

a)



Renzo ROZZINI
Dipartimento di Geriatria - Istituto Ospedaliero Poliambulanza-Brescia

Il lessico della geriatria

Renzo Rozzini^{1,2}

¹Società Italiana di Cardiologia Geriatrica

²Dipartimento di Geriatria, Fondazione Poliambulanza – Istituto Ospedaliero, Brescia

G Ital Cardiol 2019;20(4):204-209

“Chi parla male, pensa male e vive male.

Bisogna trovare le parole giuste:

le parole sono importanti”

Nanni Moretti, Palombella Rossa, 1989

Consideriamo una donna extracomunitaria di 70 anni con indicazione ad artroprotesi di ginocchio, affetta da cardiopatia ipertensiva, diabete mellito di tipo 2, insufficienza renale cronica e disturbo d’ansia, scarsamente capace di comprendere l’italiano e che si prende cura del marito settantacinquenne disabile per un pregresso ictus.

Il cardiologo presterà la sua attenzione alla cardiopatia, considerando comorbidità, il diabete, l’insufficienza renale e il disturbo d’ansia. Il suo medico di famiglia potrebbe descrivere la paziente “affetta da multimorbidità”, prestando uguale attenzione alla cardiopatia ipertensiva, al diabete, all’ansietà. Il suo carico (“burden”) di morbilità sarà determinato dalla presenza delle diverse patologie tenuto conto dalla gravità relativa di ognuna di esse sia biomedica che funzionale. Infine la complessità del paziente sarà in qualche modo condizionata (plasmata) dal suo background culturale, dalla sua capacità di comprendere la nostra lingua, dalle sue condizioni di vita (dalla sua disponibilità economica!) e non da ultimo dal suo ruolo di caregiver del marito.

Quante figure professionali entrano in gioco nella complessità della cura della paziente descritta, che linguaggio utilizzano per comunicare tra loro, che significato attribuiscono alle parole multimorbidità, polipatologia, fragilità, disabilita, burden di malattia, e ancora, come ognuna di loro percepisce e interpreta la coerenza tra le diverse condizioni e atti di cura?



Invecchiare al cinema

1. Lucky (attività fisica)
2. Up (lutto – ricordi: rimpianto e nostalgia)
3. Il centenario che saltò dalla finestra e scomparve (deambulazione incerta, gatto, bizzarria)
4. A spasso con Daisy (guida e patente)
5. Quel che resta del giorno (perdita funzionale)
6. A spasso con Daisy (deambulazione spedita, AD)
7. Cocoon (NH improbabile: auto, non auto, MD)
8. Lucky (caduta senza causa; essere e sentirsi soli, libertà dell'auto, passo spedito)
9. Le passeggiate al campo di Marte (abnorme sospettosità)
10. Youth (ricordi negativi)
11. Quartet (difficoltà ad alzarsi, bastone)

Invecchiare al cinema

12. Un dollaro d'onore (stereotipo della vecchiaia, disinibizione)
13. Il centenario che saltò dalla finestra e scomparve (lentezza)
14. Sul lago dorato (coppia: maschio e femmina)
15. Youth (desiderio maschile)
16. Cocoon (sesso tra coniugi)
17. Harold e Maude (desiderio femminile)
18. Vittoria e Abdul (ideazione patologica)
19. Cocoon (elisir di giovinezza)
20. Una storia vera (lentezza della guida)
21. Gran Torino (luoghi comuni, ausili, NH: sicurezza&libertà)
22. Il posto delle fragole (guida e incidente della strada)

Invecchiare al cinema

23. Lucky (AADL: amica, musica)
24. Vittoria e Abdul (valutazione capacità di critica e giudizio)
25. Gran Torino (porto d'armi)
26. Old man and the gun (collo largo della camicia, dentiera)
27. Una storia vera (stravaganza interessante, accettata)
28. Old man and the gun ---
29. Un dollaro d'onore (macchietta)
30. Rapsodia in agosto (disabilità)
31. Una storia vera (doppio appoggio, deambulatore)
32. Lucky (deambulazione veloce)

b)



ORDINE
MEDICI CHIRURGHI
E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA
DI BRESCIA

COMMISSIONE CULTURA
Coordinatore: Dott. Germano Seftoncelli

Corso

Invecchiare al cinema
CINEMA E VECCHIAIA

Sala Conferenze Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri - Via Lamarmora 167 - Brescia

14 maggio 2019 - ore 19.00

Renzo ROZZINI
Dipartimento di Geriatria - Istituto Ospedaliero Poliambulanza-Brescia

Cinema e vecchiaia

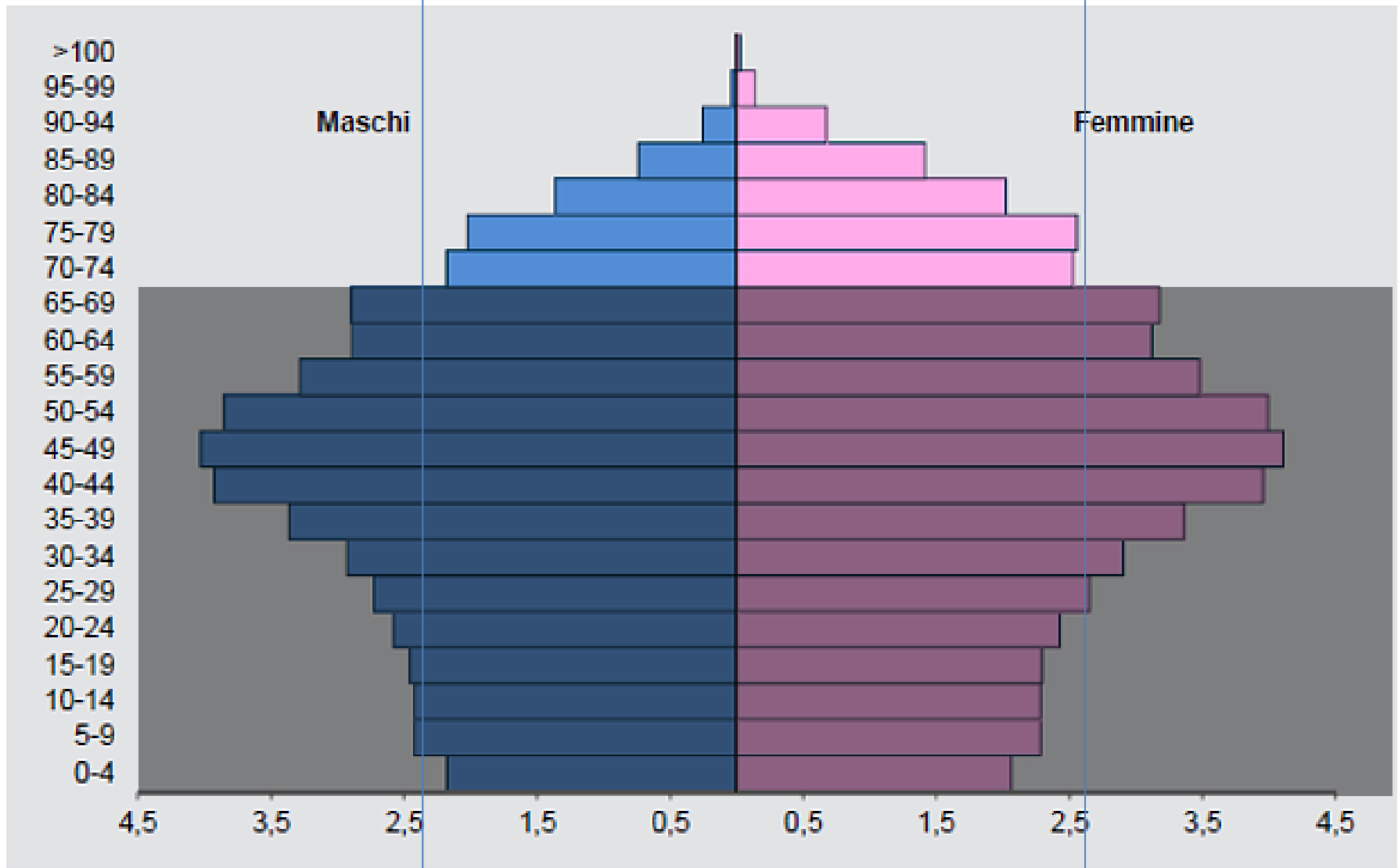
- Maschi
- Non disabili (disabilità lieve – patologie croniche)
- Sarcopenia – Fragilità
- Alcool (AADL)
- Solitudine
- Lutto
- Depressione
- Suicidio
- Sesso

Cinema e vecchiaia

- **Maschi**
- Non disabili (disabilità lieve – patologie croniche)
- Sarcopenia – Fragilità
- Alcool (AADL)
- Solitudine
- Lutto
- Depressione
- Suicidio
- Sesso

UNA STORIA VERA di David Lynch
UMBERTO D. di Vittorio De Sica
LUCKY di John Carrol Lynch
NEBRASKA di Alexander Payne
UP di Pete Docter e Bob Peterson
BALLA COI LUPI di Kevin Costner
* RAPSODIA IN AGOSTO di Akira Kurosawa
YOUTH - LA GIOVINEZZA di Paolo Sorrentino
IL POSTO DELLE FRAGOLE di Ingmar Bergman
** LE NOSTRE ANIME DI NOTTE di Ritesh Batra
FALSTAFF di Orson Welles
GRAN TORINO di Clint Eastwood
IL CENTENARIO CHE SALTÒ DALLA FINESTRA E SCOMPARVE di Felix Herngren
THE MULE di Clint Eastwood
OLD MAN & THE GUN di David Lowery





Fonte: Istat, Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile (R)

Cinema al maschile

Rappresentazione del temibile,
esorcismo e scongiuro

Cinema e vecchiaia

- Maschi
- Non disabili (disabilità lieve – patologie croniche)
- Sarcopenia – Fragilità
- Alcool (AADL)
- Solitudine
- Lutto
- Depressione
- Suicidio
- Sesso

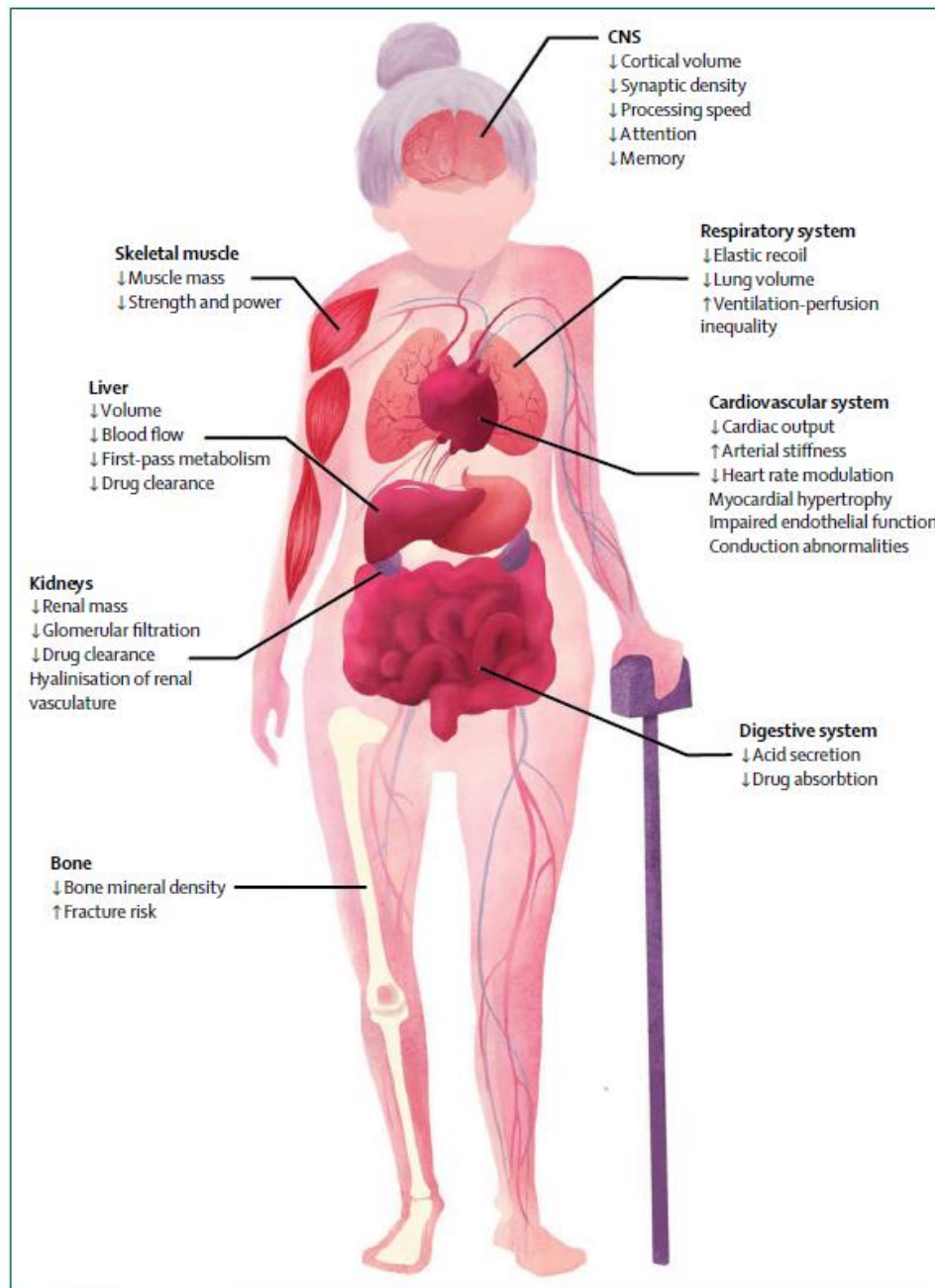


Figure 2: Physiological changes of ageing by organ system^{16-20,22}

a) Modificazioni della composizione corporea

L'invecchiamento comporta un'alterazione della composizione corporea: a) si riducono i muscoli, la cosiddetta massa magra; b) aumenta il grasso o massa grassa. Il rapporto massa magra/massa grassa si modifica sfavorevolmente.

b) Equilibrio tra disponibilità e domanda energetica.

Complessivamente i pazienti con patologia multipla hanno bassa disponibilità di energia e richiedono più energia, sia a riposo che durante l'attività fisica. Una persona ammalata può consumare tutta l'energia di cui dispone nello svolgimento delle ADL, sperimentando fatica e essere confinato alla sedentarietà.

c) La rete che mantiene l'omeostasi

I principali meccanismi che governano il controllo dell'omeostasi interessano gli ormoni, i mediatori dell'infiammazione e gli antiossidanti. Non si dispongono dei criteri standard in grado di quantificare la disregolazione omeostatica.

d) Neurodegenerazione

Le modificazioni corticali e sottocorticali producono segni neurologici "soft" non specifici, come l'instabilità della marcia, la compromissione dell'equilibrio, la riduzione dei tempi di reazione. Queste modificazioni possono essere elicitate agevolmente mediante l'esecuzione di "compiti doppi", nei quali il compito motorio e quello cognitivo sono svolti simultaneamente (dual task). Una performance scadente è marker di ridotta capacità globale di processazione centrale.



Per un pugno di dollari (1964) - Gran Torino (2009) - The mule (2018)

Cinema e vecchiaia

- Maschi
- Non disabili (disabilità lieve – patologie croniche)
- **Sarcopenia – Fragilità**
- Alcool (AADL)
- Solitudine
- Lutto
- Depressione
- Suicidio
- Sesso

“Sarcopenia is the age-associated loss of skeletal muscle mass and function. Sarcopenia is a complex syndrome that is associated with muscle mass loss alone or in conjunction with increased fat mass. The causes of sarcopenia are multifactorial and can include disuse, changing endocrine function, chronic diseases, inflammation, insulin resistance, and nutritional deficiencies. Although cachexia may be a component of sarcopenia, the two conditions are not the same.”

GUIDELINES

Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis

Table 1. 2018 operational definition of sarcopenia

Probable sarcopenia is identified by Criterion 1.

Diagnosis is confirmed by additional documentation of Criterion 2.

If Criteria 1, 2 and 3 are all met, sarcopenia is considered severe.

- (1) Low muscle strength
 - (2) Low muscle quantity or quality
 - (3) Low physical performance
-

Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype

Linda P. Fried,¹ Catherine M. Tangen,² Jeremy Walston,¹ Anne B. Newman,³ Calvin Hirsch,⁴
John Gottdiener,⁵ Teresa Seeman,⁶ Russell Tracy,⁷ Willem J. Kop,⁸ Gregory Burke,⁹
and Mary Ann McBurnie² for the Cardiovascular Health Study
Collaborative Research Group

Cardiovascular Health Study Frailty Screening Scale^{10,48}

Prefrail, 1 or 2; Frail, ≥ 3

- 1 Weight Loss – Loss of 10 pounds unintentionally in past year or weight at examination $\leq 10\%$ of age 60 weight.
 - 2 Exhaustion – Self-report of fatigue or felt unusually tired or weak in the past month
 - 3 Low Activity – Frequency and duration of physical activities (walking, doing strenuous household chores, doing strenuous outdoor chores, dancing, bowling, exercise).
 - 4 Slowness – Walking 4m ≥ 7 s if height ≤ 159 cm or ≥ 6 s if height ≥ 159 cm.*
 - 5 Weakness – Grip strength (kg) for body mass index (kg/m^2).
-

* Data for older women (lowest 20th percentile).



Gran Torino (2009) - The mule (2018)



Sul lago dorato, 1981



Old Man & the Gun (2018)

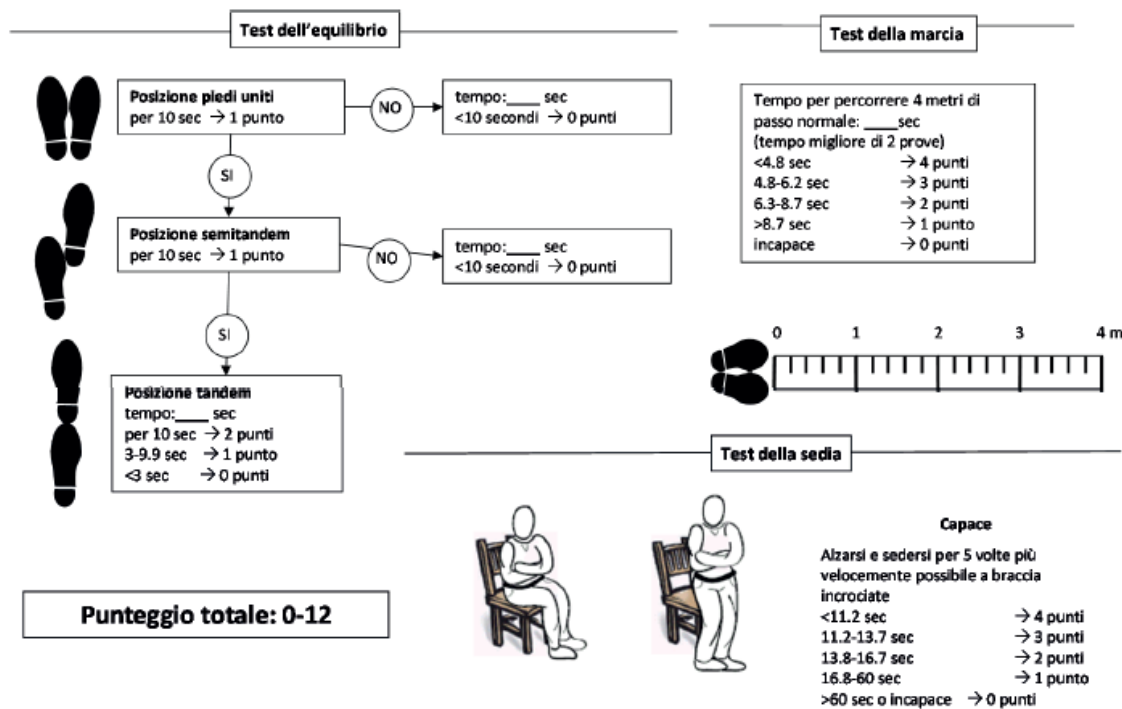


Figura 4. La Short Physical Performance Battery (SPPB)²².

La **SPPB** (*Short Physical Performance Battery*) e, specificatamente, i **test di valutazione della velocità del cammino e del tempo impiegato per alzarsi dalla sedia**, in quanto surrogati di fragilità, sono potenzialmente **indicatori prognostici** utili in pazienti anziani con patologie cardiovascolari acute e croniche

Il punteggio alla SPPB alla dimissione è risultato essere un **fattore predittivo indipendente di ri-ospedalizzazione e decesso**.

	Alzarsi dalla sedia 5 volte <15 s	= 0 punti
	Alzarsi dalla sedia 5 volte ≥15 s	= 1 punto
	Incapace di completare l'esercizio	= 2 punti
	Cognitivamente integro	= 0 punti
	Ridotta performance cognitiva	= 1 punto
	Emoglobina ≥13.0 g/dl uomo ≥12.0 g/dl donna	= 0 punti
	Emoglobina <13.0 g/dl uomo <12.0 g/dl donna	= 1 punto
	Albumina sierica ≥3.5 g/dl	= 0 punti
	Albumina sierica <3.5 g/dl	= 1 punto

“indipendentemente dallo strumento utilizzato, i clinici dovrebbero essere allertati in merito ad alcuni segnali (*red flags*) di inutilità quando pazienti ad alto rischio vengono candidati alla TAVI, come: l’incapacità di completare un test della velocità del cammino su brevi distanze o di alzarsi dalla sedia, la dipendenza per la maggior parte delle BADL, una condizione di malnutrizione con un basso livello di albumina sierica e una involontaria perdita di peso, una severa anemia (in assenza di significative cause reversibili), una demenza avanzata, una pneumopatia con fabbisogno di ossigeno, un’epatopatia o insufficienza renale cronica”.

Figura 5. Essential Frailty Toolset (EFT) in soggetti anziani candidati a sostituzione valvolare aortica.
Modificata da Afilalo et al.²⁸.



The youth (2015)

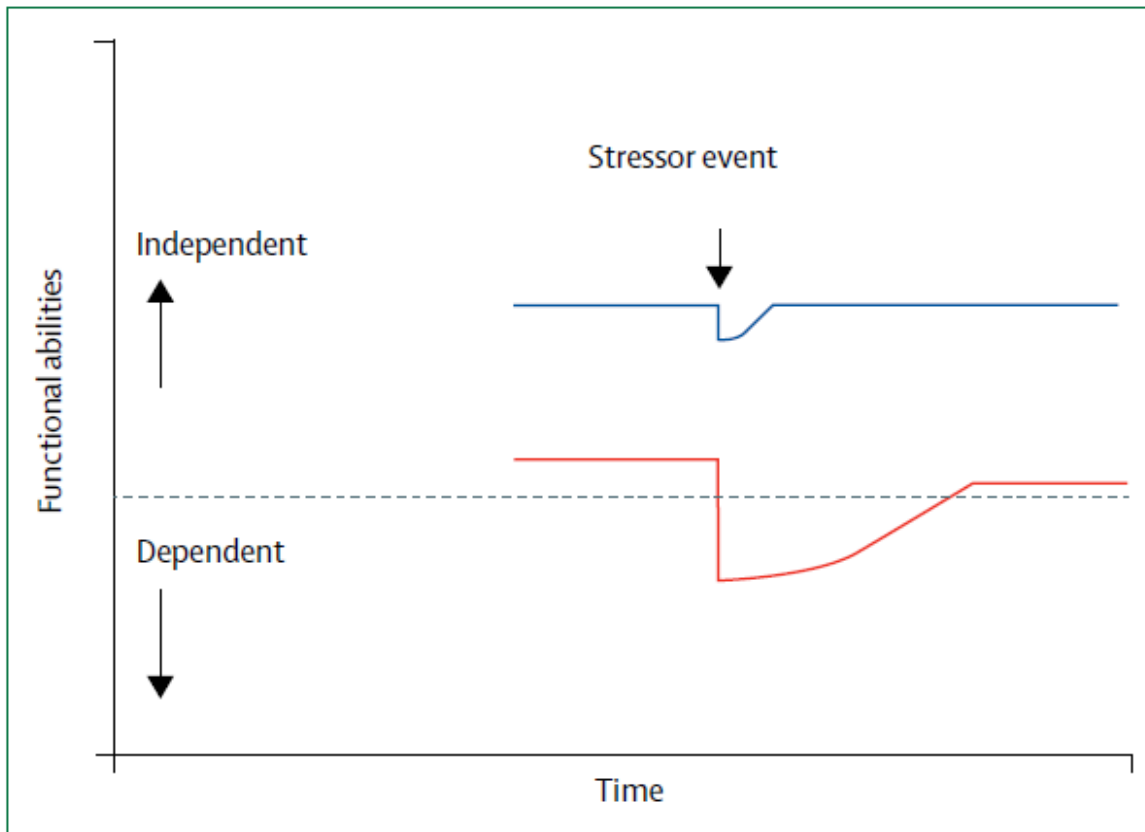


Figure 1: Susceptibility of older people with frailty to a sudden change in health status after a minor stressor event

The blue line represents a healthy older person who, after a minor stressor event such as an infection, has a small deterioration in function and then returns to baseline. The red line represents an older person with frailty who, after a similar stressor event, undergoes a larger deterioration (which might manifest as functional dependency) and then does not return to baseline. The horizontal dashed line represents the cutoff between functionally dependent and functionally independent. Adapted from reference 1.

ONLINE FIRST

Rethinking the Association of High Blood Pressure With Mortality in Elderly Adults

The Impact of Frailty

Michelle C. Odden, PhD; Carmen A. Peralta, MD, MAS; Mary N. Haan, DrPH; Kenneth E. Covinsky, MD, MPH

Background: The association of hypertension and mortality is attenuated in elderly adults. Walking speed, as a measure of frailty, may identify which elderly adults are most at risk for the adverse effects of hypertension. We hypothesized that elevated blood pressure (BP) would be associated with a greater risk of mortality in faster-, but not slower-, walking older adults.

Methods: Participants included 2340 persons 65 years and older in the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2000 and 2001-2002. Mortality data were linked to death certificates in the National Death Index. Walking speed was measured over a 20-ft (6 m) walk and classified as faster (≥ 0.8 m/s [$n=1307$]), slower ($n=790$), or incomplete ($n=243$). Potential confounders included age, sex, race, survey year, lifestyle and physiologic variables, health conditions, and antihypertensive medication use.

Results: Among the participants, there were 589 deaths through December 31, 2006. The association between BP and mortality varied by walking speed. Among faster walkers, those with elevated systolic BP (≥ 140 mm Hg) had a greater adjusted risk of mortality compared with those without (hazard ratio [HR], 1.35; 95% CI, 1.03-1.77). Among slower walkers, neither elevated systolic nor diastolic BP (≥ 90 mm Hg) was associated with mortality. In participants who did not complete the walk test, elevated BP was strongly and independently associated with a lower risk of death: HR, 0.38; 95% CI, 0.23-0.62 (systolic); and HR, 0.10; 95% CI, 0.01-0.81 (diastolic).

Conclusions: Walking speed could be a simple measure to identify elderly adults who are most at risk for adverse outcomes related to high BP.

Arch Intern Med.

Published online July 16, 2012.

doi:10.1001/archinternmed.2012.2555

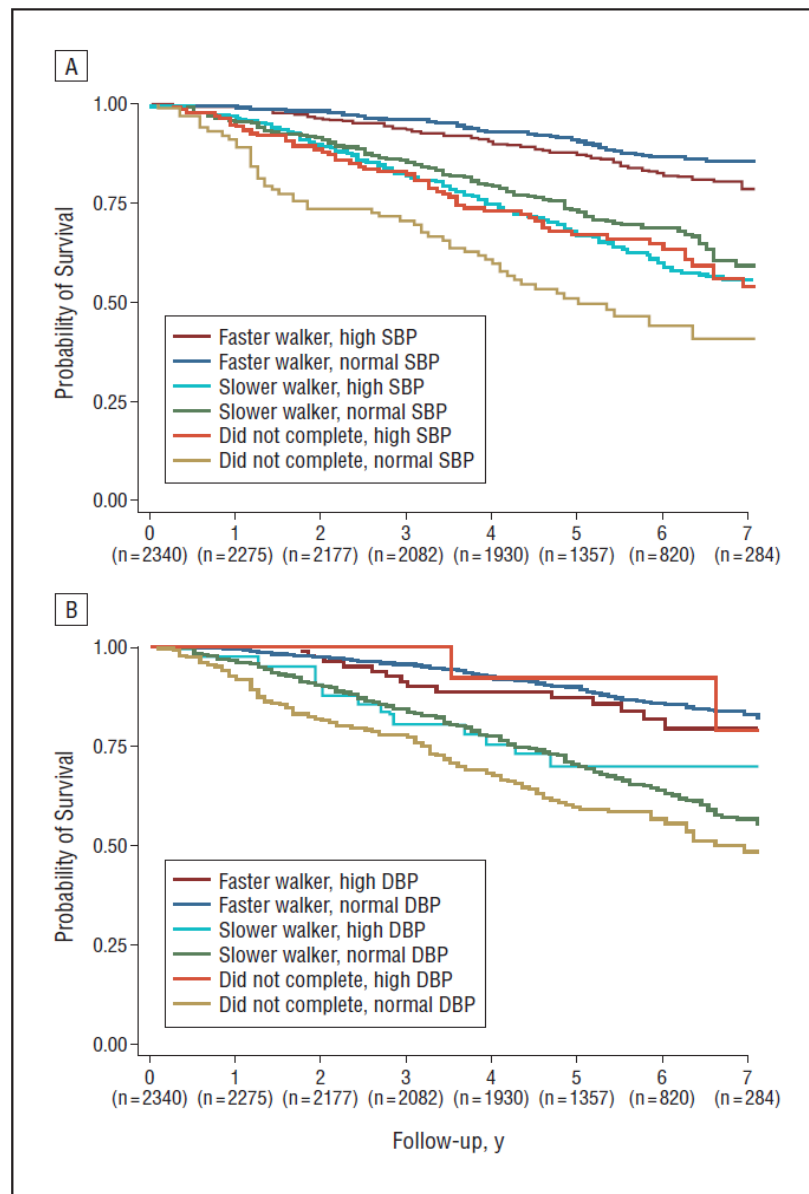


Figure 1. Kaplan-Meier survival plots. Kaplan-Meier survival plots of persons with elevated systolic blood pressure (SBP) 140 mm Hg or higher (A) and diastolic blood pressure (DBP) 90 mm Hg or higher (B), stratified by walking speed, in National Health and Nutrition Examination Survey participants 65 years and older (1999-2002), followed up until December 31, 2006



Una storia vera (1999)



Una storia vera (1999)

Esami

Rx grafie

Visita oculistica

Diabete mellito

Arteriopatia

Deambulazione (deambulatore)

Fumatore

Fare qualcosa e anche molto in fretta



Una storia vera (1999)

Cinema e vecchiaia

- Maschi
- Non disabili (disabilità lieve – patologie croniche)
- Sarcopenia – Fragilità
- **Alcool (AADL)**
- Solitudine
- Lutto
- Depressione
- Suicidio
- Sesso

A Hierarchical Exercise Scale to Measure Function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) Level

David B. Reuben, MD,* Linda Laliberte, MS, JD,† Jeffrey Hiris,† and Vincent Mor, PhD†

Standard functional assessment instruments often fail to capture subtle impairment in community-dwelling older persons. To create a scale to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level, we chose three questions to separate a community sample into four levels: frequent vigorous exercisers (8.0%), frequent long walkers (10.8%), frequent short walkers (23.7%), and nonexercisers (57.5%). These levels of exercise formed a hierarchical scale that correlated positively in a graduated manner with progressively advanced social activities of

daily living, current health status, and mental health. At 1-year follow-up, 20% of persons declined in exercise level, 63% showed no change in exercise level, and 17% improved their exercise level. Changes in exercise level in both directions were associated with changes in mental health status. The Advanced Activities of Daily Living scale may be a sensitive measure of earlier functional decline, but longer follow-up will be necessary to determine its clinical usefulness. J Am Geriatr Soc 38:855-861, 1990



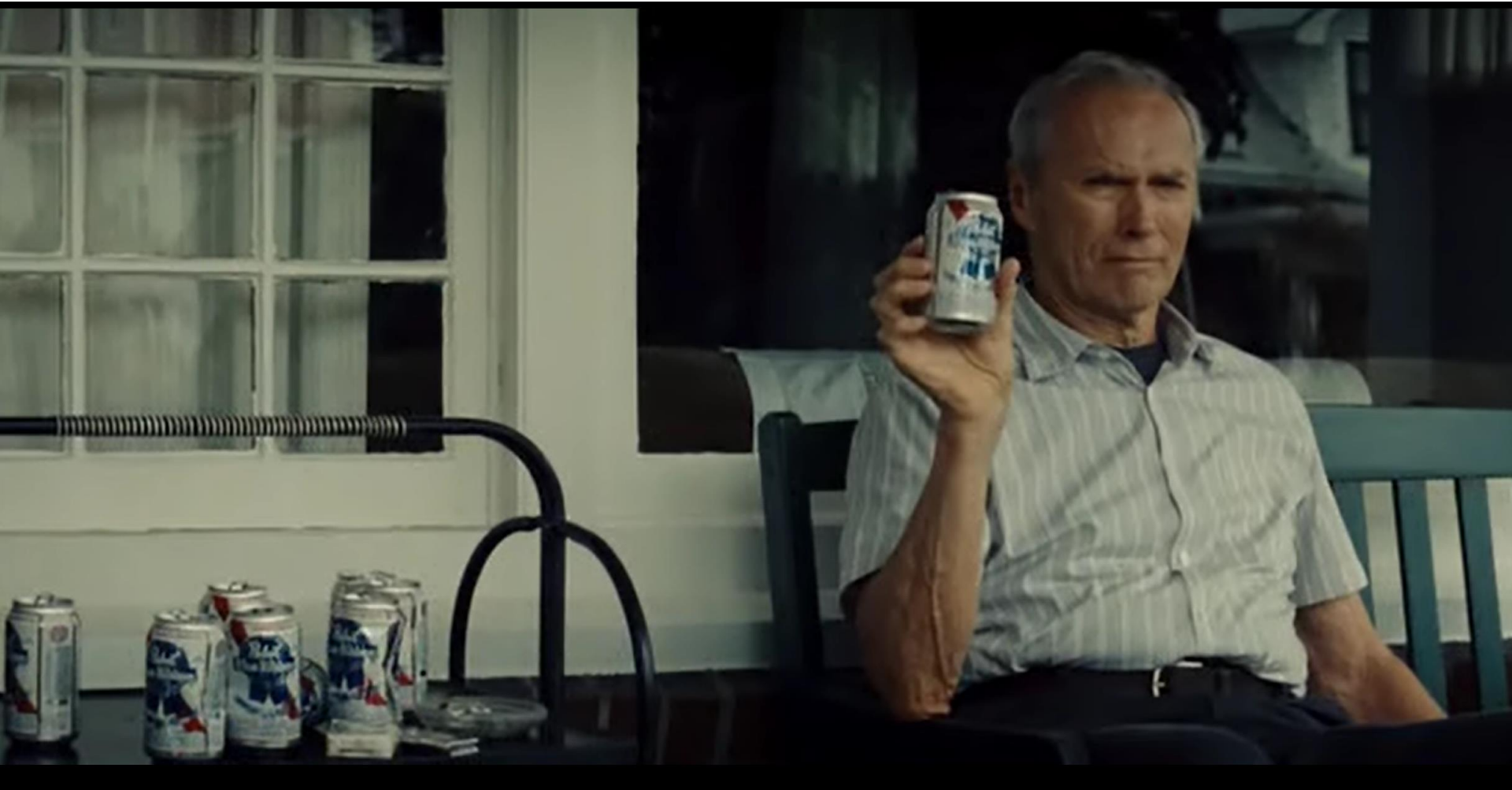
Lucky (2017)



The mule, 2018



Una storia vera (1999)



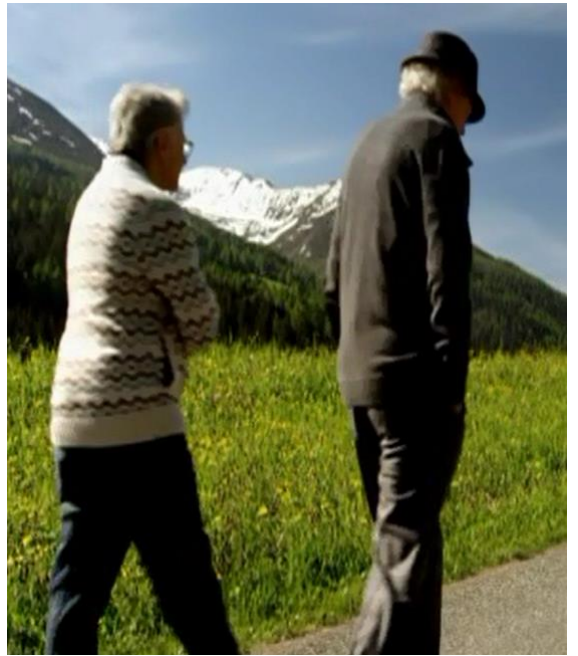
Gran Torino (2009)



Lucky (2017)

Cinema e vecchiaia

- Maschi
- Non disabili (disabilità lieve – patologie croniche)
- Sarcopenia – Fragilità
- Alcool (AADL)
- **Solitudine**
- Lutto
- Depressione
- Suicidio
- Sesso





Lucky (2017)

Alcune indagini su larga scala (per esempio, Cacioppo et al, 2010; Holwerda et al, 2012) indicano che la solitudine aumenta il rischio di mortalità, la presenza di patologie, e quindi il consumo di servizi sanitari, la riduzione delle funzioni cognitive e di depressione. In questo ambito gli studi epidemiologici hanno raggiunto un buon livello di affidabilità, per cui è oggi indiscutibile che *“loneliness can be deadly for elders”* (New York Times, 30.12.2016). Particolare attenzione alla problematica della solitudine in generale è stata dedicata in questi anni dall’*English Longitudinal Study of Aging* (ELSA) (Banks et al, 2016).



The youth (2015)

Former Surgeon General Talks Love, Loneliness, and Burnout

— NAM panel addresses growing crisis in medicine

by Shannon Firth, Washington Correspondent, MedPage Today

May 04, 2018

ADVERTISEMENT

Marissa King, PhD, a sociologist and professor of organizational behavior at the Yale School of Management, also spoke at the workshop. She shared her own personal experiences with loneliness as an academic researcher turned professor.

"I was given advice, which I think physicians are often given, which is to take on a role, and then act like someone else," she said.

But King said the more pretending she did, the more isolated she felt. By the third year of her professorship, she said she needed beta-blockers to function, and ultimately had a breakdown.

"I was trying to be someone I wasn't," she said.

While one in five adults in the general population is lonely, that ratio narrows in medicine: "One in three physicians will report having experienced a feeling of loneliness just even in the past week," she said.

Some of the causes for loneliness stem from increased mobility in jobs, a lack of family support, and increased dependence on technology, but on a basic level, people just aren't communicating and connecting.

The average American spends less than 40 minutes each day in any form of social interaction -- a number that has declined by about 15% in the last decade -- she noted.



Il posto delle fragole (1957)



Il posto delle fragole (1957)



Il posto delle fragole (1957)

Cinema e vecchiaia

- Maschi
- Non disabili (disabilità lieve – patologie croniche)
- Sarcopenia – Fragilità
- Alcool (AADL)
- Solitudine
- **Lutto**
- **Depressione**
- Suicidio
- Sesso



Up (2009)

Nostalgia e ricordo

«Dal punto di vista della trama l'intero film è messo in ombra dalla storia che, nei primi minuti, mostra la vita insieme di Carl e Ellie».

Il lutto

Stadi del lutto normale: a) Periodo iniziale: torpore, incredulità, senso di vuoto, ansia severa, disturbi del sonno e sintomi fisici. B) Seconda fase: adattamento (dura circa un anno), ricomposizione attraverso processi di ricordo, fantasie e razionalizzazione. Questo periodo si completa con l'accettazione; c) Terza fase. ridefinizione del sé in assenza della persona amata. La maggior parte degli anziani ritorna allo stato premorbo alla fine del primo anno.

Un quadro clinico di depressione maggiore può associarsi al lutto; chi ne soffre non la considera patologica e il quadro non interferisce con le funzioni di base. La presenza di sintomi non caratteristici di una reazione "normale" di lutto è utile per differenziare il lutto da un episodio depressivo: sentimenti di colpa riguardanti azioni o negligenze fatte dopo la morte del congiunto, pensieri di morte ("sarebbe stato meglio fossi morto io", "sarebbe stato meglio fossimo morti assieme"), pensieri eccessivi e morbosi di inutilità, un marcato rallentamento psicomotorio, la prolungata e intensa compromissione di funzionamento, le esperienze allucinatorie diverse dal pensare di udire la voce, o di vedere fuggevolmente l'immagine della persona deceduta (Roose et al., 2003; Alexopoulos, 2004; Katona et al., 2004).

Il lutto patologico, diversamente dal lutto normale, non compare immediatamente (si osserva anzi un'apparente negazione della perdita). Le manifestazioni più frequenti del lutto patologico sono l'iperattività, l'acquisizione di sintomi propri della malattia che ha portato la morte del congiunto, la comparsa di malattie francamente psicosomatiche, un'alterazione dei rapporti con la famiglia e con gli amici, l'ostilità verso persone specifiche (non infrequentemente membri della famiglia) e la perdita persistente del pattern di interazione sociale (Alexopoulos et al., 1999).

Cinema e vecchiaia

- Maschi
- Non disabili (disabilità lieve – patologie croniche)
- Sarcopenia – Fragilità
- Alcool (AADL)
- Solitudine
- Lutto
- Depressione
- **Suicidio**
- Sesso



Gran Torino (2009)



Gran Torino (2009)

Suicidio mascherato in età avanzata

- Molti incidenti sono in realtà dei suicidi mascherati: non atti programmati, bensì raptus tipici di chi è depresso o afflitto da un profondo malessere esistenziale e non avendo il coraggio di togliersi la vita nei modi più canonici sceglie irrazionalmente di uccidersi in situazioni che potrebbero passare per incidenti, trovandosi in situazioni di pericolo—alta velocità in auto, ambienti rischiosi, di lavoro e non--così da non avere sensi di colpa nei confronti di se stesso e dei parenti. (F. Pellegrino, Congresso SIPs, Roma 2002)
- Quanto detto vale sicuramente per eventi in età giovanile adulta. Ma i tassi di suicidio sono più elevati dopo i 70 anni sia per uomini che per donne, in quasi tutte le regioni del mondo (OMS, 2014)

Suicidio mascherato in età avanzata

- E' una dissimulazione del suicidio che si manifesta fenomenologicamente come incidente stradale, incidente domestico, overdose, caduta accidentale.
- Le circostanze del decesso non sono mai chiare e attribuire la morte a suicidio dipende da valutazioni soggettive: indubbiamente questa forma di suicidio è una delle cause di sottostima dei suicidi.
- Il suicidio mascherato si differenzia molto da altre forme di suicidio, non solo per le manifestazioni apparenti («maschera» vs agito autolesivo evidente), ma anche per il movente psicologico che conduce all'intenzione suicidaria.
- La condizione psicologica che più spesso conduce al suicidio è stata definita da alcune caratteristiche comuni:
 - Risoluzione di una situazione insostenibile drammaticamente angosciata;
 - Arresto di una sofferenza vissuta come senza fine e intollerabile
 - Mancanza di aspettative positive hopelessness+certezza di non ricevere alcun tipo di aiuto helplessness
 - Restringimento dell'orizzonte cognitivo

Suicidio mascherato in età avanzata

- Intenzionalità suicidaria: desiderio volontà di porre fine alla propria vita per acquisire uno status differente
- Metodo: in s. agito autolesivo evidente. In suicidio mascherato siamo di fronte ad una maschera, il comportamento suicida è nascosto, non facile da sviscerare: motivi? culturali, religiosi, non perdere un risarcimento assicurativo, un modo per non incolpare i superstiti
- Ma fondamentale è la psicodinamica che separa il suicidio mascherato da tutti gli altri

Cinema e vecchiaia

- Maschi
- Non disabili (disabilità lieve – patologie croniche)
- Sarcopenia – Fragilità
- Alcool (AADL)
- Solitudine
- Lutto
- Depressione
- Suicidio
- **Sesso**



Harold e Maude (1971)



Cocoon (1985)



The mule (2018)



The Youth (2015)

Con il termine disfunzione erettile (DE) o impotenza, si intende una persistente o ricorrente incapacità di ottenere e/o mantenere un'erezione peniena adeguata al completamento cronologico e soddisfacente dell'attività sessuale

La prima linea di trattamento della DE è l'eliminazione della causa, quando possibile, e degli eventuali fattori di rischio modificabili (es. fumo). Eccezion fatta per le DE psicogena, arteriogenica post-traumatica e ormonale che possono essere efficacemente curate con trattamento specifico, negli altri casi la DE non viene curata, ma trattata.

I trattamenti non causa-specifici sono di tre livelli:

- primo livello: farmaci ad uso orale della famiglia degli inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5, quali Viagra (Sildenafil), Cialis (Tadalafil) e Levitra (Vardenafil), utilizzabili in vari dosaggi e modalità a seconda delle caratteristiche e necessità del paziente.
- secondo livello: iniezioni locali intracavernose di farmaci atti al richiamo di sangue nel pene e al conseguente raggiungimento della rigidità.
- terzo livello: impianto chirurgico di protesi peniene.

La terapia viene generalmente proposta a partire dal livello più semplice e meno invasivo (ovvero farmaci a uso orale) passando poi ai livelli superiori ove quelli precedenti non siano risultati efficaci per la risoluzione del problema.

Conclusioni