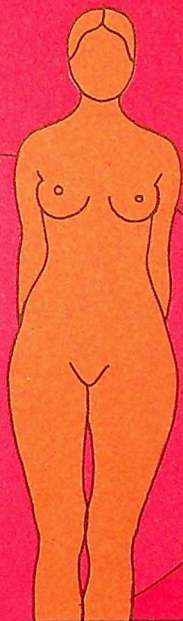


# anti concezionali

dalla parte della donna



Comune di Padova  
Sistema Bibliotecario

**ALF - SLD**

Sez. 6

Sottosez.

Serie 7

Sottos.

Unità 127

posta 19a

PUV 55

a cura del gruppo femminista per una medicina della donna

gruppo per una medicina delle donne:  
C/o Luciana Percovich, via Fusetti 1 Milano

# indice

- Perchè questo libretto? / 3
- La visita ginecologica / 5
- L'apparato genitale femminile / 9
- Il ciclo mestruale / 11
- L'apparato genitale maschile / 13
- La contraccezione / 15
- Il metodo Ogino-Knaus / 16
- Il metodo della temperatura basale / 17
- I mezzi chimici e lavande / 19
- Il Diaframma / 20
- Le Spirali / 23
- I metodi ormonali
- La pillola / 25
- La minipillola / 29
- I metodi di uso meno comune
- Iniezione a deposito / 31
- La pillola del giorno dopo / 31
- I contraccettivi maschili
- Il preservativo / 32
- Coito interrotto / 33
- La sterilizzazione / 34
- I metodi sperimentali / 35
- I problemi psicologici / 36
- Vocabolario / 38



# perché abbiamo deciso di scrivere questo libretto?

Inizialmente era solo un desiderio nostro, volevamo chiarirci le idee su un argomento che ci riguarda in prima persona. Così ci siamo messe a cercare notizie, ma il materiale che abbiamo trovato era del tutto insoddisfacente: o si trattava di opuscoli troppo semplici che non spiegavano nulla e in alcuni casi contenevano inesattezze o dati superati, oppure si entrava già nel campo del materiale scientifico, inaccessibile a chi non fosse un "addetta ai lavori". Allora ci siamo decise a scrivere noi un libretto che rispondesse alle nostre esigenze: qualcosa cioè che fosse serio ed attendibile, facile da leggere, con chiare illustrazioni e che, soprattutto, affrontasse il problema **dal punto di vista della donna**.

Perciò, prima di passare alla descrizione dei vari metodi anticoncezionali, vogliamo dire due parole sul **significato che ha per noi donne la possibilità di usare gli anticoncezionali**.

Avere gli anticoncezionali significa poter controllare la nostra fertilità. Questo significa che possia-

mo non essere più soltanto mogli e madri, anche contro la nostra volontà, e che potremo invece cominciare a rompere la divisione dei ruoli (l'uomo: fuori casa/la donna: dentro casa), che ci è stata imposta e ritorta contro. Assegnare a noi donne l'esclusivo compito, o meglio "vocazione", di essere madri ha significato toglierci la nostra autonomia e la possibilità di avere gli stessi diritti di pensare, decidere e agire che invece erano permessi e lasciati anzi in esclusiva all'uomo. Sappiamo bene come siamo state condizionate dal fatto di essere donne nelle decisioni prese riguardo alle scelte di lavoro e di studio, a questioni familiari e coniugali o, semplicemente, riguardo al nostro tempo libero.

Come se non bastasse, il terrore di figli indesiderati ci ha portato a odiare il sesso e ad avere perciò una sessualità negata e repressa, in quanto vissuta esclusivamente per la riproduzione.

L'ignoranza forzata del nostro corpo e la mancanza assoluta di metodi sicuri ci hanno costrette per se-

coli a subire gravidanze non volute e ad abortire nella clandestinità e nelle condizioni più disperate: migliaia di donne per questo sono morte e continuano a morire anche oggi. Ma anche se l'aborto fosse legale e avvenisse nelle migliori condizioni di assistenza e di sicurezza, esso resta un grave trauma sia psicologico che fisico.

**Perciò imparare a conoscere il nostro corpo e a controllare la nostra fecondità è il primo passo per riflettere su di noi e diventare padrone di noi stesse.**

Ma facciamo attenzione: oggi si fa un gran parlare di controllo delle nascite, si parla liberamente e apertamente di anticoncezionali, il sesso è ovunque. Questo perchè **gli anti-concezionali sono un'arma a doppio taglio: possono essere usati dalla donna per la propria liberazione, ma anche dalla società contro la donna.**

Programmare le nascite secondo necessità non nostre non ci rende padrone di noi stesse: ricordiamo la propaganda fascista che incoraggiava ad avere molti figli perchè quella era la "politica" del momento e confrontiamola con la "politica" attuale, quando troppe bocche da sfamare costano troppo e allora ci dicono basta coi figli.

Non è a nostro favore la falsa liberazione sessuale da cui siamo sommerse nei cinema, sulle riviste, con la pubblicità, che usano il corpo della donna, liberato dal pericolo dei figli, come un nuovo oggetto di consumo. La donna oggi deve essere una bella e piacevole compagna, liberata sì per mezzo degli elettrodomestici e degli anticoncezionali dalle funzioni gravose di un tempo, ma solo per essere sempre meglio un oggetto di piacere e di consumo

per l'uomo che è il protagonista in questa società patriarcale.

Perciò noi con questo libretto non vogliamo dire a tutte le donne: "prendi la pillola e ogni problema sarà risolto."

**Vogliamo invece fornire uno strumento che ci consenta di conoscere il nostro corpo, e sia un primo aiuto verso una scelta consapevole della maternità.** Dobbiamo imparare a scegliere, anche se la libertà di scelta è limitata dalle condizioni sociali e culturali in cui viviamo. Infatti se decidiamo di avere un figlio, ci ritroviamo prigioniere con lui in casa, perchè non esistono servizi sociali adeguati (nidi, asili, ecc.). Se lo desideriamo, molto spesso dobbiamo rinunciarvi o per le gravose condizioni di lavoro che ce lo impediscono (aborti bianchi) o per l'assoluta necessità di lavorare; e già sappiamo come la nostra assunzione è stata condizionata dal fatto di essere donne. Se infine decidiamo di non avere figli, finiamo per essere considerate delle povere donne mancate.

Tutto questo fa parte della realtà di tutti i giorni, contro cui dobbiamo lottare collettivamente per imporre una presa di coscienza sulla necessità di risolvere questi problemi, che non sono individuali, ma riguardano tutta la società. Per riaquistare la nostra autonomia come persone e come soggetti sessuali, vogliamo scegliere se e quando diventare madri, gestendoci la contraccezione. Vogliamo riaffermare la nostra sessualità, non solo finalizzata alla riproduzione, e rifiutare la divisione sociale dei ruoli sessuali che sono alla base della nostra oppressione. Ecco perchè questo libretto può aiutarci nella nostra liberazione.

# la visita ginecologica

Capita molto spesso che, magari dopo aver superato una serie di paure, o una certa vergogna, o l'imbarazzo, ed esserci sottoposte ad una visita ginecologica, ci troviamo al termine di questa ancora più imbarazzate, dubbiose e, in ogni caso, insoddisfatte.

Può darsi che non abbiamo avuto risposta alle domande che ci preoccupavano e cioè: "Ho qualche malattia? E se ce l'ho, quale?" E poi: "Per quale ragione posso essermi ammalata e cosa debbo fare perchè non mi succeda più?" Inoltre, non abbiamo capito nulla delle manovre che il medico ha fatto su di noi, anzi alcune di esse possono averci sconcertato, ma non siamo riuscite nè ad esprimere i dubbi, nè ad esporre i problemi che avevamo. Spesso inoltre accade che i modi bruschi del ginecologo ci facciano addirittura sentire in colpa e vergognare delle nostre difficoltà. Che fare?

**Per prima cosa è importante capire che il medico è, anzi deve essere, disponibile per aiutarci. Ed è anche suo dovere rispondere alle nostre domande, spiegare cosa ci sta facendo, o perchè ci dà una determinata terapia. Soprattutto, poi, vogliamo**

essere trattate con cortesia, senza eccessiva familiarità e, nello stesso tempo, con una disponibilità umana che spesso manca nel rapporto tra medico e paziente (più spesso se il paziente è una donna e non riesce a farsi valere).

Per capire cosa ci viene fatto durante una visita ginecologica, elenchiamo qui le vari fasi di cui essa generalmente si compone.

Dapprima il medico, dopo averci fatto spiegare il motivo della visita e gli eventuali disturbi, ci prega di spogliarci dalla vita in giù e ci fa distendere su un lettino con le cosce alzate e le gambe appoggiate su due speciali supporti. Poi ispeziona i genitali esterni per notarne la forma, eventuali lesioni superficiali, e così via. A questo punto, con la mano rivestita da un guanto di plastica asettico, introduce una o due dita nella vagina, ne esplora le pareti e il fondo ed arriva a toccare la cervice uterina. Aiutandosi con l'altra mano, che preme dall'esterno sull'addome, può quindi rendersi conto della posizione e della grandezza dell'utero, di eventuali ingrossamenti o infiammazioni di ovaie e tube (per la spiegazione di tutti questi termini rimandiamo al capitolo seguente).

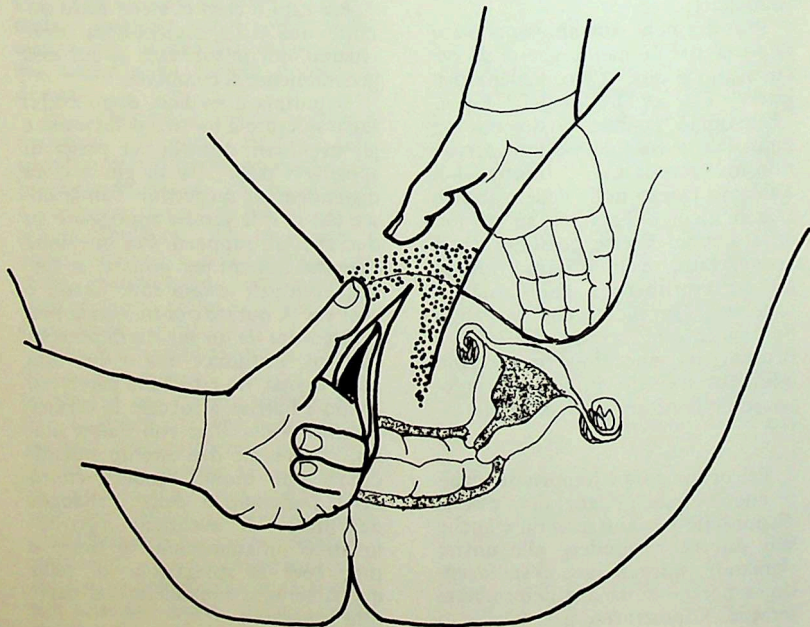
Finito questo primo esame, il ginecologo usa uno strumento, simile al becco di un'oca (lo "speculum"), con cui divarica le pareti vaginali, in modo da poter vedere direttamente la cervice uterina e notarne un'eventuale infiammazione, lesione (cervicite) o altre alterazioni.

In caso alle ragazze che non hanno avuto rapporti o per particolari esigenze può venirne praticata la visita per via rettale.

La visita può essere completata da uno striscio per determinare quale sia il microbo, o il fungo responsabile di una infiammazione, oppure per vedere se le cellule provenienti dalle pareti dell'utero presentano alterazioni di tipo tumorale. Questo

ultimo esame, detto Pap-test, è utilissimo per scoprire i tumori del collo dell'utero in fase precoce quando, con un'operazione, si può impedire la diffusione del male, che è il più frequente rischio mortale per la donna. Tutte le donne sopra i 25 anni dovrebbero farsi praticare il Pap-test almeno una volta all'anno, tanto più che è anche indolore e non dà alcun fastidio.

E' possibile che la visita ginecologica comprenda un ulteriore esame, indispensabile prima di prescrivere la pillola o altri anticoncezionali ormonali, e cioè l'esame del seno. Esso consiste in una palpazione accurata della mammella e del cavo ascellare, per scoprire eventuali noduli.





Un'ultima cosa: è giusto pretendere che il guanto, e lo "speculum" non solo siano stati disinfettati prima dell'uso, ma anche che non vengano a contatto con altri oggetti non sterili (ad esempio: il medico risponde al telefono, scrive la ricetta o apre la porta con lo stesso guanto con cui poi visiterà la paziente).

Se la visita non è più una pratica misteriosa di cui solo il medico ha la chiave,

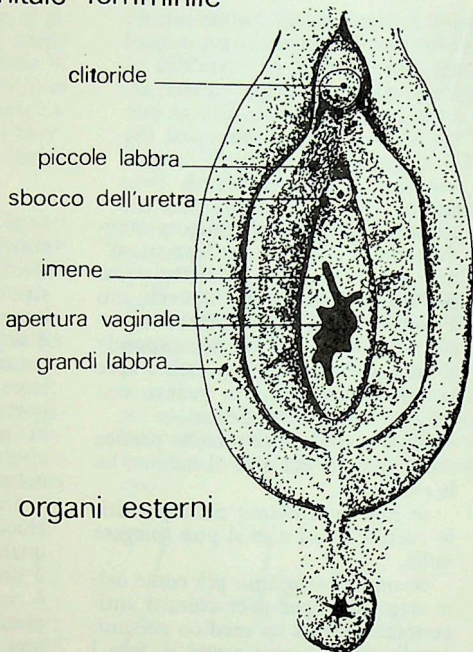
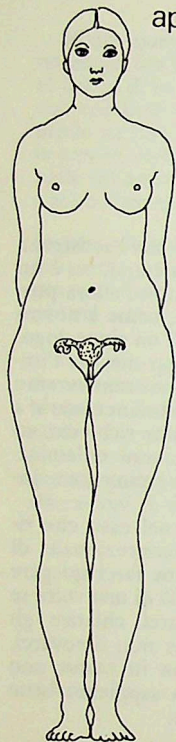
se non ci sentiamo più come delle cretine a cui non si può spiegare nulla,

se non ci sentiamo più come delle depravate per aver chiesto anticoncezionali ad un medico che non condivide la nostra scelta di fare i figli solo quando li vogliamo e ci impone una predica sulla morale,

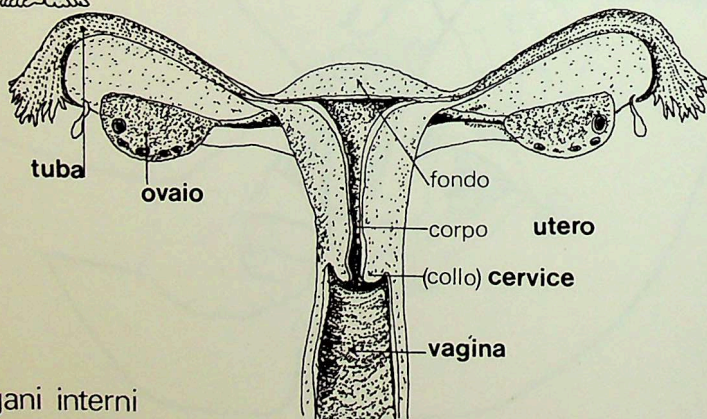
se siamo coscienti che l'assistenza non deve essere una carità, ma è un diritto che ci paghiamo, allora **possiamo anche gestire, come è nostro interesse, la visita di un ginecologo.** E se proprio pensiamo che, per l'imbarazzo o la tensione, non avremo la capacità o la lucidità necessarie a portare avanti le nostre richieste, sarà meglio andarci con un'amica che, non essendo direttamente coinvolta, potrà aiutarci.

Un'ultima cosa: nel caso che richiediamo un anticoncezionale di qualsiasi tipo, è bene farci spiegare il suo uso, anche più di una volta se è necessario, e farci chiarire gli eventuali dubbi, per non ritrovarci, una volta sole, con in mano uno strumento che non sappiamo bene se e come utilizzare.

# apparato genitale femminile



## organi esterni



## organi interni

# l'apparato genitale femminile

Anche se in alcuni casi la visita ginecologica è una necessità di cui non possiamo fare a meno, è tuttavia molto importante che anche noi sappiamo come siamo fatte, come funziona il nostro apparato genitale e quello dell'uomo. L'apparato genitale femminile è formato da organi esterni e da organi interni. Quelli esterni sono le grandi labbra, pieghe della pelle ricoperte da peli. All'interno di esse sta, in alto, la clitoride, che è la parte più sensibile alle stimolazioni. Dalla clitoride partono altre due pieghe più piccole non ricoperte da peli, chiamate piccole labbra. Al loro interno ci sono due aperture, in alto lo sbocco dell'uretra, da cui esce l'urina, in basso l'entrata della vagina.

Le variazioni individuali possono essere notevoli; non dimentichiamo che gli organi genitali, come qualsiasi altra parte col corpo, pur conservando certe caratteristiche generali, hanno un'impronta del tutto individuale. Ad esempio le mani di una donna sono diverse da quelle di un'altra: c'è chi ha le dita più lunghe, chi più corte, il palmo largo o stretto, ecc.

**Gli organi interni sono: la vagina, l'utero, le tube e le ovaie.**

L'ingresso della vagina è chiuso

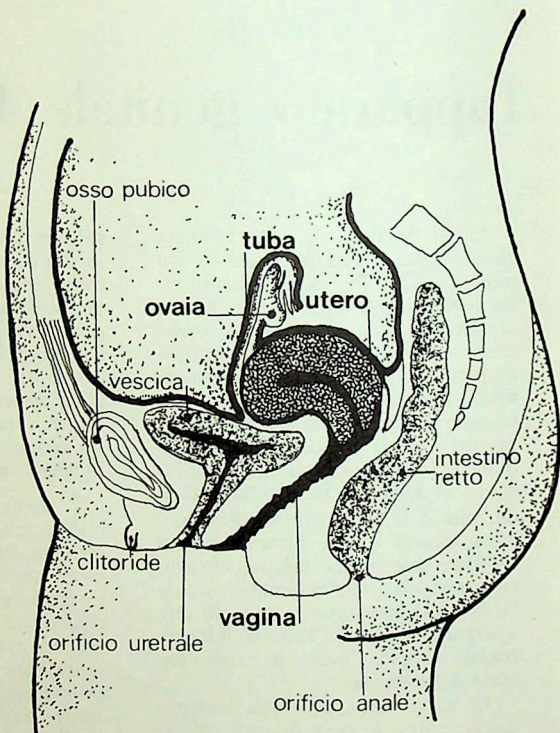
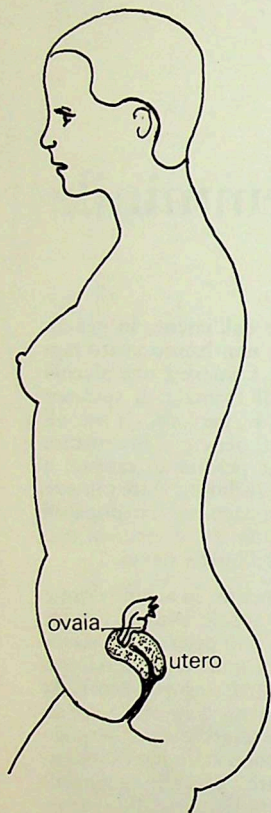
solo in parte dall'imene, in genere in donne che non hanno avuto rapporti sessuali. L'imene è una piccola membrana di forma e di spessore molto vario. E' percorsa da piccoli vasi sanguigni, per cui la sua rottura porta ad una perdita di sangue, a volte appena visibile, a volte più evidente, accompagnata da possibili sensazioni di dolore, a seconda dello spessore dell'imene stesso.

L'imene, mentre in alcune donne può lacerarsi al solo contatto di un dito, in altre può essere così elastico da rimanere intatto persino dopo ripetuti rapporti sessuali. Perciò la cosiddetta "prova d'amore", che ha causato tante tragedie e per la quale tante donne sono state ingiustamente perseguitate, dipende essenzialmente dalla elasticità e dallo spessore di questa insignificante membrana, e non può fornire nessuna prova sulla "purezza" o "verginità" della donna. Solo una società primitiva e patriarcale come la nostra ha potuto attribuirgli tanta importanza, come cruento distintivo di possesso.

E' possibile anche un "intervento riparatore", col quale la "verginità" viene ricostruita chirurgicamente.

La vagina è un canale dalle pareti elastiche, capaci di allungarsi ed al-

profilo



lungarsi notevolmente, ma che normalmente stanno unite. Nella parte alta di questo canale sporge il collo uterino o cervice.

L'utero ha la forma di una pera: la parte più sottile-cervice uterina-sporge in vagina, mentre il corpo dell'utero si appoggia in avanti alla vescica.

In molte donne esso è invece appoggiato all'indietro: si parla allora di utero retroverso, che non com-

porta necessariamente effetti negativi né sui rapporti sessuali né sulla maternità.

L'utero presenta all'interno una cavità che comunica ad una estremità con la vagina tramite una piccola apertura di pochi millimetri, sul cui orlo si deposita una secrezione vischiosa — il muco cervicale —. Dall'altra estremità della cavità uterina partono due sottili tubicini — le tube o salpigni — che si dirigono verso

le ovaie, a cui si appoggiano. Le ovaie, grandi come due mandorle, sono poste nella parte bassa della cavità addominale.

Esse contengono le uova che, quando giungono a maturazione, hanno la grandezza di una capocchia di spillo. Circa a metà di ogni ciclo mestruale — ovulazione — viene espulso un solo uovo, che normalmente imbrocca la tuba, dove viene fecondato dall'arrivo degli spermatozoi.

Il seme maschile, contenente gli spermatozoi, viene emesso normalmente durante il rapporto sessuale nella parte alta della vagina. Da qui gli spermatozoi, tramite movimenti della coda, penetrano nell'utero e risalgono fino alla parte terminale delle tube, dove generalmente avviene la fecondazione. L'uovo fecondato viene spinto da movimenti di contrazione delle tube verso l'utero, dove va ad annidarsi nella superficie interna che è stata preparata ad accoglierlo da stimoli ormonali.

## il ciclo mestruale

La superficie interna dell'utero, a seconda della fase mestruale, assume ciclicamente tre aspetti diversi. Inizialmente esso si prepara ad accogliere l'uovo fecondato, e ciò avviene con la formazione di uno strato superficiale interno (endometrio) che si fa sempre più spesso e ricco di sangue. Quando non si verifica l'annidamento dell'uovo, perchè non è avvenuto il concepimento, questo strato viene eliminato: si hanno allora le mestruazioni. Queste hanno l'aspetto di emorragie che si verificano all'incirca mensilmente, con variazioni individuali notevoli anche in una stessa donna (cicli di 25-35 giorni).

Le mestruazioni interessano la donna nel periodo che va dal menarca (comparsa della prima mestruazione, che in Italia è intorno agli 11-12 anni) alla menopausa (tra i 45 e i 55 anni).

In questo periodo di tempo la donna può concepire e mettere al mondo figli. Irregolarità mestruali e in alcuni casi anche la mancanza di mestruazioni non significano necessariamente che la donna sia sterile.

Durante l'infanzia, prima della pubertà, l'organismo produce troppo pochi estrogeni\* per causare lo sviluppo degli organi della riproduzione.

Alla pubertà l'ipotalamo, che è una zona del cervello che riceve gli stimoli ambientali ed emotivi, stimola l'ipofisi (ghiandola cerebrale che controlla lo sviluppo corporeo, lo sviluppo sessuale, ecc.) a produrre una maggiore quantità di ormoni,

\* estrogeni: ormoni femminili. Ormoni: sostanze prodotte dall'organismo che servono a regolare alcune funzioni corporee tra cui quelle degli organi genitali.

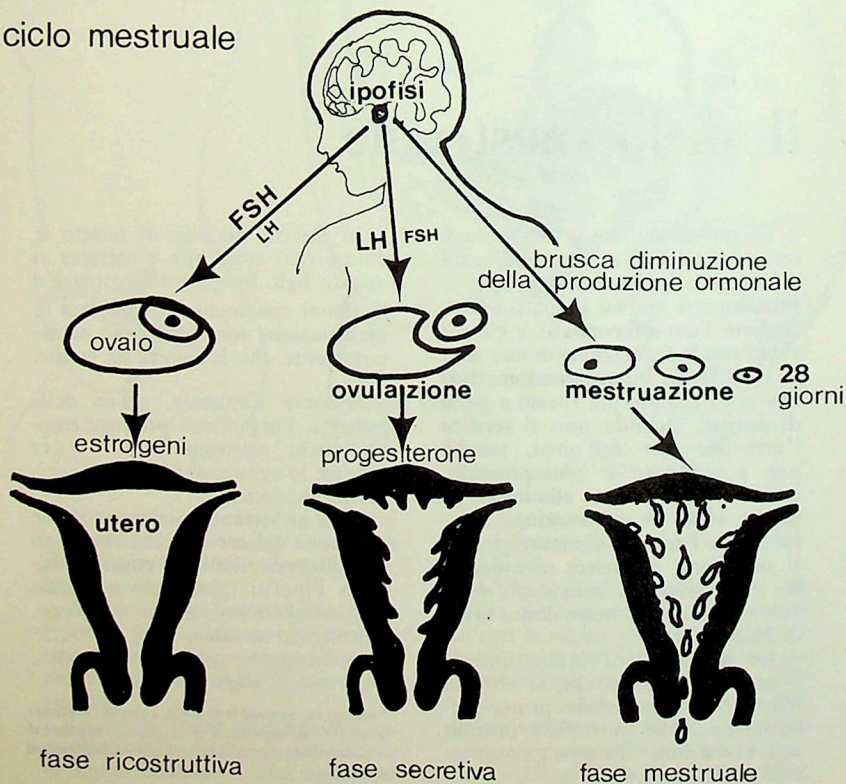
i quali a loro volta stimolano le ovaie a produrre estrogeni e progesterone. Sono questi che danno l'avvio all'instaurarsi del ciclo mestruale, producono lo sviluppo dell'utero, della vagina, del seno e di tutti gli altri caratteri sessuali secondari, quali l'apparizione di peli al pube e alle ascelle, il deposito di grasso sui fianchi e sulle natiche, ecc.

In genere i primi cicli mestruali sono irregolari, ma si può ugualmente rimanere incinta.

La menopausa si verifica quando le ovaie non sono più in grado di produrre ormoni e di liberare uova, di conseguenza le mestruazioni cessano naturalmente. Tutti gli inconvenienti fisici che accompagnano la menopausa, quali vampate di calore, vertigini, ecc. possono essere evitati prendendo degli ormoni che ogni medico può prescrivere.

Per molto tempo alle mestruazioni sono state associate una serie di credenze e di superstizioni, che van-

## ciclo mestruale



no dall'idea che la donna nei giorni mestruali sarebbe "impura", a quella del non doversi lavare, o altre cose del genere. Esistevano i più assurdi divieti, come non toccare le piante, non avere rapporti sessuali, non lavarsi i capelli, ecc. Tutto questo è falso: in "quei giorni" possiamo condurre una vita del tutto normale. L'unica attenzione da usare è una pulizia accurata dei genitali esterni, per evitare il formarsi di odori sgradevoli o di infiammazioni.

L'ipofisi emette due tipi di ormoni (FSH e LH) in quantità diverse.

Le ovaie vengono stimulate da questi ormoni e, a loro volta, secernono altri due ormoni: gli estrogeni, più abbondanti nella prima parte del ciclo, contemporaneamente alla maturazione dell'uovo; il progesterone più abbondante nella fase dell'ovulazione, cioè espulsione dell'uovo dall'ovaia. Esso è responsabile dell'ispessimento della mucosa uterina. Se l'uovo non è fecondato e perciò non va ad annidarsi nella mucosa, in breve tempo si ha una brusca diminuzione della produzione ormonale, che causa la mestruazione.

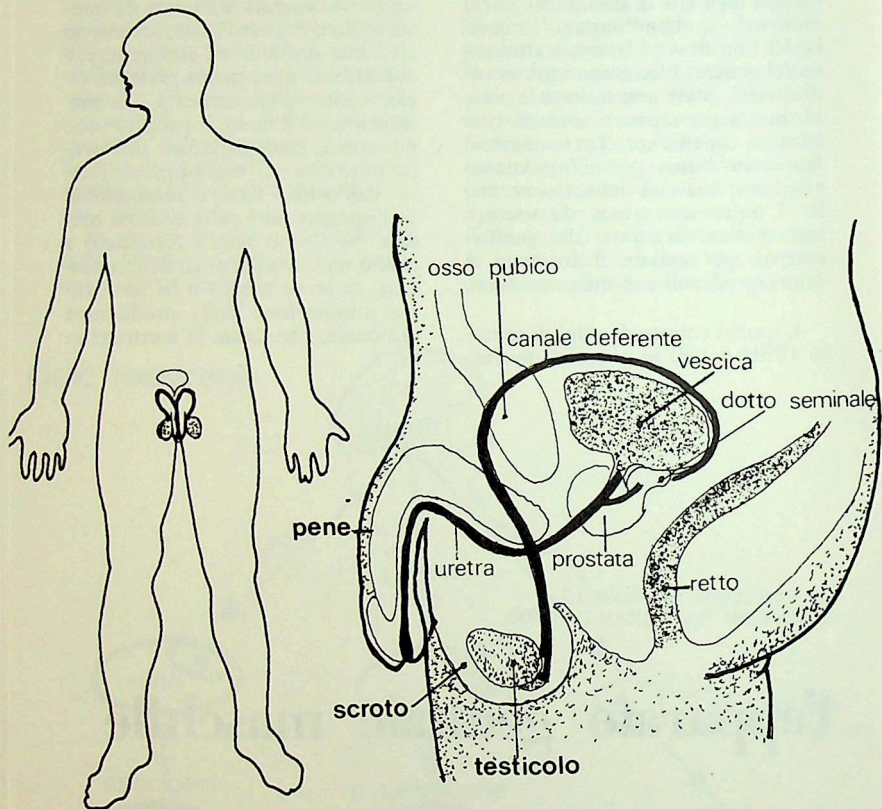
## l'apparato genitale maschile

L'apparato genitale dell'uomo è schematicamente formato dai testicoli, dalle vie spermatiche e dal pene.

I testicoli sono due ghiandole poste in una sacca di pelle esterna. lo **scroto**. Producono gli **spermatozoi**, minuscole cellule che hanno una parte più grossa, la testa, e una lunga coda (o flagello) mobilissima, capace di farli risalire lungo l'utero e

le tube.

Le vie spermatiche (una serie di canali che si chiamano nella successione **epidimio**, **canale deferente**, **canale eiaculatore**) partecipano alla formazione del liquido seminale con un meccanismo di secrezione e servono da deposito al liquido seminale stesso. Alla formazione del liquido seminale concorre anche la **prostata**, ghiandola posta sotto la vescica urinaria.



Il pene è fatto di tessuto spugnoso che, riempiendosi di sangue in seguito a uno stato di eccitamento sessuale, causa l'erezione. Il pene è attraversato dall'uretra che parte dalla vescica e serve al passaggio dell'urina verso l'esterno. Quando il pene è in erezione un muscolo blocca la comunicazione tra uretra e vescica, permettendo così solo il pas-

saggio dello sperma.

La **iaculazione** è il momento in cui il liquido contenente gli spermatozoi viene espulso all'esterno.

A ogni iaculazione vengono emessi 2-5 cc. di liquido, ognuno dei quali contiene da 20 a 200 milioni di spermatozoi, e di questi uno solo feconderà l'uovo.



# la contraccezione

I metodi anticoncezionali di uso corrente si possono dividere in tre gruppi a seconda del loro meccanismo d'azione:

**I primi impediscono l'annidamento dell'uovo a livello dell'endometrio:**

I.U.D. o spirale

pillola del giorno dopo

**I secondi impediscono che gli spermatozoi raggiungano l'uovo**

Ogino Knaus e temperatura basale coito interrotto

diaframma e preservativo

creme e tavolette vaginali

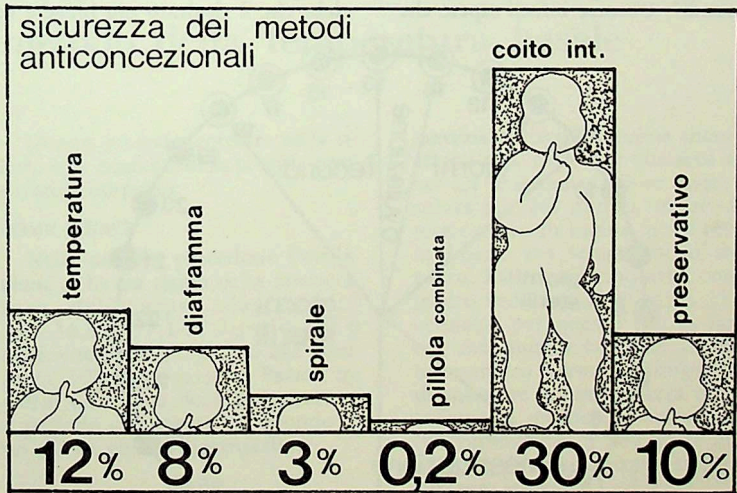
minipillola

**infine vi sono i metodi che bloccano la maturazione dell'uovo:**

pillola combinata e sequenziale  
iniezione deposito

Prima di scegliere quale metodo adottare, è necessario conoscere di ciascuno l'efficacia, l'innocuità, le difficoltà psicologiche che può provocare e la possibilità di interromperne l'uso a piacere.

Per il grado di efficacia dei metodi più usati, ecco qui un confronto tra le percentuali di rischio di ciascuno.



E' bene precisare che i numeri che indichiamo in percentuale non si riferiscono a 100, ma a 100 anni donna, cioè al cosiddetto Peral's Index che registra la percentuale di insuccessi che

si hanno su 1200 cicli, secondo questa formula:

rischio :  $N^{\circ}$  di gravidanza x 1200 cicli

$N^{\circ}$  di mesi di esposizione al rischio

# metodo ogino-knaus

Il metodo Ogino-Knaus offre un grado di efficacia talmente basso da sconsigliarne decisamente l'uso.

## COME AGISCE

Questo metodo consiste nel non avere rapporti sessuali durante i giorni fecondi del ciclo.

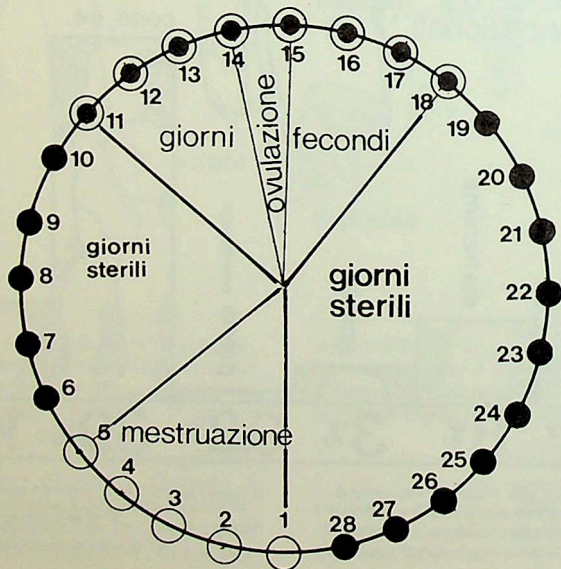
Si basa sulle osservazioni di due ginecologi (il giapponese Ogino e l'austriaco Knaus), che hanno individuato come giorni fecondi quelli tra il 12<sup>o</sup> e 16<sup>o</sup> giorno prima della mestruazione successiva.

Se i giorni fecondi sono a metà ciclo, quelli "sicuri" sono quelli subito prima e subito dopo le mestruazioni. Ma quanti sono i giorni fecondi? Occorre infatti sapere che

l'uovo vive per 24 ore dal momento dell'ovulazione, e che gli spermatozoi, quando sono penetrati nell'utero, possono sopravvivere per circa 3 giorni. Si arriva perciò a calcolare che i possibili giorni fecondi sono 8, nel caso del ciclo ideale, sempre di 28 giorni.

## COME SI USA

Per sapere in quale giorno cominciano nella realtà questi possibili giorni fecondi, durante i quali non si devono avere rapporti sessuali, bisogna prendere nota della durata dei propri cicli mestruali per almeno un anno. A questo punto si prende il numero dei giorni del ciclo che è risultato più breve e ad



esso si sottrae 18, mentre al numero dei giorni del ciclo più lungo si sottrae 11. Il primo numero ottenuto indica il primo giorno fecondo, il secondo l'ultimo dei giorni fecondi, che nella realtà sono più di otto.

Esempio: se tra i dodici cicli, il più corto è stato di 25 giorni e quello più lungo di 32, il periodo fecondo è compreso tra il 7 giorno ( $25-18=7$ ) e il 21 ( $32-11=21$ ) dall'inizio di ogni ciclo, e dura cioè ben 15 giorni

#### CHI NON LO DEVE USARE

Il metodo Ogino-Knaus può essere usato solo da donne che hanno cicli regolari, e se comunque la dif-

ferenza tra il ciclo più breve e quello più lungo non è superiore ai 7 giorni. Se la differenza è superiore infatti, il periodo fecondo, calcolabile come indicato sopra, può andare dai primi fino agli ultimi giorni del ciclo, non escludendo nemmeno quelli delle mestruazioni.

#### SICUREZZA

Considerando infine che può bastare una semplice emozione, un cambiamento ambientale o una malattia per provocare una ovulazione imprevedibile in qualsiasi momento del ciclo, o una sua modificazione non fidiamoci assolutamente del metodo Ogino-Knaus!

## metodo della temperatura basale

Questo metodo consiste nella rilevazione costante della propria temperatura corporea.

#### COME AGISCE

Nelle ore che precedono l'ovulazione si ha un rialzo della temperatura del corpo (dai normali 36,5-36,8 ai 37,1-37,3 gradi), che si mantiene poi elevata fino alla comparsa della mestruazione. **Passati tre giorni dal rialzo della temperatura, il periodo che segue è infecondo fino alla successiva mestruazione**

#### COME SI USA

Siccome la temperatura del corpo può variare nel corso della giornata, è necessario misurarla ogni

mattina al risveglio, prima ancora di alzarsi o di compiere qualsiasi azione. La temperatura deve essere misurata per 2/3 minuti, inserendo il termometro in vagina, o nel retto o in bocca, ma sempre nello stesso posto. Esistono termometri con apposite suddivisioni di gradi che si vendono per questo uso in farmacia, ma può andar bene anche un termometro normale. **Bisogna quindi annotare la temperatura rilevata, assieme a particolari osservazioni (un raffreddore o una notte insonne) che possono influire sulla temperatura stessa.**

Usando questo metodo da solo, occorre astenersi dai rapporti sessuali dall'inizio di ogni ciclo fino a

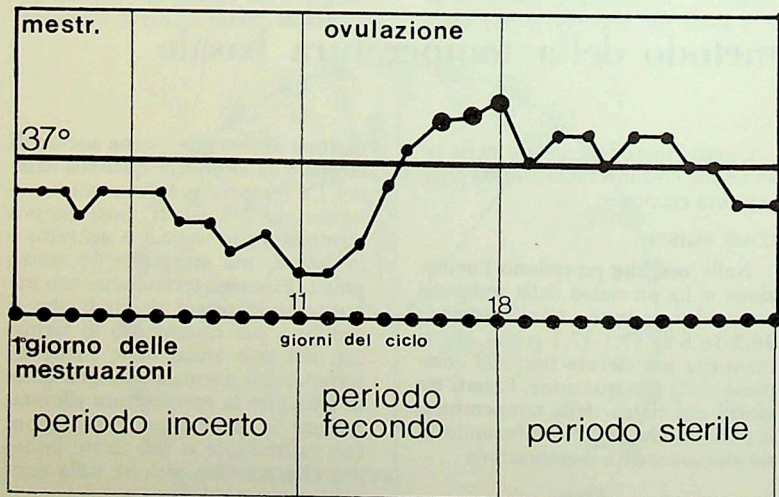
tre giorni dopo l'aumento della temperatura. Se invece a questo si associa l'Ogino-Knaus, si ha il vantaggio di ridurre il periodo abbastanza lungo di astinenza, necessario per entrambi i metodi, se usati da soli. Per la prima parte del ciclo, poichè non è possibile sapere in anticipo il momento dell'ovulazione, si seguirà il calcolo Ogino-Knaus e quindi, avvenuto il rialzo di temperatura, basterà astenersi dal rapporto ancora per tre giorni soltanto.

Riassumendo, entrambi i metodi, poichè sono basati su elementi stati-

stici in cui non rientra l'imprevedibilità di un'ovulazione irregolare, non danno nessuna certezza sulla loro sicurezza.

Ma soprattutto essi presentano notevoli inconvenienti di natura psicologica, che turbano la spontaneità e la libertà dei rapporti sessuali. I periodi di astinenza sono lunghi e forzati, e i rapporti risultano programmati. L'ossessione delle continue registrazioni di giorni e date e gradi, e le gravidanze non volute che spesso capitano ugualmente hanno già scoraggiato molte donne dall'usare questi metodi.

## calcolo della temperatura



## mezzi chimici e lavande

Lo scopo dei mezzi chimici, o spermicidi, è quello di rendere l'ambiente della vagina meno favorevole alla vita degli spermatozoi. La loro sicurezza è piuttosto bassa, infatti l'indice di insuccesso è intorno al 40 per cento anni donna.

Il loro uso non provoca effetti secondari, e se dovessero fallire lo scopo non ci sono da temere conseguenze per il nascituro. I mezzi chimici possono essere: spermicidi aerosol, creme e gelatine, supposte e compresse vaginali.

## spermicidi aerosol, creme e gelatine

Questi prodotti sono confezionati o in bombolette spray, o in tubi simili a quelli del dentifricio e dotati di una cannula con stantuffo. L'applicazione va fatta preferibilmente in posizione distesa, introducendo in vagina lo stantuffo riempito di crema. Il loro effetto è immediato. Sarà utile ricordare che questi stessi prodotti si usano assieme al diaframma e al preservativo, per aumentarne la sicurezza. **Svantaggi:** alcuni possono avere uno sgradevole odore medicinale e produrre una ec-

cessiva lubrificazione della vagina, diminuendo così il piacere sessuale. Ad ogni rapporto occorre ripetere l'applicazione.

Si possono acquistare in farmacia senza ricetta medica. Ecco alcuni nomi di prodotti spermicidi: **Patentex spray, Bioxil spray, Emko spray, Delfen vaginal foam, Delfen vaginal cream, Cooper cream, Immolin cream, Ortho crema.**

Il loro costo varia tra le 1000 e le 2000 lire circa; ogni confezione è utile per circa venti applicazioni.

## supposte, compresse e tavolette vaginali

Anche questi prodotti vanno inseriti in vagina prima di ogni rapporto: **ma è necessario aspettare almeno dieci minuti**, perché sciogliendosi diventano efficaci. Il rapporto deve avvenire entro un'ora dall'inserimento. Il loro costo è moderato,

sotto le 1000 lire. Tipi di supposte: **Rendel, Lorophyn.** Tipi di compresse: **Spenton, Taro cap.** Quest'ultimo prodotto (**TARO CAP**) non offre garanzie maggiori degli altri anche se è stato largamente pubblicizzato come sicuro.

# lavande vaginali

Questo metodo "antifecondativo" è antichissimo e, purtroppo, ancor oggi di uso comune. **E' bene sapere che, comunque praticate, le lavande vaginali sono inefficaci.**

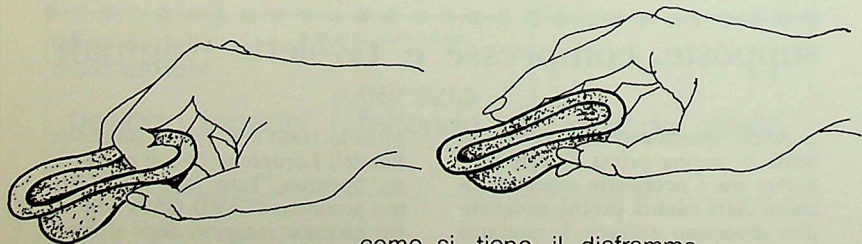
Gli spermatozoi infatti sono in grado di arrivare dentro l'utero già pochi secondi dopo l'ejaculazione. Inoltre è pressochè impossibile riuscire a portare via ogni traccia di

spermatozoi dalle profonde pieghe delle pareti vaginali. Anche dopo l'uso dei contraccettivi chimici e al momento di togliersi il diaframma, le lavande vaginali interne sono **inutili**, ed hanno forse solo il vantaggio di corrispondere ad una esigenza psicologica della donna: **dal punto di vista anticoncezionale non servono a nulla.**

# diaframma

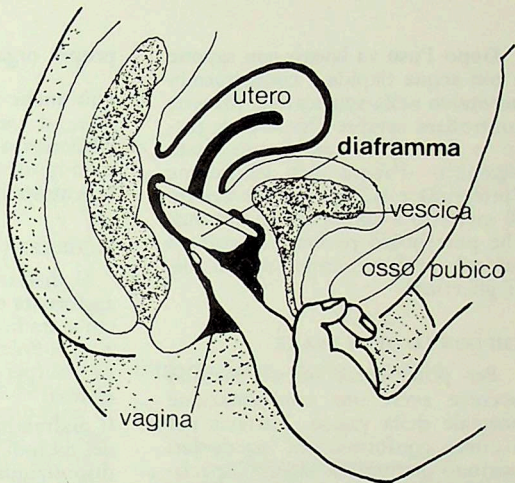
Il diaframma vaginale (o pessario) è un anello flessibile con una sottile cupola di gomma. Esiste in diverse misure (da 45 a 105 mm.), per meglio adattarsi alle dimensioni di ogni vagina. La misura del diaframma da usare deve essere stabilita caso per caso dal ginecologo, dopo una visita accurata della vagina.

**E' molto importante che sia della misura giusta.** Perciò dopo ogni parto o intervento chirurgico, o se il peso aumenta o diminuisce di 5 kg. circa, e comunque dopo un anno, è necessario sottoporsi ad un'altra visita medica. Sarà lo stesso medico ad insegnarci come inserire e togliere il diaframma.



come si tiene il diaframma per introdurlo

## controllo della corretta posizione del diaframma



### COME AGISCE

Lo scopo del diaframma è quello di costituire una barriera all'entrata degli spermatozoi nell'utero. Per ottenere questo risultato è necessario usarlo assieme ad una crema spermicida. Nessun tipo di diaframma infatti può aderire completamente alla parete della vagina e coprire così la cervice.

### COME SI USA

Per prima cosa occorre spalmare su entrambe le parti del diaframma una abbondante quantità di crema. A questo punto lo si inserisce invagina stringendo tra il pollice e l'indice l'anello flessibile o bordo, fino a fargli prendere una forma ovale. Così allungato lo si spinge in profondità nel canale vaginale, fino a fissarlo tra il fondo della vagina e l'osso pubico. Se è correttamente inserito, la sua cupola di gomma copre la cervice uterina e, unitamente alla crema, impedisce il passaggio degli spermatozoi nell'utero: in

questo modo non viene neppure avvertito durante il rapporto. Il diaframma non va in nessun caso tolto dalla vagina prima che siano trascorse almeno otto ore dall'ultimo rapporto. Entro le prime cinque ore da quando è stato applicato si possono avere anche più rapporti, mentre dopo le cinque ore è bene aggiungere altra crema in vagina prima del rapporto sessuale.

Finchè il diaframma è inserito, non si devono fare lavande interne, perchè porterebbero via la crema e potrebbero spostare il diaframma. Si possono invece fare lavande esterne e la doccia. Se iniziano le mestruazioni e il diaframma è ancora inserito, esso va ugualmente tenuto in vagina per le otto ore prescritte. Il flusso mestruale infatti non viene trattenuto: è meglio usare un pannolino esterno piuttosto che il tampax, fino all'estrazione del diaframma.

Per estrarlo, basta introdurre un dito in vagina, agganciare la parte anteriore del diaframma e tirarlo all'esterno.

Dopo l'uso va lavato con sapone e con acqua tiepida e conservato in borotalco nella sua scatola. Bisogna controllare sempre che non sia rotto o forato, (a tale scopo basta riempirlo d'acqua per verificarne l'integrità) e si deve inoltre evitare di metterlo a contatto con sostanze che potrebbero rovinare la gomma (alcool, profumi, creme saponi forti, glicerina).

#### CHI NON LO DEVE USARE

Per poter usare questo metodo occorre avere una conformazione normale della vagina. Tuttavia per alcune conformazioni particolari esistono diaframmi di forma speciale. Alcuni pessari vengono anzi utilizzati per correggere tali anomalie, o come aiuto in caso di prolasso uterino.

Il diaframma può causare delle difficoltà di natura psicologica: il rifiuto verso questo metodo può essere forte, perchè molte donne non sono abituate a toccare i

propri organi genitali.

Può anche sembrare difficile imparare ad usarlo correttamente: ma l'esperienza di chi lo usa con successo ci mostra che l'abilità ad inserirlo si acquista in breve tempo.

#### SICUREZZA

Il diaframma è la continuazione, aggiornata e migliorata, dei più antichi e tradizionali metodi anticoncezionali. Poichè la sua efficacia è molto alta (percentuale di rischio 8 per cento).

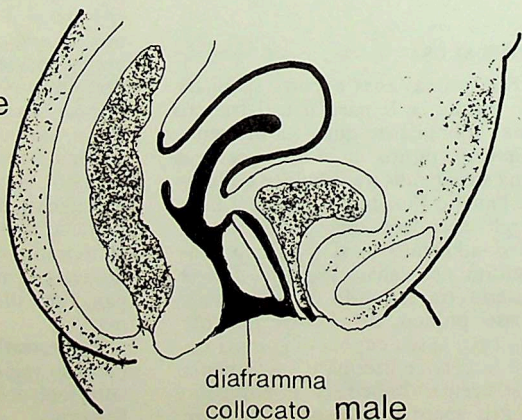
**Il diaframma è senz'altro il migliore dei metodi meccanici attualmente a disposizione della donna, che non voglia o non possa ricorrere ai contraccettivi ormonali.**

#### COSTO

Il costo del diaframma (presso l'AIED) è di 3000 lire, più altre 3000 di visita medica. Abbiamo già visto che il costo delle varie creme spermicide è sulle 2000 lire.

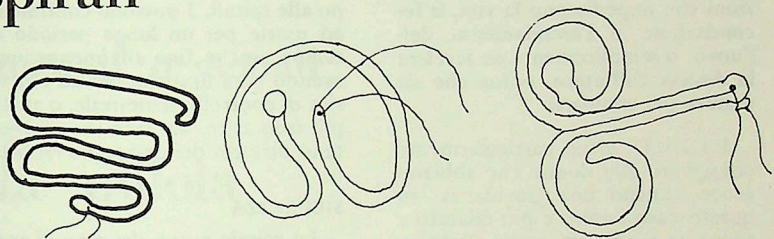
attenzione!

errore frequente





# spirali



Le spirali sono anche conosciute col nome di I.U.D., cioè dispositivi intrauterini. Per lo più sono fatte di plastica (alcune hanno parti di metallo) possono avere varie forme e di solito terminano con una o due sottili code di nylon.

## COME SI USA.

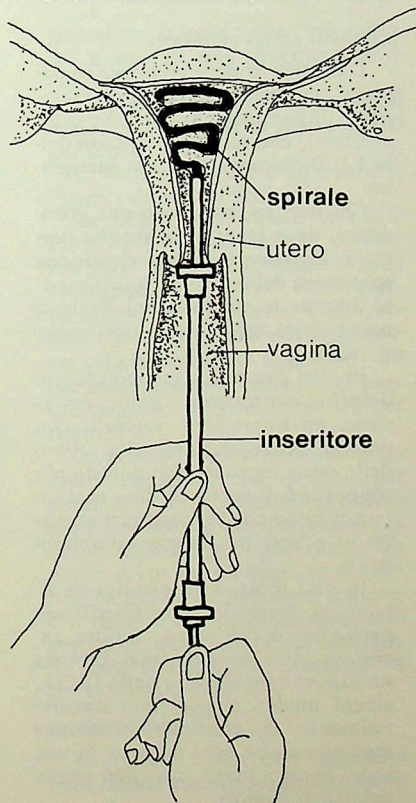
La spirale viene inserita nell'utero della donna da un ginecologo. I fili terminali pendono in vagina, in modo che la donna stessa, introducendo un dito nel canale vaginale, possa rendersi conto se la spirale è al suo posto. La coda serve anche al medico per l'estrazione. Gli ultimi giorni del flusso mestruale sono il periodo migliore per l'inserimento, sia perché la cervice uterina è più dilatata, sia perché si è sicure di non essere gravide.

A differenza quindi degli altri contraccettivi, lo I.U.D. non richiede alla donna né manovre (come il diaframma), né calcoli (come il metodo Ogino-Knaus), né sforzi di memoria (come la pillola). Non si avverte durante il rapporto sessuale.

## COME AGISCE

I motivi per cui questo dispositivo impedisce in alta percentuale la gravidanza non sono noti. Probabil-

## introduzione della spirale



mente esso scatena nell'utero reazioni che impediscono la vita, la fecondazione o l'annidamento dell'uovo, o semplicemente ne accelera la discesa dall'utero, prima che sia maturo per annidarsi.

Lo I.U.D. viene particolarmente consigliato alle donne che abbiano avuto almeno una gravidanza: in questo caso l'utero è più dilatato e sopporta meglio un corpo estraneo, e diminuiscono così le possibilità di spiacevoli effetti collaterali.

#### CHI NON LO DEVE USARE

Il medico si deve accertare se esistono controindicazioni (per esempio: infiammazioni dell'apparato genitale), che sconsigliano l'uso dello I.U.D., almeno fino alla guarigione.

Chi non ha mai avuto una gravidanza, deve tener presente che permane il pericolo di una espulsione spontanea dello I.U.D., specialmente durante le mestruazioni, anche se non è detto che avvenga così in tutti i casi.

In altri casi lo I.U.D. può causare dolorose contrazioni uterine, emorragie, infiammazioni vaginali con perdite, infiammazioni delle tube o delle ovaie tanto da non poterlo più sopportare. Invece non deve spaventare il fatto che le mestruazioni siano in genere più lunghe ed abbondanti.

In casi molto rari, e solo con alcuni tipi di spirale, si sono verificate perforazioni dell'utero. Inoltre anche se non è stata mai provata un'azione cancerogena dello I.U.D., alcuni medici considerano sfavorevolmente la continua irritazione meccanica che esso provoca in una sede, come l'utero, che può essere colpita da tumori.

In media, su 4 donne che ricorrono alle spirali, 3 possono continuare ad usarle per un lungo periodo di tempo, anche fino alla menopausa, avendo cura di sottoporsi ad una visita di controllo semestrale, o anche più frequente, nel caso che si avvertano disturbi del tipo sopra ricordato.

#### SICUREZZA

La spirale è uno dei metodi anticoncezionali più efficaci (1-3 per cento di fallimento) a partire dal secondo mese dalla sua introduzione. Nel raro caso che la donna rimanga incinta, il dispositivo non interferisce con la gravidanza e viene espulso insieme al bambino al momento del parto.

#### COSTO

Il costo dell'applicazione della spirale varia a seconda del ginecologo che l'effettua. All'AIED la spesa è di 18.000 lire, comprensive della visita di controllo.

# metodi ormonali

## la pillola

Si è detto e scritto molto contro la pillola, e a più riprese sono state fatte campagne allarmistiche, basate più spesso su pregiudizi moralistici o religiosi che su reali dati scientifici. **Possiamo invece affermare che l'uso della pillola è innocuo, tranne nei casi di gravi disturbi già presenti nell'organismo**, di cui parliamo in seguito. L'uso continuato di altri comuni medicinali, come l'aspirina, può risultare a lungo andare più pericoloso della pillola. Inoltre eventi che siamo abituati a considerare naturali, come la gravidanza, e il parto, portano con sé rischi ben più grossi del trattamento continuato della pillola.

Attualmente la usano circa 20 milioni di donne. **La pillola combinata è l'unico metodo che permette a chi lo desidera di controllare completamente la propria fecondità.** Scoperta nel 1956 dal biologo americano Pincus, e via via migliorata durante questi anni, deve la sua efficacia del 100 per cento al fatto che blocca il meccanismo dell'ovulazione.

Ma è bene sapere che "la pillola" può essere di tre tipi: la "combinata" e la "sequenziale", a base di una combinazione di estrogeno e di pro-

gesterone sintetici, e la "minipillola" a base di solo progesterone di cui parliamo a parte.

**La pillola combinata è quella più usata, perchè è quella sicura al 100 per cento.**

E' fatta di 20,21, o 22 confetti, identici come composizione.

**La pillola sequenziale** invece è fatta di due serie diverse di confetti: i primi contengono solo estrogeno, gli altri una combinazione di estrogeno e di progesterone. **Ma attenzione: per questa pillola l'efficacia non è del 100 per cento**, anche se resta molto alta (percentuale di insuccesso 1-2 per cento).

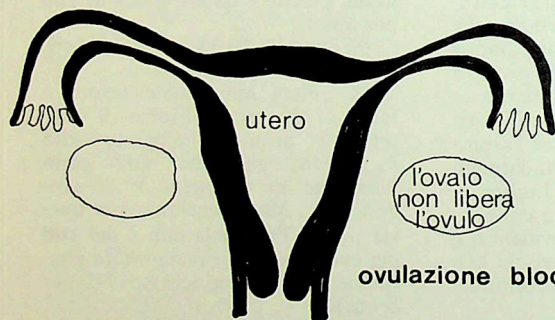
Le pillole in commercio possono avere dosaggi diversi, proprio per permettere di eliminare i possibili effetti collaterali che l'ingestione di questi ormoni può provocare. Ma non è detto che sia migliore in assoluto la pillola col dosaggio minore: è il medico che deve stabilire, caso per caso, quale pillola prescrivere, in base all'equilibrio ormonale di chi la dovrà usare.

### COME AGISCE

La pillola ricrea nell'organismo della donna condizioni simili a quel-

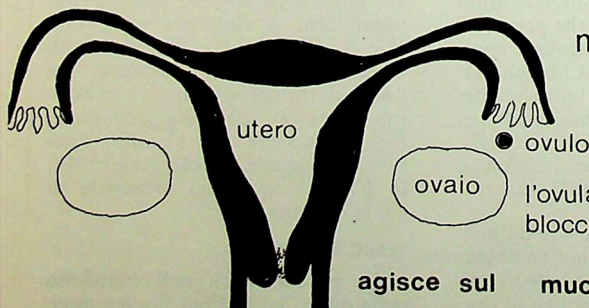
le che si hanno durante i mesi della gravidanza

Una volta che è avvenuto il concepimento infatti, entrano in circolazione degli ormoni che impediscono altre ovulazioni, finché non avviene il parto. Allo stesso modo, gli ormoni contenuti nelle pillole bloccano l'ovulazione, e producono anche altre reazioni capaci di rendere la gravidanza impossibile. Il muco cervicale diventa denso e impenetrabile agli spermatozoi, la formazione ciclica dell'endometrio risulta bloccata, e aumenta la motilità delle tube. La pillola sequenziale ha di diverso solo il fatto che non agisce sul tappo cervicale.



azione della pillola combinata

ovulazione bloccata



minipillola

l'ovulazione non viene bloccata

agisce sul muco cervicale

## COME SI PRENDE

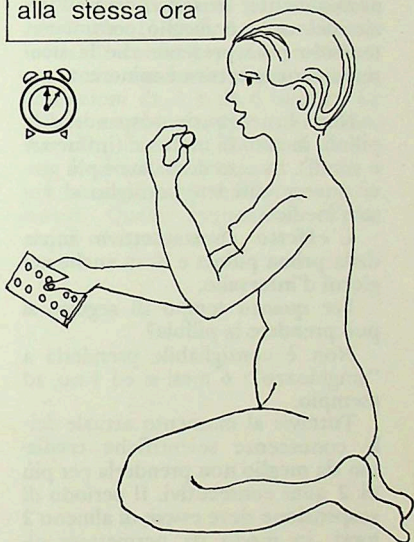
Abbiamo già visto che la donna, in buone condizioni di salute, che non sia incinta nè allatti, ha un ciclo mestruale di 28 giorni circa. La somministrazione della pillola segue questa durata media del ciclo: si prende 3 settimane sì e 1 no, salvo che sulla confezione siano riportate indicazioni diverse. La prima delle 21 compresse si prende il 5° giorno dall'inizio della mestruazione. Le rimanenti 20 compresse si prendono sempre una al giorno, senza mai saltarne una. Dopo aver preso l'ultima delle 21 compresse, si smette per 7 giorni. In questo intervallo compare un flusso, generalmente meno abbondante e doloroso del normale flusso mestruale, della durata di 3-5 giorni.

Dopo questo intervallo di 7 giorni, indipendentemente dalla comparsa e dalla durata del flusso, si inizia una nuova serie di 21 compresse, e così via per tutto il tempo che si desidera evitare una gravidanza. Anche in questo caso consigliamo comunque di seguire le istruzioni accluse al tipo di pillola che usiamo. Può aiutare la memoria sapere che se ad esempio si comincia a prendere la pillola una domenica, si inizierà la nuova serie sempre di domenica.

La pillola va sempre presa circa alla stessa ora, ad esempio prima di andare a letto, per mantenere costante il livello degli ormoni introdotti nell'organismo, e per ricordarsi più facilmente di prenderla.

Se si salta una pillola, se ne possono prendere due il giorno seguente (una al mattino e una alla sera). Se la si dimentica per più di 2 giorni, e si è verso la fine del ciclo è

prendere sempre  
la pillola  
alla stessa ora



Se si dimentica di  
prendere una pillola:

sab.	Dom.	Lun.
ore 22	—	ore 10

Limite di sicurezza

L'effetto della pillola è di 36 ore

meglio sospenderla, aspettare il flusso che compare entro 3-5 giorni dalla sospensione, e quindi riprendere normalmente; se si è ancora all'inizio del ciclo è meglio continuare, tenendo però presente che la sicurezza contraccettiva è minore.

Non è necessario sospendere la pillola in caso di malattie (influenze e simili). In caso di malattie più gravi invece chiedete consiglio al vostro medico.

L'effetto contraccettivo inizia dalla prima pillola e dura anche nei giorni d'intervallo.

Per quanto tempo di seguito si può prendere la pillola?

Non è consigliabile prenderla a "singhiozzo": 6 mesi sì ed 1 no, ad esempio.

Tuttavia al momento attuale delle conoscenze scientifiche crediamo sia meglio non prenderla per più di 2 anni consecutivi. Il periodo di sospensione deve essere di almeno 2 mesi, in modo da permettere all'organismo di riprendere il suo ritmo naturale, ovulazione compresa. Le prime mestruazioni possono comparire in ritardo, ma in ogni caso la fecondità viene ristabilita entro breve tempo. E' falso che le gravidanze che si verificano dopo che si è usata la pillola siano gemellari, e non è neanche vero che la menopausa venga anticipata.

#### CHI NON LA DEVE USARE

Per la pillola c'è bisogno della ricetta medica. Quindi sottoporsi ad una visita medica generale prima di cominciare l'uso della pillola non solo è necessario, ma è anche molto importante per la propria salute e tranquillità. Esistono infatti delle precise controindicazioni per l'uso

della pillola, e il medico è in grado di riconoscerle. Non deve prendere la pillola chi soffre dei seguenti disturbi:

- Gravi disturbi circolatori (tromboflebiti o tendenza a fenomeni tromboembolici)
- Gravi disturbi al fegato (epatite in atto o recente, cirrosi, stati itterici)
- Presenza o sospetto di tumori al seno o ai genitali
- Perdite di sangue al di fuori delle mestruazioni

Chi invece soffre o ha sofferto dei seguenti disturbi, può prendere la pillola, ma solo sotto stretto controllo medico e con periodiche analisi di laboratorio:

Frequenti emicranie, alta pressione arteriosa, vene varicose, asma, epilessia, qualche significativo disturbo psichico, diabete.

A questo punto una donna è in grado di stabilire da sola se può prendere la pillola. Questo può aiutare a sostenere la propria decisione col ginecologo che deve rilasciare la ricetta: infatti la sua disponibilità a prescrivere la pillola molto spesso non dipende da ragioni mediche, ma da una sua presa di posizione sul problema dei contraccettivi.

Per una maggiore sicurezza si può richiedere un attento esame del seno, del sangue e delle urine, da ripetersi eventualmente periodicamente.

#### Effetti collaterali

L'uso della pillola, almeno nei primi mesi, può dare alcuni disturbi, che tuttavia non sono tali da consigliarne la sospensione: un lieve aumento del seno, un senso di gonfiore alla pancia, nausea, perdite bianche più abbondante del solito,

o perdite di sangue. Diverse donne inoltre in periodo intermestruale denunciano mutamenti dell'umore e il calo o l'aumento del desiderio sessuale.

#### SICUREZZA

L'efficacia della pillola combinata come metodo anticoncezionale è assoluta.

Una donna, che non presenta nessuna delle controindicazioni che abbiamo indicato, può adottare con tranquillità questo metodo.

#### COSTO

Il costo della pillola varia dalle 1100 alle 1500 lire per un blister (serie di confetti per un mese); si risparmia qualcosa acquistando le confezioni da 3 o da 6 blisters. Le pillole combinate più usate sono: Anovlar, Eugynon, Lyndiol, Regovar, Reglovis, Evanor, ecc. Quelle a più basso dosaggio: Novogyn, Evonor-d. Quelle sequenziali: Fisiosequil e Sequentex

## la minipillola

La differenza fondamentale tra la pillola (combinata o sequenziale) e la così detta "minipillola" è che quest'ultima è composta da uno solo dei due ormoni contenuti nella pillola: il progesterone. Poiché l'estrogeno è assente e il contenuto di progesterone è molto basso, l'ovulazione non viene bloccata e quindi l'intero equilibrio ormonale dell'organismo femminile non è alterato.

Per questo può anche essere usata da donne in puerperio che desiderano allattare: il suo uso non fa cessare la produzione del latte.

#### COME AGISCE

La minipillola agisce solamente a livello del tappo mucoso cervicale, e forse anche a livello delle pareti uterine e delle tube.

Abbiamo già visto che la fase che va dalla fine di una mestruazione e l'ovulazione è dominata dagli estrogeni che, tra le altre funzioni, hanno anche quella di rendere più facile il passaggio degli spermatozoi attraverso la cervice, modificandone la viscosità e la larghezza. Nella seconda parte del ciclo invece, sotto l'azione predominante del proge-

sterone, la cervice si restringe e il muco diventa più spesso, tale da rendere difficile il passaggio degli spermatozoi. Con la minipillola si apporta all'organismo una quantità di progesterone capace di formare un tappo mucoso impenetrabile agli spermatozoi anche nella prima parte del ciclo.

#### COME SI PRENDE

La minipillola va presa tutti i giorni, senza interruzioni nemmeno durante il flusso. Vale il consiglio già dato per la pillola, di prenderla sempre intorno alla stessa ora. La prima pillola va presa al quinto giorno di un flusso mestruale, per poi continuare ininterrottamente.

#### CHI NON LA DEVE USARE

Poichè la minipillola agisce soltanto a livello locale, le controindicazioni sono minori, tanto da farne un metodo consigliabile alle donne che non possono prendere la pillola per ragioni mediche.

In particolare va bene per le ragazze molto giovani, in cui è meglio non bloccare l'ovulazione, dato che i cicli mestruali sono appena iniziati e l'organismo è, per così dire, ancora in una fase "di rodaggio". Anche per la minipillola occorre la ricetta medica.

#### EFFETTI COLLATERALI

Si possono spesso verificare alterazioni del ciclo mestruale che possono essere perdite ematiche o amenorrea. La frequenza delle perdite ematiche (perdite di sangue che possono ripetersi anche più volte durante il mese) diminuisce di solito man mano che si continua l'uso della minipillola. L'amenorrea (sospensione delle mestruazioni), o comunque il fatto che il ciclo tende a

diventare irregolare, è l'altro effetto più fastidioso.

Se questi disturbi non cessano, ma anzi si intensificano, è meglio rivolgersi al ginecologo, che potrà ordinare la sua sospensione.

#### SICUREZZA

La minipillola è entrata in uso da poco tempo. Per questo i dati sulla sicurezza sono a volte contrastanti. Comunque è accertato che non è sicura come la pillola combinata, la sua percentuale di insuccesso varia tra l'1 e il 3 per cento, a seconda del tipo e della quantità di progesterone usato.

#### COSTO

La minipillola in commercio in Italia è il Demovis, che costa sulle 1200 lire.



altri metodi ormonali di uso meno comune

## iniezione a deposito

Esistono vari tipi di iniezione a deposito, contenenti tutte alte dosi di progesterone che, iniettato per via intramuscolare, blocca l'ovulazione per un periodo piuttosto lungo.

L'iniezione può essere mensile o trimestrale, e va fatta entro il quinto giorno del flusso mestruale.

L'iniezione a deposito agisce come la pillola, con la differenza che la dose di ormoni iniettata ha effetto per più tempo, e libera quindi dalla necessità di prendere una pillola ogni giorno. Il ciclo mestruale risulta però molto alterato, e l'effetto non si interrompe bruscamente dopo che sia esaurita l'azione antio-

vulatoria, ma spesso l'infertilità prosegue per parecchio tempo dopo la sospensione, impedendo l'instaurarsi di eventuali gravidanze desiderate.

Si possono avere i soliti effetti collaterali legati all'assunzione di ormoni, quali nausea, emicranie, tensione al seno, ecc., con l'aggravante che la loro durata non è immediatamente controllabile (come con la pillola che se dà troppi disturbi si può smettere di prendere) ma dura finché permane l'effetto dell'iniezione.

Il nome del prodotto più usato in Italia è: Depoprovera (costo: 1600-2500)

## la "pillola del giorno dopo"

Si dà questo nome a un tipo di pillole da usare dopo un rapporto senza precauzioni, avvenuto nel periodo considerato fecondo. L'efficacia di questo tipo di pillole sembra buona, ma poichè il dosaggio degli estrogeni in esse contenuto è molto alto, se ne può fare un uso molto limitato, in casi di assoluta emergenza.

Le compresse di questo tipo di pillole vanno prese per cinque giorni, cominciando almeno entro 36

ore dal rapporto, meglio se entro 24.

E' necessaria la ricetta medica. I nomi dei prodotti in commercio sono: Tace, Premarin, Ethinilestradiolo, Estril. Il prezzo va dalle 1100 alle 1800 lire. **Attenzione:** se il metodo non ha effetto, bisogna in ogni caso interrompere la gravidanza, perchè è stato dimostrato che l'alto dosaggio ormonale ha conseguenze sul neonato femmina: alla pubertà si sviluppano tumori alla vagina.

# contraccettivi maschili

Parliamo qui anche dei contraccettivi maschili perchè il loro uso è abbastanza diffuso. Questi metodi sfuggono al controllo della donna e possono essere accettabili solo se es-

sa ha fiducia nel suo compagno, e se ne conosce anch'essa le caratteristiche e l'uso corretto, in modo da evitare le conseguenze sgradite di errori non dovuti a lei.

## il preservativo

**Il preservativo** (o profilattico o condom) è una specie di sacchetti-no (circa 3 cm. di diametro e 15/16 cm. di lunghezza), fatto di gomma molto sottile, con un bordo rinforzato che gli impedisce di scivolar via dal pene. E' arrotolato su se stesso e contenuto in una bustina.

### COME SI USA

La funzione del preservativo è di rivestire completamente il pene, in modo che lo sperma emesso durante l'eiaculazione rimanga all'interno del preservativo stesso e non venga quindi a contatto con i genitali della donna. Poichè una goccia di sperma può essere emessa prima dell'eiaculazione, è importante che sia infilato appena raggiunta l'erezione e prima che il pene venga a contatto con la vagina.

Ci sono poi delle precauzioni da prendere per non rompere il preservativo: maneggiarlo con cura in modo da non strapparne con unghie, anelli, ecc.; evitare di tenderlo trop-

po (se la vagina ha bisogno di essere lubrificata si possono usare preservativi prelubrificati o creme spermicide, le stesse usate con il diaframma, che aumentano così la sicurezza del metodo); sono da evitare assolutamente vasellina e altre specie di lubrificanti, che ne danneggerebbero la gomma. Dopo l'eiaculazione il pene comincia a perdere l'erezione e il preservativo perde la sua aderenza: a questo punto deve essere ritirato dalla vagina.

Il bordo va tenuto ben stretto con le dita, per impedire la fuoriuscita di sperma.

### SICUREZZA

Da solo la sua sicurezza non è alta (10/15 per cento di insuccesso), ma aumenta se si usa assieme a creme spermicide, arrivando a una percentuale di insuccesso dell'8 - 10 per cento.

L'uso del preservativo è spesso associato a rapporti con prostitute, e molte donne lo rifiutano per questo

motivo. Comunque va tenuto presente nel caso di **rapporti occasionali**, se non si usano già altri metodi contraccettivi. E' il metodo più accessibile, ed è molto meglio che niente. E' inoltre efficace come pre-

venzione delle malattie veneree.

#### **COSTO**

Il prezzo va dalle 100 lire in su per ogni preservativo, di solito sono venduti in confezioni da tre.

## **coito interrotto**

Il coito interrotto è ancora uno dei metodi anticoncezionali più diffusi, particolarmente in paesi come il nostro, dove esiste un basso livello di informazione sui metodi di controllo delle nascite.

Per coito interrotto (o quando l'uomo dice che "sta attento") si intende che poco prima dell'eiaculazione l'uomo ritira il pene dalla vagina e dai genitali esterni femminili.

#### **SICUREZZA**

Questo metodo ha il vantaggio di essere sempre disponibile, ma ha l'enorme svantaggio di essere tra i più rischiosi (30 per cento di insuccesso). Comporta inoltre un grave disagio psicologico sia per la donna che per l'uomo, anche se per motivi diversi.

L'insicurezza è data dal fatto che durante le varie fasi dell'eccitamento si ha normalmente l'emissio-

ne di piccolissime quantità di sperma, che possono passare innavertite, ma sono sufficienti per la fecondazione. Inoltre è difficile che l'uomo sappia prevedere esattamente il momento dell'eiaculazione.

Dato poi che molte donne hanno bisogno di un tempo più lungo per raggiungere l'orgasmo durante il rapporto sessuale, la brusca interruzione ne impedisce il raggiungimento.

Considerando tutto ciò e l'altissimo rischio di gravidanza, riteniamo questo metodo decisamente sconsigliabile.

L'emissione dello sperma sui genitali femminili esterni o comunque portato lì con la mano o con biancheria sulla quale il seme è stato depositato da poco tempo può ugualmente causare la fecondazione.

# sterilizzazione

La sterilizzazione è un intervento chirurgico, che può essere praticato sia sull'uomo che sulla donna.

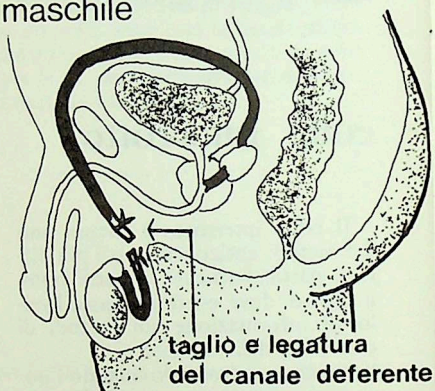
Sull'uomo si interviene a livello dei canali deferenti (vedi Genitali maschili). L'operazione è molto semplice e può essere eseguita in ambulatorio con anestesia locale. Dopo l'intervento occorre fare attenzione per almeno 3 mesi, perché il liquido emesso durante l'eiaculazione contiene ancora spermatozoi residui e quindi è ancora in grado di fecondare l'ovulo. In rarissimi casi riesce l'intervento opposto (riallacciamento dei canali deferenti).

Sulla donna l'intervento prende il nome di **legatura delle tube**.

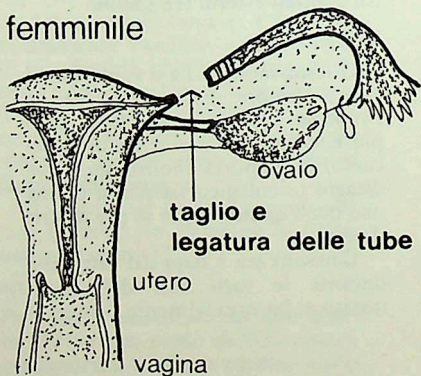
Abbiamo già visto (vedi Genitali femminili) che dall'utero partono due sottili tubicini che lo collegano con le ovaie: sono le **Tube** (o salpingi o trombe di Falloppio). L'interruzione delle tube si fa mediante un intervento chirurgico, che comporta l'incisione della parete addominale, in cui le **tube vengono tagliate e le loro estremità legate**. Questa operazione richiede l'anestesia generale e di conseguenza il ricovero ospedaliero. Come difficoltà e tempo di degenza si può paragonare a un intervento di appendicite.

In Italia la sterilizzazione (maschile e femminile) è vietata dalla legge.

maschile



femminile



# metodi sperimentali

Dalla scoperta della pillola in poi, le ricerche scientifiche sugli anti-concezionali sono andate avanti, ma senza arrivare a qualcosa di altrettanto importante. Si stanno facendo esperimenti su quella che potrebbe essere la "pillola per l'uomo", ma i risultati ottenuti non sembrano ancora soddisfacenti.

D'altra parte questa è un po' un'eccezione, perchè tutte le altre ricerche in corso preferiscono ancora una volta "sperimentare" sulle donne.

Non riteniamo opportuno parlare diffusamente di questi metodi, dato che al momento attuale non possono esserci di alcuna utilità pratica.

# problemi psicologici

Di fronte alla possibilità di usare gli anticoncezionali, molte donne oppongono un rifiuto per motivi che spesso sfuggono anche a loro stesse. Si scatenano delle profonde reazioni psicologiche, che hanno molte cause e che derivano comunque dalla nostra "non-educazione" sessuale.

E' senz'altro vero che le varie campagne che sono state fatte contro la pillola o altri metodi hanno spaventato molte donne: ma abbiamo già detto che questo allarmismo deriva più da pregiudizi morali e religiosi che da reali dati scientifici.

E' invece il caso di considerare come la scienza e la cultura dominante si siano poste di fronte alla sessualità. La scienza, o meglio coloro che la usano, ci ha escluso da ogni conoscenza e partecipazione attiva alla risoluzione di questo problema: viceversa siamo state usate come cavie passive in esperimenti fatti su di noi da uomini.

La cultura dominante, specialmente nel passato, ha fatto del ses-

so un tabù, una cosa che va tenuta nascosta, di cui ci si deve sempre vergognare come di un peccato, sicché su tutto ciò che è relativo alla sessualità ancor oggi pesa un diffuso senso di colpa. Non dimentichiamo che per la religione, ad esempio, il rapporto sessuale viene giustificato solo dal fine procreativo.

Molte di noi sono talmente condizionare dal pensiero che fare l'amore sia solo fare figli, o soddisfare il proprio marito, che vivono il rapporto sessuale come violenza e non vi hanno mai associato l'idea di poterlo desiderare o di provare piacere. Usando gli anticoncezionali esse si priverebbero di un valido motivo per rifiutarsi al rapporto, come è quello della paura di restare incinte.

Per gli stessi condizionamenti morali e religiosi, altre donne si autorizzano a provar piacere solo a condizione di sopportarne le eventuali conseguenze, cioè fanno l'amore senza usare precauzioni.

D'altra parte il delegare all'uomo queste preoccupazioni e l'aver un

atteggiamento passivo significano di fatto qualcosa di più profondo, e cioè il non riconoscersi come protagoniste nell'atto sessuale. I metodi contraccettivi quindi che si preferiscono adesso, perchè più sicuri, sono invece tutti fatti per essere usati dalla donna, che si sente improvvisamente obbligata a riconoscere il proprio corpo e la propria sessualità, che fino a ieri nessuno le riconosceva. Da qui il disorientamento, l'istintivo rifiuto: perchè devo essere io, donna che ho sempre contato così poco, ad assumermi per intera la responsabilità della contraccezione? Tanto più se non vivo la mia sessualità, se non provo piacere a fare l'amore: perchè devo liberare solo te, uomo?

Alcune di noi poi hanno un atteggiamento indeciso di fronte alla maternità: non sanno se volere figli o no. Usare un contraccettivo anche in questo caso ci costringe alla chiarezza verso noi stesse.

La donna che usa gli anticoncezionali sceglie di accettare la realtà del proprio corpo e di vivere la sessualità in maniera più libera. Ma vogliamo chiarire che cosa vuol dire per noi sessualità libera: non si tratta di immedesimarsi ancora una volta in un ruolo, quello della seducente ape-regina o della moderna donna-coniglietto. **Sessualità libera significa riappropriazione del nostro corpo e possibilità di decidere di noi stesse.** Questo anche in una società che non è fatta a nostra misura, ma che ci è ostile se usciamo dal ruolo che ci ha imposto.

Di fronte a tutte queste resistenze perciò bisogna opporre un ragionamento: solo imparando a conoscere noi stesse e il nostro corpo potremo conoscere e liberare la nostra sessualità repressa e potremo cominciare a decidere di noi, senza essere costrette a un ruolo di madre-casalinga, che mai abbiamo scelto liberamente.

# vocabolario

## **Amenorrea:**

assenza del regolare flusso mestruale. Può essere dovuta a cause fisiologiche (allattamento-gravidanza-menopausa), o può essere il segno di qualche malattia.

## **annessite:**

(o salpingoovarite) infiammazione degli annessi uterini (tube e ovaie). Si manifesta con dolori al basso ventre e irregolarità mestruali

**annessectomia:** intervento chirurgico col quale si asportano una o entrambe le ovaie. Se ne viene asportata una sola (annessectomia monolaterale) si hanno ancora regolari cicli mestruali e sono possibili altre gravidanze. Se vengono asportate entrambe (annessectomia bilaterale) si ha la cessazione delle mestruazioni, sterilità e i disturbi della menopausa.

**biopsia:** prelievo di uno o più tessuti (dal collo uterino, dalle pareti uterine e dalle ovaie) per sottoporlo a esame istologico (vd. esame istologico)

**cervicite:** infiammazione della cervice, o collo uterino. Si manifesta con perdite bianche e talvolta dolori lombari (i cosiddetti dolori "di reni")

**colposcopia:** esame del collo uterino praticato con un apparecchio che, ingrandendo notevolmente le immagini, permette di osservare gli strati superficiali del collo uterino. Serve per diagnosticare tumori del collo uterino nel loro stadio iniziale, quando sono ancora operabili

**diatermocoagulazione:** è la cosiddetta "bruciatura" delle erosioni cervicali (piaghetta sul collo dell'utero). Si tratta di un breve intervento pressochè indolore (non serve l'anestesia), che si esegue in ambulatorio, toccando le zone erose con una piccola sfera metallica attraverso cui passa calore. Prima di procedere a questo intervento è sempre opportuno eseguire lo striscio istologico (vd. Pap-test)

**endometrite:** infiammazione della parte interna dell'utero, o endometrio. E' frequente dopo aborti; si manifesta con perdite di sangue irregolari

**episiotomia:** taglio che viene praticato dal medico (al momento dell'espulsione della testa del feto) sull'estremità esterna della vagina, per evitare che venga lacerata. Oltre a facilitare il parto, è il miglior mezzo per evitare in seguito il prolasso uterino (vd. prolasso)

**erosione cervicale:** è la cosiddetta "piaghetta" sul collo dell'utero. Si tratta di una forma di cervicite (vd. cervicite). Si può curare con ovuli cicatrizzanti, ma di solito è necessario ricorrere alla diatermocoagulazione (vd. diatermocoagulazione)

**esame istologico:** esame microscopico che viene eseguito sui tessuti asportati con una biopsia (vd. biopsia), un raschiamento (vd. raschiamento) o un intervento chirurgico, per fare diagnosi esatte



**isterosalpingografia:** radiografia che si esegue in caso di sterilità, per vedere la forma della cavità uterina e la pervietà delle tube (cioè la loro funzionalità)

**isterectomia:** asportazione chirurgica dell'utero. Viene comunemente detta "totale" perchè viene tolto tutto l'utero (a differenza di quelle "subtotali" con cui si asporta solo il corpo uterino lasciando il collo). A seconda dei casi l'intervento può essere eseguito con una incisione sull'addome oppure attraverso la vagina (quindi senza cicatrici visibili.) Dopo questo intervento cessano le mestruazioni e non si possono avere gravidanze. Se non vengono esportate le ovaie, non si hanno i disturbi della menopausa.

**Laparotomia:** apertura della parete addominale

**leucorrea** perdite bianche; è il primo segno di una vaginite o di una cervicite (vd. vaginite e cervicite)

**metrite:** infiammazione di tutto l'utero (parete interna e muscolatura). Può essere causata da un aborto o da un parto

**menorragia:** alterazione delle mestruazioni, caratterizzata da un aumento della quantità, della durata del flusso mestruale

**metrorragia:** abbondante perdita di sangue al di fuori del normale ciclo mestruale

**perimetrite (o pelvi-peritonite):** infezioni del tessuto che sta intorno all'utero. Si manifesta con forti dolori

**prolasso uterino:** dopo un parto oppure in età avanzata si può avere il prolasso, cioè la discesa del collo uterino in vagina. A volte può anche essere visibile all'esterno

della vagina stessa: venendo a contatto con gli indumenti è soggetto a frequentissime infezioni. Questo disturbo può essere evitato come l'episiotomia (vd. episiotomia)

**raschiamento:** intervento eseguito in anestesia col quale si asporta, per mezzo di un piccolo cucchiaino, la mucosa che ricopre la parte interna dell'utero. Può essere fatto per fermare delle perdite di sangue molto abbondanti (raschiamento terapeutico), oppure per asportare del materiale da sottoporre a esame istologico (vd. striscio istologico)

**spermiogramma:** esame microscopico che si pratica sullo sperma per vedere il numero degli spermatozoi, la loro motilità e le loro caratteristiche

**stillicidio ematico:** piccole perdite di sangue al di fuori del flusso mestruale

**tampax:** nome commerciale di un tipo di assorbente interno comunemente usato. Si tratta di cotone idrofilo pressato, che viene inserito profondamente in vagina. Se la vagina è perfettamente sana (priva di infezioni) in genere non dà alcun disturbo. Lo può usare anche chi non ha avuto rapporti sessuali.

**salpingite:** infiammazioni delle tube. Si manifesta con dolori piuttosto forti al basso ventre. Può essere curata con antibiotici, ma qualche volta è necessario ricorrere a un intervento chirurgico, col quale si asporta la tuba malata

**striscio:** è l'esame che viene praticato strofinando l'estremità di una spatola sulla cervice uterina. Può essere batteriologico o istologico.

**striscio batteriologico:** è quello che viene eseguito per vedere quale germe o fungo causa una vaginite o una cervicite (vd. cervicite vaginite)

**striscio istologico (o Pap-test):** è quello fatto per vedere se non vi siano alterazioni tumorali a livello del collo dell'utero

**sterilità:** incapacità di concepire. Al contrario di quanto si pensa comunemente, la "colpa" del mancato concepimento non è sempre della donna, ma spesso è dell'uomo. Perciò gli esami per chiarire le cause vanno fatti da entrambi

tenendo ben presente che sono molto più semplici e indolori quelli effettuati sull'uomo.

**vaginite:** infiammazione della vagina che si manifesta con perdite bianche, bruciore e prurito. E' molto importante una diagnosi esatta (con lo striscio batteriologico) perchè la terapia varia notevolmente a seconda del germe o fungo in causa. E' quasi sempre opportuna una terapia anche per l'uomo, perchè anche se non lamenta disturbi è anche lui portatore del germe in causa, che si trasmette con il rapporto sessuale.

