

# INTERNATIONAL INDEX OF ERECTILE FUNCTION (IIEF) IN MEDICINA GENERALE

La sessualità è parte importante della qualità della vita della coppia e le disfunzioni sessuali possono rappresentare un problema psicologico, clinico e sociale.

La conoscenza olistica del paziente, il rapporto di confidenza con lui e la continuità di rapporto nel tempo, pongono di fatto il Medico Generale in una condizione ideale per l'individuazione delle disfunzioni sessuali del paziente e della coppia.

La maggior difficoltà resta l'individuazione del problema, superando le resistenze emotive iniziali a parlarne, e cogliendo magari lo spunto da una malattia o da un farmaco che possano interferire con la libido. Il Medico Generale – che pure conosce bene il suo paziente – nella raccolta dei dati non deve trascurare né le sue abitudini, né il suo vissuto sessuale e neppure la natura della relazione di coppia, se vuole essere davvero un medico della persona.

**EPIDEMIOLOGIA DELLA DISFUNZIONE ERETTILE** La disfunzione erettile (DE) colpisce più di 100 milioni di uomini nel mondo e 35 milioni in Europa che nella maggior parte non richiedono esplicitamente una terapia, per imbarazzo, paura o per non conoscenza delle possibilità terapeutiche.

In effetti un Medico Generale, pur non rendendosi conto, può incontrare quotidianamente soggetti con DE: sono i pazienti portatori di patologie frequenti quali l'ipertensione ed il diabete mellito, ma anche di patologie di più rara comparsa quali l'insufficienza renale cronica o la sclerosi multipla.

I dati sulla DE in Italia collocano il problema – in termini di prevalenza – tra quelli di più frequente riscontro, a fronte di una richiesta trascurabile di intervento da parte dei pazienti. In effetti nella banca dati di *Health Search* bisogna arrivare ad oltre il 75° posto delle più frequenti prestazioni nell'ambulatorio del Medico Generale per trovare la DE.

In una percentuale rilevante, la DE è un problema che all'inizio interessa un solo elemento della coppia, anche se poi la situazione inevitabilmente si ripercuote sull'equilibrio di entrambi. La DE non è di per sé una patologia "grave" ma il suo impatto sulla qualità della vita risulta estremamente rilevante, andando ad incidere anche sulle relazioni familiari e interpersonali.

Il 12,8% degli uomini intervistati nel corso dell'indagine epidemiologica italiana<sup>1</sup> ha riferito di avere una qualche forma di DE e, di questi, il 30% di tipo completo. La prevalenza aumenta con l'aumentare dell'età: dal 1,7% nella fascia di età dai 20 ai 39 anni fino al 48% nei soggetti sopra i 70 anni (Tab. I).

## APPROCCIO AL PAZIENTE CON DISFUNZIONE ERETTILE

La **raccolta della storia** clinica è indispensabile per identificare i fattori di rischio per DE: malattie, terapie farmacologiche, pregressi interventi chirurgici, fumo, uso di sostanze voluttuarie, ecc.

L'**esame clinico** deve mirare a valutare i caratteri sessuali secondari, le dimensioni e la consistenza dei testicoli, la sensibilità perianale, il tono dello sfintere anale all'esplorazione rettale e il riflesso bulbo-cavernoso; la palpazione del pene è importante per rilevare l'eventuale presenza di placche peniene indicative di una *induratio* (malattia di La Peyronie) e l'esplorazione rettale offre anche l'opportunità di effettuare un esame prostatico. L'esame dell'apparato cardiovascolare deve comprendere, oltre alla misurazione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, anche la valutazione dei polsi arteriosi periferici.

È stato dimostrato che una buona raccolta anamnestica ed un corretto esame clinico hanno una sensibilità del 95% (ma specificità molto minore: 50% circa) per una diagnosi di DE di origine organica. Per questo motivo una

**TABELLA I**  
**Prevalenza della disfunzione erettile in Italia**

ETÀ INTERVISTATI	N. INTERVISTATI	% CON DE
20-39	708	1,7
40-49	483	4,6
50-59	343	15,6
60-69	298	26,7
> 70	178	48,3
<i>Totale</i>	<i>2.010</i>	<i>12,8</i>

**TABELLA IIa**  
**International Index of Erectile Function**

- Far precedere a tutte le domande la frase "Nell'ultimo mese, ..."  
- Per assegnare i punteggi, vedere la Tabella IIb

- 
- Domanda 1:** Quante volte durante l'attività sessuale ha ottenuto un'erezione?
- Domanda 2:** Quando ha avuto erezioni in seguito a stimoli sessuali, le sue erezioni sono state sufficientemente rigide per la penetrazione?
- Domanda 3:** Quando ha tentato un rapporto sessuale, quante volte è stato capace di entrare (penetrare) nel partner?
- Domanda 4:** Durante il rapporto sessuale, *quanto spesso* è stato capace di mantenere l'erezione dopo che era entrato (penetrato) nel partner?
- Domanda 5:** Durante il rapporto sessuale, *quanto difficile* le è risultato mantenere l'erezione fino al completamento del rapporto?
- Domanda 6:** Quante volte ha tentato un rapporto sessuale?
- Domanda 7:** Quando ha tentato di avere un rapporto sessuale, *quanto spesso* è risultato per lei soddisfacente?
- Domanda 8:** Quante volte ha goduto del suo rapporto sessuale?
- Domanda 9:** Quando ha avuto stimoli sessuali oppure un rapporto completo, quante volte ha eiaculato?
- Domanda 10:** Quando ha avuto stimoli sessuali, oppure un rapporto completo, quante volte ha provato la sensazione dell'orgasmo?
- Domanda 11:** Quante volte ha avvertito il desiderio sessuale?
- Domanda 12:** Come definirebbe il suo livello di desiderio sessuale?
- Domanda 13:** Quanto si è sentito soddisfatto complessivamente della sua *vita sessuale*?
- Domanda 14:** Quanto si è considerato soddisfatto relativamente alla *relazione sessuale* con il suo partner?
- Domanda 15:** Come valuta la *fiducia* nelle sue capacità di ottenere e mantenere l'erezione?

**TABELLA IIb**  
**International Index of Erectile Function - Assegnazione punteggi**

**DOMANDE 1, 2, 3, 4, 7, 9, 19**

0 = Nessuna attività sessuale; 1 = Quasi mai/mai; 2 = Poche volte; 3 = Talvolta; 4 = Il più delle volte; 5 = Quasi sempre/sempre

---

**Domanda 5**

0 = Non ho tentato il rapporto; 1 = Estremamente difficile; 2 = Molto difficile; 3 = Difficile; 4 = Lievemente difficile; 5 = Non difficile

---

**Domanda 6**

0 = Nessun tentativo; 1 = 1 o 2 tentativi; 2 = 3 o 4 tentativi; 3 = 5 o 6 tentativi; 4 = Da 7 a 10 tentativi; 5 = 11 tentativi o anche più

---

**Domanda 8**

0 = Nessun rapporto; 1 = Nessun piacere; 2 = Non molto piacevole; 3 = Discretamente piacevole; 4 = Molto piacevole; 5 = Estremamente piacevole

---

**Domanda 11**

1 = Quasi mai; 2 = Poche volte; 3 = Talvolta; 4 = Il più delle volte; 5 = Quasi sempre/sempre;

---

**Domande 12, 15**

1 = Molto basso o praticamente nullo; 2 = Basso; 3 = Moderato; 4 = Forte; 5 = Molto forte

---

**Domande 13, 14**

1 = Molto insoddisfatto; 2 = Abbastanza insoddisfatto; 3 = Egualmente soddisfatto e insoddisfatto; 4 = Abbastanza soddisfatto; 5 = Molto soddisfatto

diagnosi definitiva necessita anche di un approfondimento diagnostico-strumentale e di laboratorio <sup>2</sup>.

Gli **esami di laboratorio** di primo livello devono prevedere: esame delle urine completo, emocromocitometrico, creatinemia, quadro lipidico, glicemia e dosaggio del testosterone. Qualora i livelli di testosterone risultino bassi si procede al dosaggio della sua frazione libera (*free-testosterone*), della prolattina e dell'ormone luteinizzante (LH). La necessità di eseguire indagini più approfondite è determinata in larga parte dalle esigenze legate ai programmi terapeutici che si vogliono instaurare.

Le **indagini strumentali** di primo livello comprendono essenzialmente l'ecografia dell'apparato urogenitale ed eventualmente l'eco(color)doppler penieno, sia a riposo (test basale) sia dopo iniezione farmacologica (test dinamico).

## IL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE CON DISFUNZIONE ERETTILE

Il Medico Generale deve essere consapevole che l'approccio iniziale a questo tipo di paziente richiede un tempo maggiore rispetto ad altre tipologie di pazienti e che può essere necessario, almeno inizialmente, ritagliare uno spazio dedicato per il colloquio <sup>3</sup>.

Il primo passo consiste nell'inquadrare il paziente nell'ambito della sua disfunzione.

È stato dimostrato che i pazienti sono abbastanza riluttanti a presentare spontaneamente il problema <sup>4</sup>, ma anche i medici segnalano di non sapere bene *quali domande porre e come porle* sentendosi essi stessi a disagio ed esprimendo il timore di mettere in imbarazzo il paziente <sup>5,6</sup>.

Da parte loro, comunque, i pazienti (almeno in gran parte) ritengono che la storia sessuale sia un elemento importante della storia clinica di ciascuno e che essa debba essere in qualche modo indagata e non trascurata, quando sia necessario <sup>7</sup>; la maggior parte degli uomini con DE dichiara di preferire comunque che sia il medico ad iniziare la discussione sull'argomento <sup>4</sup>.

Può essere allora consigliabile, ad esempio, esplorare la funzione sessuale nell'ambito di un discorso relativo alle problematiche legate alle malattie croniche o all'uso di determinati farmaci.

Si può usare la tecnica dell'"*informare-e-sondare*" fornendo dapprima una informazione relativa alle condizioni in cui comunemente può comparire una DE e poi chiedere al paziente se si trova nella stessa situazione. Ad esempio *"molti uomini che hanno il diabete (o qualsiasi altra patologia DE-correlata) presentano dei problemi erettivi; a lei è mai capitato qualcosa del genere?"*.

Oppure ancora si può esplorare questo aspetto in un momento in cui si apprezza nel paziente uno stato psicologico disteso chiedendo ad esempio *"Come va con sua moglie?"* oppure, come se fosse una cosa passata, *"Ci sono stati in passato problemi di coppia?"*.

Dopo che si è riusciti a far emergere il problema è impor-

tante a questo punto che il medico usi un linguaggio adeguato, senza troppi termini tecnici ma nemmeno troppo informale, cercando di usare il più possibile gli stessi termini che usa il paziente ed evitando di esprimere giudizi che porrebbero il paziente in situazione di inferiorità. Tutto questo può essere utile per migliorare la comunicazione e fare del medico un buon consulente.

Il medico può così raccogliere informazioni sulla durata, la progressione e la gravità della DE, acquisendo anche informazioni sui fattori di rischio associati.

Dato che spesso le DE sono correlate all'assunzione di farmaci, l'occasione è propizia anche per riesaminare la terapia del paziente, senza dimenticare di indagare sull'eventuale assunzione di farmaci da banco acquistati ed assunti autonomamente.

Il Medico Generale non trascuri di esplorare anche aspetti sociali quali, ad esempio, eventuali eventi stressanti che possono aver influito sulla funzione sessuale (separazioni, divorzi, lutti, perdita del lavoro, *mobbing*, problemi familiari).

La DE colpisce non solo il paziente ma anche il suo partner (e talvolta molto più il partner dello stesso paziente) ed è quindi importante coinvolgerlo nella gestione del problema.

## L'INTERNATIONAL INDEX OF ERECTILE FUNCTION (IIEF)

È importante che il medico esplori il livello di comprensione dei vari aspetti della sessualità sia del paziente sia del suo partner, dalle conoscenze di anatomia (se opportuno) fino alle aspettative dell'eventuale trattamento proposto. Non è infrequente infatti accorgersi che il paziente o la sua partner hanno conoscenze distorte o aspettative irrealistiche relativamente alle *performance* sessuali e al grado di soddisfazione ad esse correlato <sup>8</sup>.

L'*International Index of Erectile Function* (IIEF, Tab. II) è uno strumento efficace per esplorare l'area delle disfunzioni sessuali <sup>9</sup>.

Si tratta di un questionario costruito per essere compilato dallo stesso paziente al fine di esplorare tutte le fasi della funzione sessuale (erezione, soddisfazione nel rapporto sessuale, funzione orgasmica, desiderio sessuale e soddisfazione in generale).

La **funzione erettile** viene esplorata con le domande 1, 2, 3, 4, 5 e 15 con un punteggio totale che va da 1 a 30 (Tab. III); esse sono in grado di valutare quantitativamente la disfunzione erettile che può essere classificata in **grave** (punteggio 6-10), **moderata** (11-16), **lieve** (17-25) e **assente** (26-30) (Tab. IV).

La **soddisfazione nel rapporto sessuale** viene esplorata con le domande 6, 7 e 8 (punteggio 0-15).

La **funzione orgasmica** viene esplorata con le domande 9 e 10 (punteggio 0-10).

Il **desiderio sessuale** viene esplorato con le domande 11 e 12 (punteggio 2-10).

La **soddisfazione in generale** viene esplorata con le

**TABELLA III**  
**Come assegnare i punteggi**

PUNTEGGIO	F. ERETTILE	F. ORGASMICA	DESIDERIO SESSUALE	SODDISFAZIONE DURANTE IL RAPPORTO	SODDISFAZIONE IN GENERALE
	1	9	11	6	13
	2	10	12	7	14
	3			8	
	4				
	5				
	15				
Punteggio tot.	(1-30)	(0-10)	(2-10)	(0-15)	(2-10)

**TABELLA IV**  
**Classificazione della DE in base ai risultati dell'IIEF**

PUNTEGGIO ALL'IIEF	CLASSIFICAZIONE DELLA DE
6-10	Grave
11-16	Moderata
17-25	Lieve
26-30	Assenza di DE

do autonomamente al sito della Società Italiana di Andrologia Medica <sup>10</sup> acquisendo il punteggio definitivo, e discutendo poi il risultato con il proprio medico. Il questionario IIEF è attualmente disponibile in dieci lingue (danese, finlandese, francese, inglese, inglese per australiani, inglese per statunitensi, italiano, olandese, norvegese, spagnolo, svedese e tedesco): questa varietà linguistica permette l'utilizzo del test per studi internazionali multicentrici e multi-etnici e, data la sua specificità e sensibilità, per la valutazione delle modificazioni della funzione erettile correlate alla terapia della DE.

domande 13 e 14 con un punteggio che va da 2 a 10. Il questionario IIEF è utile anche come parametro di riferimento basale da confrontare nei controlli successivi dopo che il paziente è stato sottoposto a opportuna terapia.

## CONCLUSIONI

L'uso del questionario IIEF può entrare a pieno titolo nel bagaglio dei questionari a disposizione del Medico Generale nella propria pratica clinica (come il *Mini Mental State Test* per la demenza o il questionario di Goldberg per la depressione) quando ci si deve confrontare con un paziente che si presume possa avere un problema di disfunzione sessuale.

Può essere anche uno strumento di mediazione con il paziente quando il colloquio diretto può mettere il paziente in imbarazzo recuperando così il disagio che può crearsi e che può comportare il rischio di una rottura del dialogo.

Il test può essere compilato dal paziente su invito del medico (può così essere un mezzo utile per "rompere il ghiaccio"), ma i pazienti possono compilarlo acceden-