

RACCOMANDAZIONI AOGOI

LE PATOLOGIE SESSUALI MASCHILI: COSA DEVE SAPERE E FARE IL GINECOLOGO



Coordinamento scientifico: A. Chiàntera, V. Trojano

Autori: A. Chiàntera, R. Bernorio, M. Guida, F. Parazzini, F. Pellegrino

LE PATOLOGIE SESSUALI MASCHILI: COSA DEVE SAPERE E FARE IL GINECOLOGO

SOMMARIO

Introduzione	3
Come definire e diagnosticare le disfunzioni sessuali	3
Dimensioni del problema	4
Approccio strategico ai problemi sessuali maschili: disagio femminile e interazione disfunzionale a livello di coppia	5
Indicazioni pratiche e opzioni terapeutiche per il trattamento dell'Eiaculazione Precoce (EP)	6
Indicazioni pratiche e opzioni terapeutiche per il trattamento della Disfunzione Erettile (DE)	7
Aspetti di Counselling sessuologico	9
Conclusioni	10
Bibliografia	10
Appendice: Algoritmo di gestione dell'EP e della DE per il ginecologo	11



INTRODUZIONE

Obiettivo di queste **Raccomandazioni** è offrire ai ginecologi uno strumento di utilità pratica, una sorta di *vademecum* da utilizzare nel caso di sospetto di malessere della coppia, ancorché riconducibile a **disfunzioni in origine del partner maschile**.

È importante sottolineare che le disfunzioni sessuali maschili sono solo in origine maschili, in quanto successivamente hanno un impatto negativo anche sul benessere della donna e della coppia^(1,2). Il ginecologo, medico di fiducia della donna, non può non essere interessato a questi aspetti, tanto più che il suo contributo può essere sinergico all'intervento diagnostico-terapeutico del collega uroandrologo, sulla base di un approccio multidisciplinare centrato sulla coppia.

L'obiettivo è quello di abituarsi a individuare precocemente, anche attraverso la donna, le disfunzioni sessuali maschili che minano il benessere e/o la fertilità della coppia. L'offerta terapeutica non esclude necessariamente un intervento psicoterapico, purché sia *evidence-based* e condiviso da entrambi i *partners*. La letteratura scientifica a questo proposito è ricca di dati di efficacia relativi, ad esempio, all'approccio cognitivo-comportamentale, che in molte aree ha dato risultati soddisfacenti, anche in associazione alla farmaco-terapia.

Un aspetto che non deve mai essere trascurato dai medici, a maggior ragione quando si toccano argomenti delicati come la vita intima, è quello di **stabilire una buona alleanza terapeutica**, l'*humus* su cui costruire un percorso terapeutico condiviso. Questo sarà il presupposto per una buona aderenza e, di conseguenza, per un soddisfacente risultato clinico.

COME DEFINIRE E DIAGNOSTICARE LE DISFUNZIONI SESSUALI

Il benessere sessuale è considerato dall'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) uno dei componenti fondanti lo stato di salute di una persona. **Le disfunzioni sessuali sono un gruppo eterogeneo di disturbi caratterizzati da un'anomalia, clinicamente significativa, nella capacità di una persona di avere reazioni sessuali o di provare piacere sessuale⁽³⁾.** Le disfunzioni sessuali possono riguardare le diverse fasi della risposta sessuale e nella stessa persona possono quindi essere presenti più disfunzioni. La presenza di queste disfunzioni causa un significativo disagio individuale e difficoltà interpersonali che possono non solo peggiorare la situazione, ma anche rendere più difficile la diagnosi, in quanto si può confondere la causa con l'effetto. Si può facilmente immaginare come le disfunzioni sessuali si possano accompagnare a frustrazione, ansia, senso di colpa, calo dell'autostima e demoralizzazione, tutti sintomi che minano il benessere e la complicità della coppia.

La classificazione delle disfunzioni sessuali secondo il DSM-5 è elencata nella seguente tabella (Tabella 1).

Tabella 1. Classificazione dei disturbi sessuali secondo il DSM-5

Disturbi sessuali maschili	Disturbi sessuali femminili
Disturbo dell'eiaculazione precoce	Disturbi del desiderio (interesse sessuale) e dell'eccitazione
Disturbo erettile	Disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione
Disturbo dell'eiaculazione ritardata	Disturbo dell'orgasmo
Disturbo da desiderio sessuale ipoattivo	

DIMENSIONI DEL PROBLEMA

Nella pratica clinica può accadere che il medico non indaghi, per pudore o scarsa conoscenza, la presenza nella coppia di problematiche (disfunzioni) sessuali. Tuttavia, la presenza di una disfunzione sessuale è una condizione estremamente comune, interessando con diversi livelli di intensità almeno un terzo delle coppie. Nell'uomo le due principali disfunzioni sessuali sono il **disturbo erettile (DE)** (in Italia ne soffrono circa 3 milioni di uomini) e l'**eiaculazione precoce (EP)** (in Italia circa 4 milioni di uomini), che spesso sono presenti nello stesso individuo, sottese da un circolo vizioso: un uomo che non abbia sicurezza sulla tenuta della propria erezione potrebbe cercare di migliorarla aumentando l'eccitazione a livello mentale. Questo però fa sì che egli raggiunga più rapidamente la soglia orgasmica, con la conseguente possibilità di sperimentare l'EP. All'opposto, si può trovare un eiaculatore precoce che provi ad adottare un controllo sull'eiaculazione, diminuendo l'eccitazione mentale. Questo però può provocare una conseguente riduzione anche dell'eccitazione fisica e la manifestazione di DE⁽⁴⁾.

Un aspetto rilevante nella pratica clinica è il fatto che spesso la presenza di una disfunzione sessuale maschile si accompagna ad una problematica nella donna e viceversa^(1,2,5). Queste problematiche sono diverse anche a seconda dell'età. Nelle donne giovani con partner affetti da EP può essere presente anorgasmia⁽¹⁾. Nelle donne in perimenopausa, la presenza di dispareunia può condizionare la funzionalità sessuale del partner, il benessere e la relazione di coppia^(6,7), mentre in presenza di una disfunzione erettile del partner è di frequente riscontro un disturbo del desiderio e dell'orgasmo femminile⁽⁸⁾.



APPROCCIO STRATEGICO AI PROBLEMI SESSUALI MASCHILI: DISAGIO FEMMINILE E INTERAZIONE DISFUNZIONALE A LIVELLO DI COPPIA

In quali situazioni il ginecologo potrebbe trovarsi a confronto con problemi sessuali maschili durante la sua attività clinica ambulatoriale? Le situazioni cliniche in cui il ginecologo può sospettare, o venire a conoscenza di problemi disfunzionali della sessualità maschile, nello specifico di eiaculazione precoce (EP) e disfunzione erettile (DE), si possono identificare sinteticamente in tre tipologie, di seguito descritte:

- 1. La donna consulta il proprio ginecologo per un problema di ‘matrimonio bianco’,** ovvero per l'impossibilità di avere un rapporto sessuale completo, comprensivo di penetrazione (in Italia sono circa 20.000). Non è raro che la donna in queste situazioni si senta responsabile del problema in prima persona. Oltre ad escludere ovviamente possibili cause organiche (alterazioni vagino-imenali, vulvodinia ed altre forme di dispareunia e vaginismo), è importante indagare, mediante un'accurata anamnesi, cosa accade durante i tentativi di coito. Il partner potrebbe infatti avere un calo dell'erezione o eiaculare prima di poter introdurre il pene in vagina, con la conseguente impossibilità di realizzare una penetrazione.
- 2. La donna, nel corso della visita ginecologica, manifesta il suo disagio per una difficoltà orgasmica (assenza o ritardo).** In questo caso è importante prima di tutto chiedere se il problema si manifesta con costanza e da più di sei mesi. In caso di risposta affermativa, sarà utile indagare la durata del rapporto penetrativo e se il tempo orgasmico maschile è congruo con il bisogno della donna. Qualora emerga un'incongruenza, occorrerà chiedere alla donna la sua percezione del tempo di latenza eiaculatoria del partner (IELT), ovvero dopo quanto tempo dall'introduzione in vagina avviene l'eiaculazione. Un altro aspetto fondamentale, da valutare con il partner se presente alla visita o in occasione di un successivo incontro, è la capacità di controllo eiaculatorio, il vero parametro da migliorare al fine di incrementare la soddisfazione sessuale della coppia.
- 3. La donna consulta il proprio ginecologo chiedendo direttamente aiuto o consiglio per una disfunzione sessuale del proprio compagno, chiaramente riconosciuta all'interno della coppia.** Le situazioni N. 1 e 2 fanno quindi solo sospettare un problema maschile, mentre la situazione N. 3 ne esplicita l'esistenza. In tutte queste situazioni è importante indagare, in un primo momento insieme alla donna, la funzione sessuale del partner. In seguito, se possibile, chiedere un incontro anche in presenza del partner, per poter confermare l'eventuale diagnosi disfunzionale. Non sempre però le donne parlano spontaneamente con il ginecologo della propria sessualità. Per questo motivo è bene che il ginecologo adotti l'abitudine di condurre un'indagine anamnestica comprensiva della parte sulla sessualità.

Cosa può fare il ginecologo per far emergere gli eventuali problemi sessuali dei partner delle sue pazienti? Cosa chiedere alla donna e come coinvolgere il partner? La sessualità va a toccare la sfera emozionale più intima non solo della donna ma anche del medico, che può sentirsi imbarazzato nel trattare questi temi. Durante l'anamnesi, il ginecologo può porre alcune domande sulla sessualità con un livello di comunicazione e interazione personalizzato: *“Come sta?/ Ha rapporti attualmente?/La sua vita sessuale è soddisfacente?/Desidera parlarne?* In seguito il ginecologo può porre alcune domande per orientarsi sulla diagnosi: *Ha notato un cambiamento nel desiderio?/ Ha sempre rapporti completi?/Riesce a raggiungere l'orgasmo?/Ha dolore durante i rapporti?/ Soffre di cistiti nei 3 giorni che seguono un rapporto sessuale?/Da quando sono iniziati questi problemi?/Si presentano solo con il partner attuale?/Pensa di essere disponibile ad un incontro per una valutazione di coppia?*

Come approfondire il dialogo se ci si trova di fronte a una sospetta disfunzione eiaculatoria o erettile del partner? In entrambi i casi è utile invitare in studio il partner, e successivamente la coppia, e porre delle domande per capire se il disturbo è primario o secondario, generalizzato o situazionale. Una volta individuata la fase della risposta sessuale responsabile dell'anomalia, si può procedere ad una più approfondita caratterizzazione del disturbo: • Se presente dall'inizio dell'attività sessuale (primario), o acquisito (secondario) dopo un periodo di normalità. • Se generalizzato con ogni partner e in ogni situazione oppure limitato con determinati partner o situazioni (situazionale). • Valutare il livello di stress personale e interpersonale causato dal disturbo; la causa più probabile: biologica, psicologica/relazionale, mista; i sintomi associati e comorbidità. • È necessario anche capire qual è la percezione del sintomo da parte dell'uomo, ovverosia quanta importanza gli dà e che effetto ha sulla sua autostima. **In ogni caso, è sempre bene rassicurare la donna sul suo eventuale vissuto di colpa o sul suo timore di non essere più attraente.**

INDICAZIONI PRATICHE E OPZIONI TERAPEUTICHE PER IL TRATTAMENTO DELL'EIACULAZIONE PRECOCE (EP)

Cosa può fare un ginecologo a livello terapeutico per gestire eventuali problemi eiaculatori del partner? L'EP può essere **primaria**, se presente fin dall'inizio dell'attività sessuale (spesso ad eziologia neuro-biologica o genetica) oppure **secondaria**, se insorta dopo un periodo di normale controllo dell'eiaculazione stessa⁽³⁾. **La forma secondaria può essere associata a una disfunzione dell'erezione** (dovuta al tentativo di impedire il deficit della fase di mantenimento dell'erezione accelerando l'eccitazione mentale), a uno stato di ipertiroidismo, ad infiammazioni spesso croniche della prostata e delle vescicole seminali, o a disturbi psicologici individuali o relazionali di coppia.



TRATTAMENTO DELLA EP

- **In caso di EP primaria generalizzata (lifelong)** confermata, si può in prima battuta prescrivere la terapia farmacologica. L'unico farmaco al momento disponibile con indicazione specifica è la **Dapoxetina** che, rispetto agli SSRI utilizzati per la depressione, è dotata di migliore tollerabilità e rapidità d'azione e può essere usata *on-demand*, ovvero solo al bisogno⁽⁹⁾.
- **In caso di EP secondaria generalizzata**, deve essere valutata la funzionalità tiroidea, la funzione erettile e vanno escluse possibili cause organiche (come ad esempio una concomitante prostatite) attraverso l'invio allo specialista uro-andrologo. **In assenza di causalità biologica, se il disturbo è associato ad una DE è indicato prescrivere un inibitore delle 5PDE**, se il disturbo non è associato a una DE è indicato un invio al terapeuta sessuale, associando eventualmente un supporto farmacologico con Dapoxetina^(10,11).
- **In caso di EP situazionale, primaria o secondaria**, deve essere fatto un invio mirato al terapeuta sessuale e può eventualmente essere prescritta una terapia farmacologica di supporto seguendo le modalità indicate nel precedente paragrafo.

INDICAZIONI PRATICHE E OPZIONI TERAPEUTICHE PER IL TRATTAMENTO DELLA DISFUNZIONE ERETTILE (DE)

Cosa può fare un ginecologo a livello terapeutico per gestire eventuali problemi di erezione?

Anche in questo caso si deve definire il disturbo e capire se è situazionale o generalizzato, primario o secondario. La presenza di fattori di rischio, soprattutto nelle forme generalizzate, costituisce sempre un'indicazione ad una valutazione approfondita da parte dello specialista uro-andrologo, per escludere le forme su base organica.

- **In caso di DE primaria generalizzata (lifelong)** è bene chiedere il parere dello specialista uro-andrologo per escludere possibili cause organiche⁽¹²⁾. **In assenza di causalità biologica, si può prescrivere una terapia farmacologica con inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 (inibitori della 5PDE(5PDEi) e inviare al terapeuta sessuale.**
- **In caso di DE secondaria generalizzata** si devono: • *escludere effetti iatrogeni da farmaci (ad es. antidepressivi o antipertensivi);* • *indagare gli stili di vita (anche il tipo di lavoro);* • *eseguire un profilo metabolico, endocrino e cardiovascolare.* In assenza del riscontro di fattori di rischio o causali, e quindi di **conferma di DE primaria, se il paziente ha un'età <40 anni è consigliabile un invio mirato al terapeuta sessuale. In caso di età > ai 40 anni, si consiglia di eseguire il test di assunzione con inibitore della 5PDE;** se il risultato è positivo si può procedere con la prescrizione terapeutica, se non è significativo è consigliabile invio mirato allo specialista uro-andrologo.

- **In caso di DE situazionale, primaria o secondaria**, si deve fare un invio mirato al terapeuta sessuale e valutare una terapia farmacologica di supporto con 5PDEi.

TRATTAMENTO DELLA DE

- **Gli inibitori della PDE5 rappresentano l'opzione terapeutica di prima linea raccomandata per la DE⁽¹³⁾**. La loro comparsa è scaturita da una più profonda comprensione dei complessi meccanismi che regolano il processo dell'erezione peniena e ha rivoluzionato la gestione della DE⁽¹⁴⁾.
- **La scelta di un farmaco deve sempre tenere in considerazione le esigenze del paziente⁽¹³⁾**. Queste esigenze sono, ovviamente legate all'**efficacia**, ma riguardano anche la rapidità d'azione (per non dover pianificare il rapporto sessuale), la **durata dell'efficacia** (considerando, ad esempio, la frequenza dei rapporti sessuali), la **tollerabilità** (soprattutto nei pazienti con comorbilità) e il **costo**.
- Le differenze tra i farmaci attualmente in commercio sono riconducibili soprattutto al **profilo farmacocinetico**, in particolare al **tempo di assorbimento**, che condiziona la rapidità d'azione, all'**emivita**, che condiziona la durata di azione, ma anche alla **farmacodinamica, cioè alla selettività per il recettore PDE5**, che condiziona la tollerabilità. Nel tempo, abbiamo visto la comparsa sul mercato di diversi tipi di PDE5i. *Sildenafil*, capostipite della classe, e *Vardenafil*, sono disponibili nella formulazione orodispersibile, possono quindi essere assunti senz'acqua^(15,16); *Tadalafil* è caratterizzato da una lunga emivita, che garantisce un'azione prolungata⁽¹⁷⁾. *Avanafil*, il più recente PDE5i introdotto in commercio, è caratterizzato da un rapido assorbimento e da una elevata selettività per la PDE5, che può determinare una maggiore tollerabilità⁽¹⁸⁾.

	Tempo per il raggiungimento della concentrazione plasmatica massima (minuti) (T_{max})	Tempo richiesto per dimezzare la concentrazione plasmatica (ore) (T_{1/2})
Sildenafil⁽¹⁹⁾	30-120 (media 60)	3-5
Tadalafil⁽²⁰⁾	120 (media)	17,5 (media)
Vardenafil CRP⁽²¹⁾	30-120 (mediana 60)	4-5
Vardenafil ORO⁽²¹⁾	30-120 (mediana 60)	4-5
Avanafil⁽²²⁾	Valore mediano tra 30 e 45	6-17

È importante sottolineare che la prescrizione dei farmaci per le disfunzioni sessuali maschili può essere fatta solo se preceduta dall'acquisizione di una conoscenza base della farmacodinamica, farmacocinetica, indicazioni, controindicazioni ed effetti indesiderati dei principi attivi.

Altri approcci terapeutici, quali trattamenti farmacologici intracavernosi, agonisti dei recettori dopaminergici degli adrenocettori, la terapia riabilitativa meccanica locale o la terapia chirurgica, rappre-



sentano approcci specialistici di secondo livello che non sono oggetto delle presenti raccomandazioni. **In tutti i disturbi sessuali, se entrambi i partner sono concordi, è indicata una psicoterapia di coppia, che in certi casi può anche favorire l'aderenza farmacologica attraverso una maggiore motivazione. Il supporto psicoterapico e la terapia farmacologica non devono essere considerati in alternativa, bensì parti integranti di una strategia terapeutica bio-psico-sociale.**

ASPETTI DI COUNSELLING SESSUOLOGICO

Cosa è e cosa NON è il Sex Counselling. L'OMS definisce il *Counseling* come un'attività di sostegno che permette di aiutare persone in difficoltà ad **“essere consapevoli delle proprie risorse interiori e trasformarle in stili di vita soddisfacenti e in comportamenti responsabili”**⁽²³⁾. Il termine rischia di essere frainteso, e confuso con “il dare consigli”; *mentre si tratta di un rapporto tra medico e paziente che prende in considerazione diversi fattori con lo scopo di individuare strategie e soluzioni preventive o terapeutiche.* Il *Counseling* richiede rigore diagnostico, nell'anamnesi, nell'esame obiettivo, nella richiesta di esami ematochimici e strumentali. In particolare, il *Counseling* sessuologico richiede una particolare sensibilità per la delicatezza degli argomenti trattati e le intense implicazioni emotive.

L'oggetto del Sex Counselling: la coppia. Il sintomo sessuale va collocato sempre nella sua dimensione relativa all'altro/a. Un sintomo sessuale dice relativamente poco di se stesso se considerato in assoluto, mentre assume il suo pieno significato nell'ambito della dinamica di coppia. **L'attenzione alle dinamiche di coppia è indispensabile, specie nella coppia stabile.** La funzione sessuale complessiva della coppia può essere radicalmente lesa non solo quando uno dei due partner soffre di una disfunzione sessuale clinicamente conclamata ma anche quando si sommano due deficit parziali, due patologie subcliniche, come illustrato nello schema di seguito riportato.

FUNZIONE SESSUALE DI COPPIA				
Salute sessuale maschile	Ottimale	Non completamente soddisfacente	Abbastanza soddisfacente	Ottimale
	PATOLOGIA SUBCLINICA	Non soddisfacente	Non completamente soddisfacente	Abbastanza soddisfacente
	PATOLOGIA CLINICA	Assente	Non soddisfacente	Non completamente soddisfacente
		PATOLOGIA CLINICA	PATOLOGIA SUBCLINICA	Ottimale
Salute sessuale femminile				

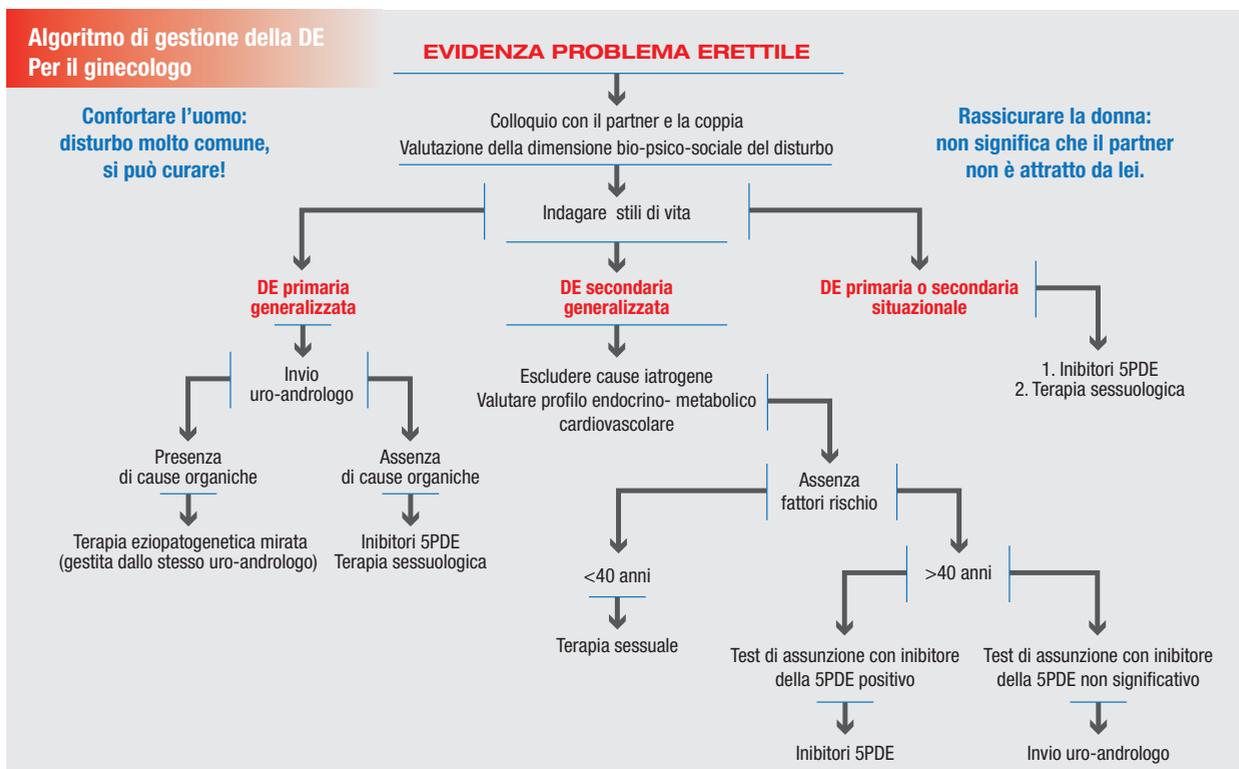
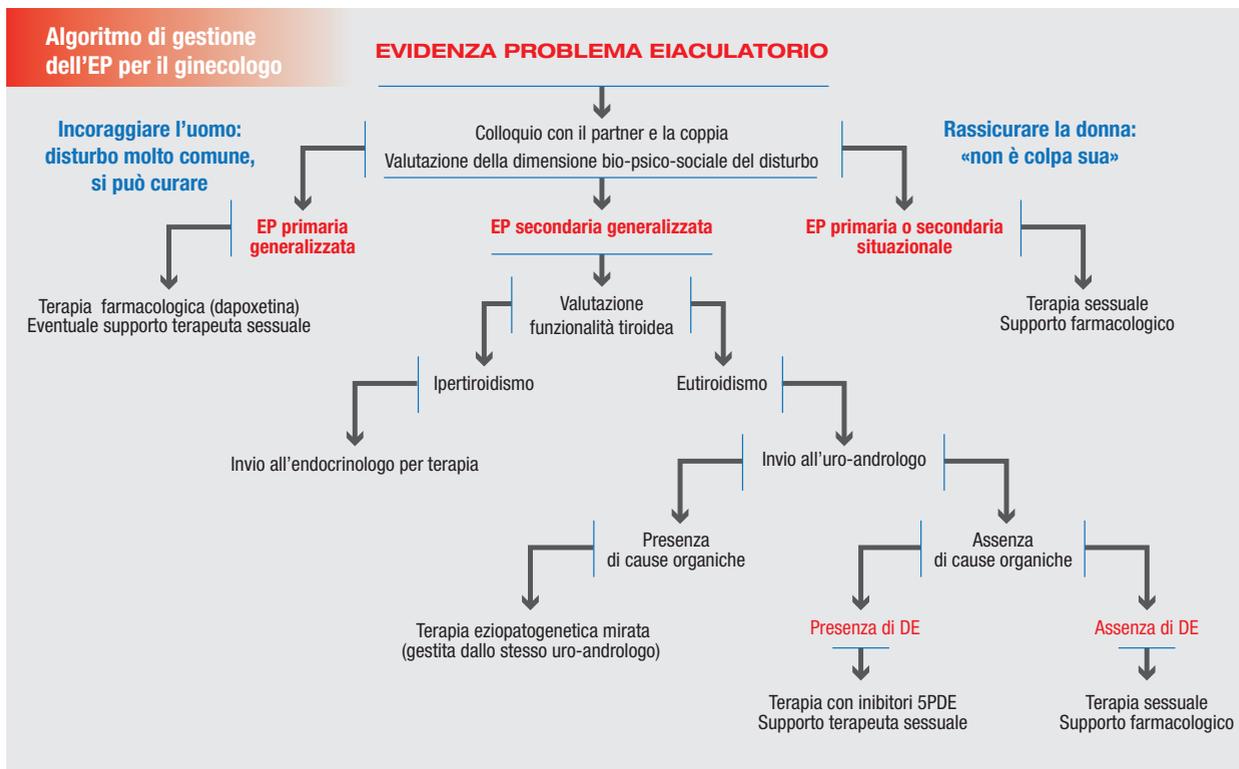
Obiettivi del Counselling sessuologico. Fare *Counselling* sessuologico non significa proporre uno stile di vita “preconfezionato”, tendenza frequente specie se il *counsellor* sta attraversando un periodo di crisi, ma individuare una strategia finalizzata a recuperare il più rapidamente possibile la serenità perduta che si ripercuote negativamente anche sul partner, nonché a individuare le giuste scelte terapeutiche.

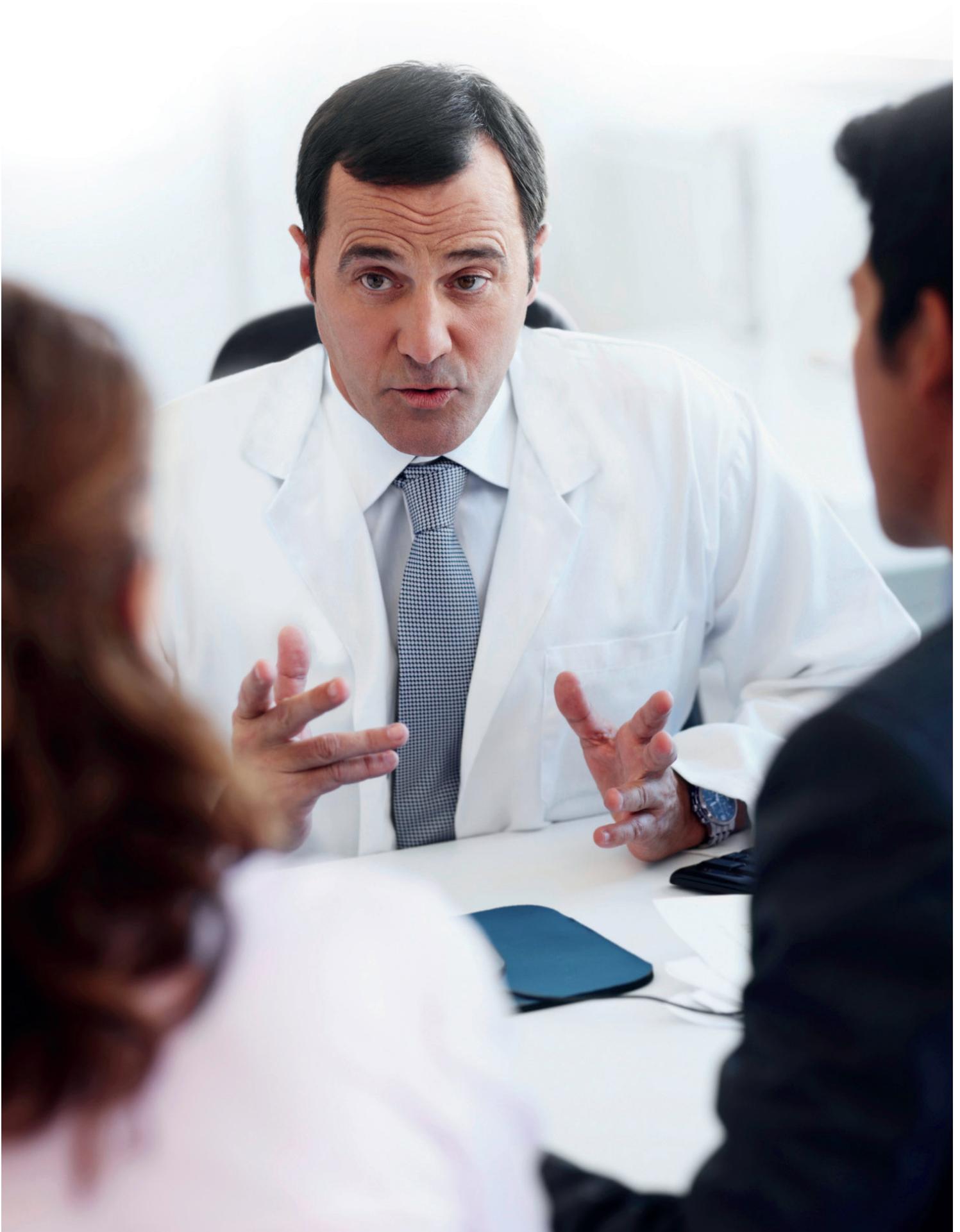
CONCLUSIONI

I ginecologi sono i medici di riferimento della donna e si occupano della sua salute e del suo benessere, compreso quello sessuale. Poiché le disfunzioni sessuali maschili possono minare il benessere della coppia, e di riflesso della donna, i ginecologi devono iniziare a prendersi carico anche di questo aspetto. Ogni intervento terapeutico risulterà essere tanto più efficace quanto più sarà realizzata l'integrazione delle competenze ginecologiche e uro-andrologiche.

BIBLIOGRAFIA

- Burri A, et al. Female Partner's perception of premature ejaculation and its impact on relationship breakups, Relationship quality, and sexual satisfaction. *J Sex Med* 2014; DOI: 10.1111/jsm.12551.
- Fisher WA et al. Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: the female experience of men's attitudes to life events and sexuality (FEMALES) study. *J Sex Med* 2005; 2(5):675-84.
- American Psychiatric Association. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (5th ed.). Ed Cortina 2014.
- Jannini EA et al. Correlation between ejaculatory and erectile dysfunction. *Int J Androl* 2005;28 (Suppl 2): 40-45.
- Patrick DL et al. Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *J Sex Med* 2005; 2(3):358-67.
- Donati Sarti C et al. Correlates of sexual functioning in Italian menopausal women. *Climateric* 2010; 13(5):447-456.
- Pazmany E, et al. Sexual communication, dyadic adjustment, and psychosexual well-being in premenopausal women with self-reported dyspareunia and their partners: a controlled study. *Sex Med* 2014; 11(7):1786-97.
- Greenstein A, et al. Sexual dysfunction in women partners of men with erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* 2006; 18(1):44-6.
- McMahon CG. Dapoxetine: a new option in the medical management of premature ejaculation. *Ther Adv Urol* 2012; 4(5):233-51.
- Mc Mahon CG, et al. Efficacy and safety of dapoxetine in men with premature ejaculation and concomitant erectile dysfunction treated with a phosphodiesterase type 5 inhibitor: randomized, placebo-controlled, phase III study. *J Sex Med* 2013; 10(9):2312-25.
- Waldinger MD. Pharmacotherapy for premature ejaculation. *Curr Opin Psychiatry* 2014; 27(6):400-5.
- Parazzini F et al. Diabetes, cardiovascular diseases and risk of erectile dysfunction: a brief narrative review of the literature. *Arch Ital Urol Androl* 2009; 81(1): 24-31.
- Corona G, et al. Phosphodiesterase type 5 (PDE5) inhibitors in erectile dysfunction: the proper drug for the proper patient. *J Sex Med.* 2011; 8 (12):3418-32.
- Corbin JD. Mechanisms of action of PDE5 inhibition in erectile dysfunction. *Int J Impotence Res* 2004; 16: S4-S7.
- Kim EY, et al. Pharmacokinetics of a new orally soluble film formulation of sildenafil administered without water. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2014; 52(6):437-45.
- Sanford M. Vardenafil orodispersible tablet. *Drugs* 2012;1;72(1):87-98.
- Porst H, et al. Chronic PDE-5 inhibition in patients with erectile dysfunction - a treatment approach using tadalafil once-daily. *Expert Opin Pharmacother* 2012; 13(10):1481-94.
- Limin M, et al. Avanafil, a new rapid-onset phosphodiesterase 5 inhibitor for the treatment of erectile dysfunction. *Expert Opin Investig Drugs* 2010; 19(11):1427-37.
- RCP Sildenafil (cpr riv. 25-50-100 mg ; cpr mast. 50-100 mg)
- RCP Tadalafil (cpr riv 5-10- 20 mg)
- RCP Vardenafil (cpr riv 5-10-20 mg; cpr orod. 10-20 mg)
- RCP Avanafil (50mg-100mg-200mg)
- World Health Organization (WHO). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 2002, Geneva.





www.nogoi.it