non riesce a chiudersi e lo sperma piuttosto che andare verso l'estremità del pene fluisce a ritroso nella vescica. Questo problema è spesso causato da interventi chirurgici alla prostata.

Eiaculazione ritardata

Eiaculazione che si verifica in tempi lunghi o non si verifica affatto.

Evotron

Apparecchio che sfrutta onde elettromagnetiche per il trattamento delle placche fibrocalcifiche dell'Induratio Penis Plastica.

Fecundazione

Stadio della riproduzione sessuale in cui il gamete maschile penetra nel gamete femminile con formazione di uno zigote (uovo fecondato).

IIEF

Lo IIEF (International Index of Erectile Function) è un questionario a 15 voci che riguardano la funzione erettile, la funzione orgasmica, il desiderio sessuale, la soddisfazione dal rapporto sessuale e la soddisfazione globale.

Incidenza

Numero di nuovi casi di una determinata malattia che si verifica in una popolazione in un dato periodo (generalmente un anno).

Ipercolesterolemia

Innalzamento dei livelli plasmatici di colesterolo al di sopra dei range di normalità (colesterolo totale >200 mg/dl); può essere primaria, conseguente a fattori genetici o secondari, dovuta al tipo di dieta, a disordini del metabolismo, ecc.

Ipogonadismo

Insufficiente secrezione di ormoni sessuali da parte delle gonadi (testicoli) per affezione primitiva dei testicoli (ipogonadismo primitivo) o dell'asse ipotalamo-ipofisario (ipogonadismo secondario).

Malformazione erettile

Condizione congenita o acquisita attraverso traumi al pene, o derivata da una specifica condizione nota come malattia di Peyronie. Essa può essere dolorosa e può richiedere un intervento chirurgico per correggere la deformità e ripristinare una funzione sessuale normale.

Micropenia

Pene corto per deficiente produzione di testosterone.

NTP

Nocturnal Penile Tumescence – Tumescenza peniena notturna.

Prevalenza

Rapporto tra il numero dei casi di una malattia presenti ad una certa data e il totale della popolazione.

Priapismo

Condizione costituita da periodi prolungati di erezione anche dolorosa, anche non collegata con alcuna attività sessuale (4/6 ore). Questo può condurre ad un danno permanente del tessuto erettile.

Prolattina

Ormone secreto dall'ipofisi; stimola e mantiene la secrezione latte.

Prostata

Chiandola maschile posta sotto alla vescica, intorno all'uretra, che contribuisce a formare parte del liquido seminale.

Prostatite

Infezione della prostata.

Rigiscan

Dispositivo per la misurazione della Tumescenza Peniena Notturna (NPT), ossia il numero, la durata e il grado di rigidità degli episodi erettivi che fisiologica-

mente si verificano in tutti gli uomini nel corso della fase REM del sonno.

Sistema nervoso centrale

La parte del sistema nervoso formata dal cervello e dal midollo spinale.

Sistema nervoso parasimpatico

Sezione del sistema nervoso vegetativo che comprende tutte le fibre parasimpatiche. Regola i processi anabolizzanti dell'organismo; il neurotrasmettitore è l'acetilcolina.

Sistema nervoso simpatico

Sezione del sistema nervoso vegetativo che controlla, insieme con il parasimpatico, le funzioni viscerali dell'organismo; determina la secrezione di adrenalina e di noradrenalina.

Sistema nervoso vegetativo

La parte del sistema nervoso che controlla le funzioni viscerali dell'organismo; comprende le fibre parasimpatiche con il neurotrasmettitore acetilcolina, e le fibre simpatiche con adrenalina e noradrenalina.

Testosterone

Ormone androgeno prodotto nell'uomo, in quantità di circa 8 mg/die, dalle cellule interstiziali del testicolo. Il testosterone risulta responsabile dei cambiamenti che si verificano durante la pubertà (maturazione dei caratteri sessuali, comparsa dei peli, mutazioni vocali, ecc).

Vasocostrizione/ Vasodilatazione

Riduzione/aumento del calibro vasale dipendente da un'aumentata/ridotta tensione delle fibrocellule muscolari lisce nella parete vasale.

Vincare

Esame che valuta il riflesso dell'eiaculazione mediante una stimolazione vibratoria e visiva (video sex stimulation).

Questionario sulla disfunzione erettile

Il questionario IIEF-5* (Indice Internazionale della Funzione Erettile, versione semplificata) ha lo scopo di aiutare il medico a valutare la presenza e la gravità della disfunzione erettile.

Ognuna delle 5 domande ha un punteggio da 0 a 5; il punteggio finale sarà dunque compreso tra 0 e 25. Più è basso il punteggio e più è probabile la presenza della disfunzione erettile, che va sospettata per tutti i punteggi al di sotto di 21. **È in ogni caso necessario valutare i risultati del questionario con il proprio medico curante.**

Risponda il più onestamente possibile tracciando un segno (x) su una delle caselle. Tenga inoltre presenti le seguenti definizioni:

- stimolazione sessuale: include situazioni come i preliminari con la partner oppure guardare immagini erotiche, ecc.
- attività sessuale: comprende sia il coito (rapporto sessuale) che le carezze, i preliminari e anche la masturbazione
- rapporto sessuale: penetrazione vaginale della partner
- eiaculazione: fuoriuscita del seme dal pene (o la sensazione di questo).

Negli ultimi 6 mesi

1. Come valuterebbe il suo livello di fiducia nel poter raggiungere e mantenere un'erezione?

- 5 molto alto
- 4 alto
- 3 moderato
- 2 basso
- 1 molto basso

* Rosen RC et al. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1999 Dec; 11(6):319-26

2. Quando ha avuto delle erezioni in seguito a stimolazione sessuale, quanto spesso queste erano tali da permettere la penetrazione?

- 0 non ho avuto alcuna attività sessuale
- 5 quasi sempre o sempre
- 4 la maggior parte delle volte (molto più della metà delle volte)
- 3 qualche volta (circa la metà delle volte)
- 2 poche volte (molto meno della metà delle volte)
- 1 quasi mai o mai

3. Durante il rapporto sessuale quanto spesso è stato in grado di mantenere l'erezione dopo aver penetrato la partner?

- 0 non ho tentato di avere rapporti sessuali
- 5 quasi sempre o sempre
- 4 la maggior parte delle volte (molto più della metà delle volte)
- 3 qualche volta (circa la metà delle volte)
- 2 poche volte (molto meno della metà delle volte)
- 1 quasi mai o mai

4. Durante il rapporto sessuale quanto difficile è stato mantenere l'erezione fino al completamento del rapporto?

- 0 non ho tentato di avere rapporti sessuali
- 1 estremamente difficile
- 2 molto difficile
- 3 difficile
- 4 poco difficile
- 5 per niente difficile

5. Quando ha tentato di avere un rapporto sessuale, quanto spesso è stato soddisfacente per lei personalmente?

- 0 non ho tentato di avere rapporti sessuali
- 5 quasi sempre o sempre
- 4 la maggior parte delle volte (molto più della metà delle volte)
- 3 qualche volta (circa la metà delle volte)
- 2 poche volte (molto meno della metà delle volte)
- 1 quasi mai o mai