

Claudio Ferri

Ipertensione e sessualità

TEST DI AUTODIAGNOSI ALL'INTERNO



Bayer HealthCare

Ipertensione e sessualità

Conoscere, prevenire, curare

Prof. Claudio Ferri

Università di L'Aquila

Facoltà di Medicina e Chirurgia

**Dipartimento di Medicina Interna
e Sanità Pubblica**

**Ospedale San Salvatore, Divisione
di Medicina Interna Universitaria 1**

**Centro per l'ipertensione arteriosa
e la prevenzione cardiovascolare**

Prefazione

Sedentarietà, predilezione per i cibi salati e ricchi di zuccheri e grassi, fumo di sigaretta, stress, costituiscono parte integrante di uno stile di vita “dissennato” ormai comune nel nostro paese. Questo stile di vita può farci molto male, favorendo la comparsa di condizioni quali l’ipertensione arteriosa e, quindi, delle sue conseguenze vascolari, come l’infarto del cuore o del cervello.

Contro l’ipertensione arteriosa possiamo e dobbiamo lottare, prevenendola grazie a profonde modificazioni dello stile di vita e curandola, se presente, con le stesse modificazioni e, quando necessario, con gli opportuni farmaci.

In ogni caso è fondamentale che medici di famiglia, specialisti e pazienti siano tra loro alleati. Pertanto, deve essere chiaro quanto sia comune che la malattia arteriosclerotica conseguente all’ipertensione si renda evidente prima a livello delle arterie del pene, determinando disfunzione erettile, e solo successivamente a livello di quelle del cuore e del cervello.

E’ bene, pertanto, che il medico spieghi con chiarezza al paziente iperteso che la disfunzione erettile – disturbo peraltro oggi perfettamente curabile nella grandissima maggioranza dei casi grazie all’uso di farmaci, gli inibitori della fosfodiesterasi-5 – va considerata come una vera e propria “sentinella”, un “campanello

di allarme” che suona per avvertire della possibile presenza di latenti lesioni arteriosclerotiche a livello delle arterie coronariche e/o cerebrali.

In questo libretto, realizzato grazie al disinteressato supporto della Bayer, ho cercato di portare un contributo clinico alla diffusione tra i pazienti ipertesi della conoscenza di questo tema, così importante per la salute del maschio dalla “mezza età” in poi.

Conscio di quanto Brecht giustamente diceva sulla enorme difficoltà di essere semplici, spero di esserlo stato senza cadere nel semplicismo.

Spero soprattutto, infine, di aver enfatizzato la necessità, per il medico, di considerare sempre il paziente iperteso come una persona con cui dialogare, spiegando il proprio progetto terapeutico e ricercandone la condivisione e, per il paziente, di non vedere sempre e comunque nel medico il terminale dei suoi disturbi, nel bene e nel male.

Il paziente, infatti, ha – nel caso dell’ipertensione come in quello del diabete, dell’obesità, della sedentarietà, dell’ipercolesterolemia, del tabagismo – un ruolo fondamentale ed insostituibile: solo lui può modificare lo stile di vita “dissennato” che comporta un rischio così elevato per la salute.

Claudio Ferri

L'ipertensione arteriosa

Che cos'è l'ipertensione arteriosa?

È un aumento della pressione arteriosa al di sopra dei valori normali (vedi tabella 1).

Che cos'è la pressione arteriosa?

È la forza che il sangue esercita sulle pareti interne delle arterie in cui scorre, un po' come le acque di un torrente nel suo alveo. La pressione arteriosa si misura in millimetri di mercurio (mmHg).

Misurare la pressione è molto semplice, tanto che con i moderni sfigmomanometri digitali lo si può fare tranquillamente a casa propria, dopo essere stati correttamente istruiti ad utilizzare l'apparecchio.

Il migliore sistema per misurare la pressione arteriosa (quello utilizzato da tutti i medici) si basa ancora sullo sfigmomanometro a mercurio, inventato dall'italiano Scipione Riva Rocci, e sul metodo dell'auscultazione dei "toni" col fonendoscopio, messo a punto dal russo Nikolaj Korotkoff.

Il tono che si ausculta per primo corrisponde alla pressione massima, mentre la scomparsa dei toni corrisponde alla pressione minima.

Il sangue è sospinto in circolo dalle pulsazioni cardiache: quando il cuore si contrae pompa il sangue nelle arterie, mentre quando si distende risucchia il sangue dalle vene; a questi due movimenti opposti della muscolatura cardiaca corrispondono un ciclico innalzamento e abbassamento della pressione arteriosa:

- la pressione arteriosa **sistolica**, nota anche come **pressione massima**;
- la pressione arteriosa **diastolica**, o **pressione minima**.

L'innalzamento anche di uno solo di questi due valori pressori al di sopra dei limiti considerati normali definisce la presenza di ipertensione arteriosa.

**UN ITALIANO SU QUATTRO,
OLTRE I 50 ANNI DI ETÀ,
SOFFRE DI IPERTENSIONE.**



Da cosa nasce l'importanza dell'ipertensione?

Dalla possibilità che essa porti, con l'avanzamento dell'età, all'arteriosclerosi, con formazione di placche sulla parete interna delle arterie.

Classificazione della pressione arteriosa secondo le linee guida 2003 delle Società Europee di Ipertensione e Cardiologia

Livello	Pressione (mmHg)	
	sistolica	diastolica
Ottimale	< 120	< 80
Normale	120-129	80-84
Normale/alta	130-139	85-89
Ipertensione di grado I (lieve)	140-159	90-99
Ipertensione di grado II (moderata)	160-179	100-109
Ipertensione di grado III (grave)	≥ 180	≥ 110
Ipertensione sistolica isolata	≥ 140	< 90

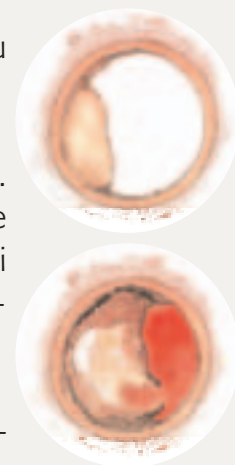
< inferiore a
≥ maggiore o uguale

tabella 1

Perché è importante controllare la pressione arteriosa?

Perché l'ipertensione rappresenta un fattore di rischio potente ed indipendente per quel-

le malattie cardiovascolari su base arteriosclerotica che sono attualmente la maggiore causa di mortalità nel nostro paese. Ciò significa che l'ipertensione aumenta di per sé il rischio di sviluppare accidenti cardiovascolari – come l'infarto cardiaco, l'ictus cerebrale, etc. – e in più aggrava il peso di altri fattori di rischio eventualmente concomitanti.



Per avere una suggestione di quanto può avvenire in seguito ad una eccessiva pressione arteriosa, basta immaginare l'interno di un'arteria (in cui sia presente una placca arteriosclerotica) ed una corrente sanguigna che diventa sempre più tumultuosa, fino a determinare la rottura della placca e la conseguente formazione, sopra tale rottura, di un coagulo che occlude l'arteria stessa. E', in modo molto semplificato, il meccanismo della trombosi, che non fa più arrivare il sangue ad una zona più o meno grande, per esempio, del cuore o del cervello, provocando la morte delle cellule (infarto cardiaco oppure ictus cerebrale) e, quindi, un danno permanente dell'organo colpito.

Il rapporto tra ipertensione arteriosa ed eventi cardiovascolari è pressoché lineare. Si può dunque dire che più la pressione arteriosa è bassa meglio è, soprattutto nel caso in cui siano simultaneamente presenti altri fattori di rischio e, in particolare, in presenza di diabete.

La relazione tra ipertensione arteriosa e disfunzione erettile

Nel paziente con ipertensione è spesso presente anche un grado variabile di disfunzione erettile, definita come la persistente incapacità di raggiungere e mantenere un'erezione sufficientemente prolungata da consentire un rapporto sessuale soddisfacente. Questa correlazione ha un chiaro fondamento fisiopatologico nel danno vascolare conseguente all'ipertensione, che può compromettere i delicati meccanismi emodinamici alla base dell'erezione. Infatti, l'erezione è un evento biologico complesso, che presuppone l'integrità anatomica e la piena efficienza delle strutture nervose e vascolari coinvolte.



Come avviene l'erezione?

Il centro coordinatore dell'erezione è il cervello che, in risposta a stimoli psichici (fantasie sessuali, eccitazione) o sensoriali (contatto con la partner), invia al pene degli impulsi nervosi che determinano un aumento del flus-

so di sangue al suo interno. Il progressivo accumularsi di sangue nel tessuto cavernoso del pene, assimilabile ad una vera e propria spugna, determina l'inturgidimento dell'organo e lo rende idoneo all'espletamento del rapporto sessuale.

La risposta sessuale maschile



L'eccitamento è conseguente ad una serie di stimoli sia fisici che sensoriali. Se la tensione sessuale persiste si raggiunge una fase di mantenimento, caratterizzata dal perdurare dell'eccitazione. Segue la terza fase, l'orgasmo, la cui intensità è condizionata da tutti gli stimoli precedenti e si manifesta con un acme di piacere intenso e involontario. La fase di risoluzione, infine, vede la progressiva diminuzione della tensione sessuale.

Con il compimento dell'atto sessuale l'afflusso ematico si riduce drasticamente, quindi inizia il deflusso di sangue dal tessuto cavernoso, con la conseguente detumescenza del pene. In questa rapida successione di eventi, pochi minuti in tutto, la perfetta regolazione della circolazione sanguigna locale svolge un ruolo delicatissimo.

La frequenza della disfunzione erettile nella popolazione generale aumenta con l'età. In Italia ne sono affetti circa 3 milioni di uomini (oltre 100 milioni nel mondo).

La disfunzione erettile, impropriamente detta impotenza, è piuttosto rara nei soggetti giovani, ma a partire dai 40 anni la sua frequenza comincia ad aumentare fino ad interessare, con intensità molto variabile da soggetto a soggetto, oltre il 65% degli ultrasessantenni. Ciò, ovviamente, non significa che il declino delle funzioni sessuali rappresenti il destino ineluttabile di ogni uomo che invecchia. In genere la maggiore frequenza della disfunzione erettile nei soggetti di età più avanzata è legata alla presenza di alcuni fattori di rischio, che per lo più sono anche quelli che possono determinare l'insorgenza di tutte le altre malattie conseguenti all'arteriosclerosi.



La disfunzione erettile, a sua volta, rappresenta spesso la manifestazione più precoce ed evidente di una compromissione diffusa dell'apparato cardiovascolare. La disfunzione erettile può svolgere, infatti, il ruolo di "sentinella" precoce di malattia vascolare su base arteriosclerotica, presente in forma non ancora clinicamente evidente in sedi quali il cuore, il cervello, gli arti inferiori, il rene, l'aorta toracica e l'aorta addominale.



Solo il medico può aiutare il paziente a valutare correttamente la specifica situazione, provvedendo ad una accurata diagnosi e indicando la strada migliore sia per la cura e la risoluzione completa del problema erettile, sia per l'identificazione e la cura di un'eventuale malattia vascolare.

E' FONDAMENTALE CHE IL PAZIENTE CON DISFUNZIONE ERETTILE SI RIVOLGA CON FIDUCIA AL PROPRIO MEDICO DI FAMIGLIA.

Come tutte le altre condizioni patologiche collegate all'ipertensione arteriosa ed agli altri fattori di rischio, la disfunzione erettile deve essere prevenuta e curata sia con una **modificazione dello stile di vita** che mediante la **terapia farmacologica**.

LA GRANDE MAGGIORANZA DEI CASI DI DISFUNZIONE ERETTILE PUÒ ESSERE CURATA CON SUCCESSO.

Molti studi hanno dimostrato chiaramente che il rischio conseguente ad ipertensione può essere ridotto in modo significativo abbassando la pressione, fino ad annullarsi con la completa normalizzazione della pressione arteriosa (oltre che degli altri fattori di rischio). Va anche detto che un certo grado di rischio è insito in ciascuno di noi ed è connesso soprattutto a fattori non modificabili, come l'età e la familiarità.

Cambiare stile di vita per combattere l'ipertensione

Gli obiettivi del trattamento dell'ipertensione sono due:

- la normalizzazione della pressione arteriosa;
- la massima riduzione del rischio a lungo termine di mortalità e morbilità cardiovascolare.

Il primo passo consiste in un trattamento non farmacologico dell'ipertensione e degli eventuali fattori di rischio ad essa associati (fumo, ipercolesterolemia, diabete, etc.). Le modificazioni dello stile di vita devono rappresentare il primo passo e il cardine nel trattamento del paziente iperteso, in associazione – se necessario – alla terapia farmacologica. Numerosi studi clinici hanno infatti chiaramente dimostrato l'efficacia antiipertensiva di una serie di provvedimenti "salutistici".

Abolizione del fumo

E' assolutamente sconsigliato il fumo di sigaretta: smettere di fumare rappresenta il provvedimento singolo



più efficace tra le modificazioni dello stile di vita. Nicotina e ossido di carbonio, sostanze presenti nelle sigarette, danneggiano infatti le pareti delle arterie, favorendo l'aumento della pressione e la formazione della placca.

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.

Riduzione dell'eccessivo consumo alcolico

Il vino, se assunto in dosi eccessive, può elevare la pressione arteriosa e ridurre l'efficacia dei farmaci antiipertensivi. È quindi opportuno limitarne il consumo a due bicchieri al giorno per l'uomo (circa un quinto di litro di vino, meglio se rosso) ed a un bicchiere per le donne (circa un decimo di litro). È dimostrato che un bicchiere di vino rosso al giorno, addirittura, riduce il rischio cardiovascolare. I superalcolici, invece, vanno evitati.

Riduzione dell'eccedenza ponderale (sovrappeso)

Perdere i chili in eccesso consente di ottenere una diminuzione della pressione perché il cuore non deve lavorare così tanto per pom-

pare il sangue attraverso le arterie. La diminuzione del peso è, inoltre, benefica perché consente di diminuire anche l'eccesso di grassi nel sangue e la glicemia, in caso di diabete.

La perdita del peso in eccesso può essere ottenuta con un corretto regime alimentare e limitando il sale. Meglio ancora se a ciò si abbina una attività fisica costante.



L'ACCUMULO DI GRASSO ADDOMINALE, CON CIRCONFERENZA DELL'ADDOME ALL'ALTEZZA DELL'OMBELICO UGUALE O MAGGIORE A 102 cm NELL'UOMO ED A 88 cm NELLA DONNA, PREDISPONE ALL'IPERTENSIONE.

Regolare esercizio fisico aerobico

È consigliabile svolgere una leggera attività aerobica con regolarità, almeno per 3-4 volte la settimana: una camminata di 45 minuti a passo sostenuto (100-110 passi al minuto), una corsa "leggera", una passeggiata comoda in bicicletta, una nuotata "leggera" di 30-45 minuti.

Riduzione del consumo di sale da cucina

Evitare di salare il cibo prima o durante la cottura: meglio aggiungerlo poi a tavola, dopo aver assaggiato la pietanza. In generale, non assumere più di un cucchiaino da caffè raso di sale al giorno. Evitare l'uso di cibi salati, come patate, insaccati (salame, prosciutto, etc.), preconfezionati, precotti con aggiunta di sodio, preparati ricchi in sodio (ad esempio, il dado da brodo).



Regolare apporto di frutta e verdura

Mangiare molta frutta, verdura e legumi: dovrebbero essere assunti almeno cinque volte al giorno. Si consiglia, inoltre, per stimolare il senso di sazietà, di iniziare il pasto con le verdure. Queste andrebbero condite con olio extravergine di oliva a crudo, mai più di 1-2 cucchiaini al giorno (anche meno, se in sovrappeso o con problemi di ipercolesterolemia).

Riduzione dell'introito di grassi alimentari, soprattutto di quelli saturi

Ridurre il consumo di carne rossa a 2-3 volte la settimana. Assumere spesso pesce (non molluschi e crostacei). Mangiare con moderazione formaggi o latticini, perché hanno un elevato contenuto in sodio e in grassi.



Cambiare lo stile di vita

- RIDUCE LA PRESSIONE ARTERIOSA E GLI ALTRI FATTORI DI RISCHIO
- RIDUCE IL CONSUMO DI FARMACI E NE AUMENTA L'EFFICACIA
- RIDUCE IL RISCHIO CARDIOVASCOLARE
- MIGLIORA LA QUANTITÀ E LA QUALITÀ DELLA VITA

La terapia farmacologica dell'ipertensione

Nella maggioranza dei casi, la terapia antiipertensiva deve essere iniziata con gradualità e l'obiettivo pressorio deve essere raggiunto nell'arco di diverse settimane di terapia. I principali benefici della terapia antiipertensiva dipendono dalla riduzione della pressione. Tuttavia, alcune classi di farmaci possono differenziarsi dalle altre a causa di effetti terapeutici specifici.

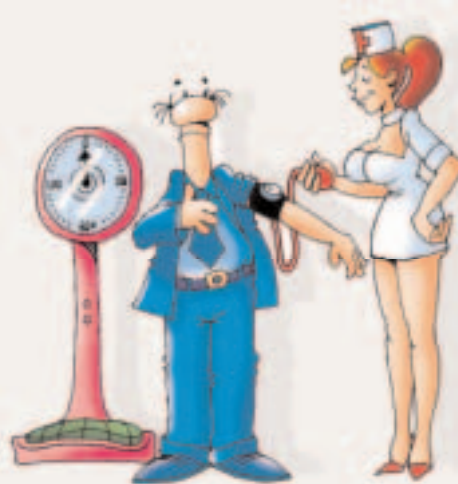
Le principali classi di farmaci antiipertensivi – diuretici, β -bloccanti, calcio-antagonisti, ACE inibitori, sartani – rappresentano tutte scelte terapeutiche possibili con cui iniziare e proseguire il trattamento. Spesso, è necessario impiegare due o più farmaci antiipertensivi per ottimizzare i valori pressori.

La scelta terapeutica è influenzata da diversi fattori:

- Il profilo di efficacia e tollerabilità del farmaco
- Il profilo di rischio individuale del paziente
- La presenza di danno d'organo, di patologie concomitanti o di diabete
- La presenza di controindicazioni, assolute o relative, che favoriscono o limitano l'uso di specifiche classi di farmaci antiipertensivi

- La possibilità di interazione con altri farmaci che il paziente assume per altre patologie.

IL MEDICO È IN GRADO DI PERSONALIZZARE LA TERAPIA ANTIIPERTENSIVA PER OGNI SINGOLO PAZIENTE, TENENDO CONTO DELLA SUA INDIVIDUALITÀ E DELLE SUE SPECIFICHE NECESSITÀ.



La terapia antiipertensiva va accuratamente studiata dal medico e condivisa con il paziente. Essa deve sempre mirare alla normalizzazione della pressione arteriosa e mai

accontentarsi di una sua modesta riduzione.

Le evidenze cliniche provenienti da studi controllati indicano che, con una terapia antiipertensiva accorta, è possibile normalizzare la pressione arteriosa sistolica nel 60% circa degli ipertesi, mentre la diastolica può scendere sotto i 90 mmHg anche nel 90% dei pazienti.

La terapia della disfunzione erettile



Un'efficace strategia terapeutica finalizzata al controllo dei vari fattori di rischio cardiovascolare, mediante modificazioni dello stile di vita e terapia farmacologica, rappresenta l'approccio migliore anche per prevenire la disfunzione erettile.

La probabilità di insorgenza di disfunzione erettile e la sua evoluzione clinica possono essere influenzate molto positivamente intervenendo sui fattori di rischio "modificabili" che conducono all'arteriosclerosi.

Anche nel caso in cui la disfunzione erettile sia già comparsa, il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare gioverà considerevolmente, riducendo la disfunzione erettile medesima. Oggi sono disponibili varie strategie terapeutiche farmacologiche specifiche, sicure e di provata efficacia.

Dopo la corretta diagnosi, il medico sarà in grado di consigliare la terapia più indicata tra:

- Farmaci orali
- Terapia ormonale
- Vacuum device
- Terapia psicosessuale
- Farmacoterapia intracavernosa
- Terapia chirurgica (impianto di protesi peniena)

Gli inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE-5) sono farmaci per la disfunzione erettile che si assumono per bocca e che sono ormai considerati il trattamento di prima scelta. Il capostipite di questa classe di farmaci è stato il Sildenafil, seguito poi dal Tadalafil e ancor più recentemente dal Vardenafil.

L'obiettivo più importante del trattamento medico è rappresentato dal raggiungimento di una funzione erettile efficace, senza rischi per la salute, nel modo più "naturale" possibile.

Gli inibitori della PDE-5 rispettano il meccanismo fisiologico dell'erezione. La PDE-5 è, infatti, un enzima presente nel sistema vascolare del pene, dove ha la funzione di degradare una molecola, il GMP ciclico, che è il mediatore degli effetti di un potentissimo vasodilatatore prodotto localmente dallo stesso sistema vascolare penieno, riducendone così l'attività.

Gli inibitori della PDE-5 impediscono la riduzione della risposta a questo potentissimo vasodilatatore locale (denominato ossido nitrico o monossido di azoto), potenziando così il meccanismo fisiologico che conduce naturalmente all'erezione.

Questi farmaci non possono essere assunti da pazienti con cardiopatia ischemica recente e in trattamento con cerotti a base di nitroglicerina o con nitroderivati per bocca. Chi, invece, ha avuto un infarto già da diverso tempo oppure non usa nitroderivati, dopo che il medico curante ne ha accertato l'effettiva condizione di salute, può assumere tranquillamente inibitori della PDE-5.

Grazie ai farmaci inibitori della PDE-5, il cui uso non va mai disgiunto da una corretta profilassi cardiovascolare fondata tanto sulle modificazioni dello stile di vita quanto sull'assunzione di una opportuna terapia antiipertensiva, la comparsa di disfunzione erettile non rappresenta più un problema angosciante per il paziente iperteso, che può vedere brillantemente risolto il problema erettile fin dalle prime somministrazioni.

In questo, come in tutti i casi legati alle problematiche vascolari, tuttavia, prevenire è sempre meglio che combattere. Pertanto, trattare precocemente l'ipertensione, in modo graduale, ma aggressivo e prima che compaiano le sue conseguenze vascolari, è la scelta da raccomandare sempre.

Conclusioni

- Non è mai troppo tardi per decidere di curare la disfunzione erettile. Riconoscerla, prevenirla e, in caso, curarla significa infatti poter migliorare la qualità di vita della coppia
- E' importante scoprire la causa della disfunzione erettile: può essere il sintomo di una malattia che non sai di avere
- Se hai quindi un dubbio sulla tua attività sessuale, parlane con il tuo medico: lui ti può aiutare
- Parla con la tua partner: la disfunzione erettile è un problema che coinvolge la coppia



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

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 valterebbe 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

*Bayer
per la coppia*



cod. 5500442



Bayer HealthCare