Orgasmo debole: questione di età, di ormoni o di partner?

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano

«Cara professoressa, siamo un gruppo di amiche molto affiatate, fra i 55 e i 58 anni. Durante una cena divertente, solo donne, ci siamo trovate a cantare il "de profundis" del nostro povero orgasmo. Quanto pesano l'età, ahinoi, la mancanza di ormoni e partner troppo prevedibili, se non francamente noiosi? Quali sono gli aiuti più efficaci per rianimarlo un po'?».
Manuela & C.

Torno sul tema dell'orgasmo perché è il grande assente nella conversazione medica ginecologica. Eppure sono proprio i ginecologi e le ginecologhe più attenti che possono consigliare alle donne le terapie ormonali e fisioterapiche più efficaci, quando indicate.
La riduzione della componente vascolare e ormonale dell'orgasmo comincia presto, verso i 20 anni, quando il testosterone, amico potente del desiderio, dell'eccitazione e dell'orgasmo, anche nelle donne, comincia a ridursi nel sangue e nei tessuti, al punto che a 50 anni ne abbiamo circa la metà. Importante: dalla pubertà in poi, le donne hanno livelli di testosterone molto più alti degli estrogeni, con la sola eccezione del picco ovulatorio e della gravidanza. In parallelo cominciano a ridursi di volume e reattività i "corpi cavernosi", i vasi specializzati che nel clitoride, sotto le labbra e intorno all'uretra si riempiono di sangue sotto l'effetto dello stimolo nervoso dell'eccitazione amplificato dal testosterone.
L'appannamento progressivo dell'intensità dell'orgasmo viene percepito con più nettezza dopo i 50 anni, e ancor più verso i 60. Questo perché la componente emozionale e relazione dell'innamoramento, fortissima nella giovinezza, può far rispondere in modo glorioso il corpo giovane, compensando benissimo la graduale riduzione della componente strettamente fisica dell'eccitazione genitale e delle sensazioni pre-orgasmiche. Anche la componente motoria dell'orgasmo viene minacciata dall'età, con una perdita progressiva di intensità soprattutto nelle donne che abbiano partorito per via vaginale e abbiano i muscoli del pavimento pelvico lesi nella parte mediale (muscoli pubo-rettale e pubo-coccigeo), oppure molto ipoattivi e rilassati. Situazione che può associarsi a prolasso della parete vaginale anteriore ("cistocele"), posteriore ("rettocele"), o dell'utero, con prolasso uterino di varia gravità. Se il danno muscolare è lieve o moderato, una tempestiva e competente fisioterapia può tonificare il muscolo elevatore dell'ano, ancor più se in parallelo, dopo la menopausa, viene prescritta una terapia ormonale locale con crema di testosterone, che ha poche controindicazioni (tumori della mammella, dell'utero o delle ovaie, per 5 anni dopo la diagnosi; precedenti acne severa, alopecia, irsutismo; sindrome dell'eccitazione genitale persistente, PGAD).
Nelle donne che non hanno figli, o che hanno partorito solo con taglio cesareo, i muscoli del pavimento pelvico tendono invece ad accorciarsi dopo la menopausa, restringendo l'entrata vaginale e causando infiammazione, secchezza vaginale e dolore all'inizio della penetrazione. Inoltre le fibre si riducono di numero e vengono sostituite da collagene rigido di scarsa qualità. Anche questo riduce la componente motoria dell'orgasmo, a meno che non si faccia una

tempestiva fisioterapia per rilassare le fibre contratte e iperattive, ancor meglio se associata a testosterone locale, che svolge ottime e dimostrate funzioni antinfiammatorie e ricostruttive. A discrezione del ginecologo curante e per breve tempo, il diazepam vaginale (off-label) può aiutare il rilassamento. La terapia ormonale sostitutiva sistemica, se desiderata e possibile, può migliorare il desiderio e l'eccitazione mentale e fisica.
Che cosa può fare la donna per potenziare l'intensità dei propri orgasmi? Migliorare decisamente i propri stili di vita, a cominciare dal recupero del peso forma, con scelte alimentari appropriate e attività fisica quotidiana, che potenzia la risposta vascolare genitale con solide evidenze anche in laboratorio. Rispettare il sonno, che durante i sogni attiva anche la risposta fisica genitale. Eliminare o ridurre al minimo alcol e fumo, nemici sottovalutati della funzione sessuale, anche nella donna. Usare piccoli vibratori clitoridei può riallenare i circuiti nervosi e vascolari, accelerare l'eccitazione e regalare orgasmi dimenticati, da sole o con il partner di sempre, se l'idea di un gioco diverso può essere afrodisiaca per entrambi. Buon divertimento!

Pillole di salute
«L'allattamento fa bene anche alla mamma, oltre che al bambino?».
Rosaria M. (Palermo)

Sì, dati recentissimi (Fox et Al, Alzheimers Dement. 2026) indicano che l'allattamento riduce il rischio di deterioramento cognitivo nella donna, quindi con un effetto neuro-protettivo a lungo termine. Il beneficio aumenta in parallelo alla durata dell'allattamento stesso. Un dato su cui riflettere. Ne riparleremo.

«Mio marito ha vampate tremende perché, dopo che è stato operato per cancro alla prostata, sta facendo una cura che gli blocca il testosterone. Potrebbe usare anche lui i cerotti con gli estrogeni? A me hanno fatto così bene che non ho più vampate!».
MLC, Bologna

L'idea è corretta dal punto di vista fisiopatologico. Anche nell'uomo il "termostato" del cervello è sregolato dalla carenza di ormoni sessuali, ossia di testosterone che viene poi trasformato in estrogeni. In effetti, alcuni studi preliminari indicano che il cerotto agli estrogeni possa ridurre le vampate negli uomini, senza modificare la prognosi. Per ora, tuttavia, questo uso non è menzionato nelle linee guida, per cui il suo utilizzo sarebbe fuori indicazione ("off-label"). La prescrizione può essere fatta dall'urologo curante, in studi controllati.

© 2026 - RCS Periodici - www.alessandragraziottin.it