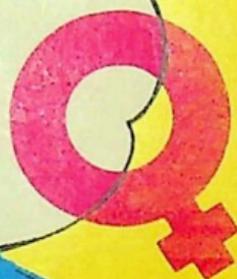


- Centro delle donne -

controcultura/10

manuale di autocura e autogestione aborto

E' IL MOMENTO DELLA
VERITA'!



Comune di Padova
Sistema Bibliotecario

ALF - SLD

Sez. 6

Sottosez.

Serie 7

Sottos.

Unità 134

PUV 55

Arusta 19a

STAMPALTERNATIVA

Controcultura 10

Stampa Alternativa

Manuale di autocura
e
autogestione aborto

Finito di stampare nel mese di luglio 1975 dalla  elc

SAVELLI

SLDB. 19. 134

Copyright 1975

Giulio Savelli editore srl - 00193 Roma - Via Cicerone, 44

Copertina: Alighiero

Comune di Padova
Biblioteche



Cod. Bibl. PUV 55

BIB. SBLO564808

INV. 1059238

Indice

7. Presentazione

PARTE PRIMA

9. Manuale di autocura

37. Gli anticoncezionali

PARTE SECONDA

48. Autotest di gravidanza

49. Metodi di aborto

56. Autoaborto

76. Varie

80. Mappa dell'aborto

Collana Controcultura

Supplemento a Stampa Alternativa

reg. Tribunale di Roma

n. 14276 del 24-12-1972

Direttore responsabile

Marcello Baraghini

PRESENTAZIONE

L'idea di questo libro è nata da un'esperienza da me avuta a Londra: lavoravo per Release, un gruppo che, tra le altre cose, si occupava di aiutare donne non inglesi ad abortire (l'aiuto consisteva nell'indirizzarle nelle cliniche giuste, nel sorvegliare che venissero trattate bene e che non venissero chiesti loro prezzi esosi, nello spiegare loro in che cosa consisteva l'operazione).

Dopo un po' che lavoravo lì, mi sono accorta che il problema principale delle donne italiane che abortivano con il nostro aiuto era la paura. Queste donne arrivavano a Release assolutamente terrorizzate, pensando di rischiare la vita. Poi tornavano, due giorni dopo, e mi dicevano "Se avessi saputo che era una cosa così semplice, veloce, indolore, senza rischi, non mi sarei preoccupata per niente. Che stupida che sono stata! "

Poi sono tornata in Italia, mi è sembrato che i tempi fossero maturi per far girare un po' di informazioni sull'aborto.

Informazioni che permettessero, da un lato, di capire quanto l'aborto praticato col metodo dell'aspirazione sia sicuro, indolore, veloce, senza conseguenze; dall'altro di sapere dove si può comprare una cannula Karman e, soprattutto, dove si può andare a imparare a "fare" il Karman. Quindi da un lato informazioni per tutte le donne, dall'altro informa-

zioni per le militanti che decidono di impegnarsi praticamente in questa battaglia.

E non è un caso che questo libro contenga solo informazioni e non un minimo di teoria, di ideologia, o comunque di prefigurazione di quello che potrà essere l'uso pratico e politico delle informazioni. La politica di Stampa Alternativa è sempre stata quella di far circolare informazioni, mai di dare una linea, men che meno "la" linea. Mi sembra ancora più appropriato in un caso come questo, in cui parliamo di un problema che solo e unicamente ai gruppi femministi, o comunque ai gruppi di donne, è dato gestire.

una compagna di S. A.

1° parte

Manuale di autocura

La prima parte di questo opuscolo è divisa in due paragrafi: Autocura e Anticoncezionali.

"Autocura" è la traduzione (fatta da Anna e Siria, femministe di Milano) di alcuni capitoli di "Circle One", la pubblicazione delle compagne americane delle Self Health Clinics. È la relazione di una esperienza compiuta in America che può essere molto utile come informazione e per dare indicazioni pratiche a chi vuole realizzare qualcosa del genere qui ed ora, il che speriamo avvenga al più presto. Vari gruppi femministi lavorano da tempo, infatti, su sessualità, corpo, medicina alternativa, portando avanti un processo di autocoscienza che è la base indispensabile per la liberazione delle donne e il punto di partenza per la creazione di cliniche autogestite e consultori, e per strappare la medicina, in generale, dalle mani dei padroni e dalla logica del profitto.

Se saremo consapevoli dei nostri desideri e del nostro corpo, di come funziona e di cosa gli può capitare, se saremo informate dei modi in cui evitare una gravidanza se non la desideriamo, potremo anche evitare di interromperla abortendo. L'aborto è un rimedio estremo, ed è sempre una violenza; ma, data la sua inevitabilità in alcune circostanze, abbiamo il diritto di esigere che venga fatto nella maniera migliore, la meno dolorosa fisicamente e psicologicamente, abbiamo il

diritto di non nascondersi, di non subire l'arbitrio dei medici pigs e le persecuzioni della polizia. La clandestinità dell'aborto arricchisce i medici del sistema e uccide le donne che non possono permettersi di arricchirli, oltre ad offendere fisicamente e psicologicamente tutte le donne. L'aborto libero e gratuito, come diritto di disporre completamente della propria vita sono un obiettivo privilegiato del movimento di liberazione della donna, in Italia ed altrove. Ma il vero problema non è tanto di ottenere una depenalizzazione che non muta i rapporti di potere, quanto piuttosto di riappropriarsi di informazioni, tecniche, strumenti, che permettano alle donne tutte, la gestione autonoma anche di questa importante eventualità della loro esistenza. Ecco perché, allora, "Aborto autogestito", che costituisce la seconda parte dell'opuscolo.

Manuale di autocura

BREVE STORIA

Le donne sono state probabilmente i primi dottori. Le arti mediche furono imparate e sviluppate in un primo tempo dalle donne come sbocco naturale della loro esperienza quotidiana. E' molto naturale che le donne, i cui corpi pulsano al ritmo della terra e della luna, siano state più vicine alla conservazione della vita che veniva dal loro stesso corpo. All'inizio gli uomini veneravano il potere delle donne di produrre la vita e la loro capacità di nutrire quella vita e di curarla quando cominciava a vacillare. Col tempo, la venerazione dell'uomo deve essersi trasformata

in invidia e a questo punto è stato l'uomo a impadronirsi delle arti mediche femminili: a servirsi delle applicazioni di erbe che le donne avevano scoperto. Ma poteri ottenuti sotto la spinta dell'invidia dovevano necessariamente essere usati con spirito di rivalsa e il nuovo medico avvolse la sua recente conoscenza nel segreto e incominciò ad esigere un pagamento in cambio delle sue prestazioni. Pagamento costituito da servilismo, ignoranza, rispetto incondizionato dei suoi poteri che ora apparivano addirittura divini.

Ma anche questi sfortunati sviluppi non riuscirono ancora ad impedire che la donna avesse il controllo del proprio corpo. Poiché gli uomini avevano ancora paura dei misteriosi poteri del corpo femminile, essi diedero origine a tabù e, a volte, a disgusto e odio. Le donne si assistevano durante il parto e per risolvere i problemi medici strettamente femminili e si tramandavano le loro conoscenze sulle tecniche di controllo delle nascite. Probabilmente era inconcepibile che gli uomini si occupassero di queste cose.

Verso la fine del XVII secolo, però, la situazione cambiò, con l'invenzione di un nuovo meraviglioso strumento atto a facilitare le "difficoltà" del parto. Con l'avvento del forcipe nacquero la ginecologia e l'ostetricia come scienze e insieme, ovviamente, la possibilità di trarne profitto.

Mentre prima le donne si mettevano nella posizione più comoda per loro, per partorire, ora venivano messe nella posizione più conveniente al medico: stese sulla schiena all'altezza degli occhi del dottore. (Nessun uomo si sarebbe mai abbassato abbastanza da aiutare una donna a partorire). Questa posizione rese l'uso del forcipe necessario in molti casi, dal momento che il parto in questa posizione innaturale per molte donne, lo rende difficile e doloroso.

Bè, questo è ciò che si chiama progresso. E man mano che il progresso avanzava inesorabilmente, le donne perdevano sempre più il potere sui loro corpi e gli uomini lo acquistavano. Si è giunte al punto che le donne non osano neanche mettersi un tampone senza ricorrere al parere del medico e tanto meno partorire da sole.

ESPERIENZE DI CLINICHE AUTOGESTITE

1. LOS ANGELES.

Negli ultimi anni però, questa tendenza delle donne ad affidare ad altri il controllo e la cura del proprio corpo, ha subito un'inversione per opera delle donne del Centro Femminista per la Salute della Donna di Los Angeles.

Scoperta la possibilità di autoesaminarsi e il bisogno di conoscere e controllare il proprio corpo, esse hanno incominciato a insegnare ad altre donne come compiere questo autoesame e a diffondere le loro conoscenze su come occuparsi della propria salute. Da queste prime esperienze sono sorte un po' dappertutto in America cliniche autogestite.

Le stesse donne hanno anche costituito una Clinica Medica per Donne dove tutte possono ricevere cure e trovare interessamento umano al loro caso, oltre a sviluppare un intenso programma di consulenza abortiva telefonica e ospedaliera e iniziato un certo numero di ricerche.

2. COLORADO SPRINGS.

Come donne abbiamo capito che il potere che una volta avevamo sui nostri corpi è andato perso e che siamo state costrette a dipendere dalla professione medica controllata dagli uomini e motivata dal profitto. Strappare dalle grinfie degli speculatori dell'industria medica il controllo dei nostri corpi, è un passo fondamentale nel processo di riappropriazione della nostra vita.

Nel giugno del '72, tre di noi andarono a Los Angeles e a S. Francisco per informarsi su quello che si stava facendo nei centri della Salute delle donne. Una tornò a L. A. per frequentare un corso di Autogestione della salute, quel che bastava per imparare le pratiche più semplici: poi se ne tornò con delle esperienze, qualche libro e una dozzina di "speculum" e così la settimana stessa a Colorado Springs si incominciò con le prime sedute di autoesame. Ci accorgemmo che paura e pudori svanivano mano a mano che acquistavano una conoscenza diretta del nostro corpo. Andò ancora meglio nei successivi incontri.

Con questa poca esperienza alla spalle mandammo sei donne alla conferenza nazionale di Medicina Autogestita nell'ottobre del '72 cui partecipavano donne provenienti da tutti gli Stati Uniti e dal Canada. Lo scopo della conferenza era di scambiarsi domande e informazioni sulla salute della donna e trovare il modo di diffondere l'idea dell'autogestione della salute a tutte le sorelle, il più rapidamente ed efficacemente possibile. Imparammo delle tecniche, guardammo diapositive e films, provammo a mettere in pratica quello che stavamo imparando in teoria e incominciammo a renderci conto delle meravigliose possibilità del Movimento. Per quanto riguarda la nostra organizzazione a Colorado Springs, abbiamo verificato che la cosa che funziona meglio è lavorare in tre cliniche ognuna con un piccolo gruppo di donne, di solito sei o dodici. Di fatto più che di cliniche si dovrebbe parlare di una specie di laboratorio messo su a casa di qualcuna di noi, dove si alternano visite e discussioni. Ci serviamo anche di una serie di diapositive che ci aiutano a spiegare quello che facciamo.

La prima seduta comincia sempre con uno scambio di esperienze sul sesso, la riproduzione, la fisiologia, da cui emergono molte paure, pregiudizi e risentimenti. Scopriamo così che ogni donna è stata almeno una volta nella vita maltrattata e curata malamente da qualche medico e che spesso questa è la regola generale. Un'altra scoperta fatta durante le discussioni è che quasi tutti condividono un senso di disprezzo e odio per se stesse. Indipendentemente da come siamo fatte, non siamo contente di noi: o siamo troppo grasse, o troppo magre; troppo vecchie o troppo giovani; abbiamo il seno troppo piccolo oppure cascante; i fianchi e le gambe non vanno mai bene. I modelli di bellezza che ci vengono imposti cambiano di anno in anno, cosicché quando finalmente arriviamo ad assomigliare al modello, questo è già fuori moda. Naturalmente questo ha creato in tutte noi un'insicurezza che si traduce in complessi e autosvalutazione. Al primo incontro ogni donna compra opuscoli o libri, uno speculum e tutto il necessario per fare un autoesame. Ogni

volta sono presenti almeno due donne che, avendo già partecipato alle tre sedute preliminari, si sentono già sicure delle pratiche di base e possono dimostrare al gruppo come usare lo speculum e farsi l'esame pelvico da sole. Se, per una ragione qualsiasi, una donna preferisce non partecipare, naturalmente è libera di non farlo, ma finora tutte sono state ben contente di provare.

Nella seconda seduta quasi tutte le angosce e i pudori spariscono: diventiamo capaci di osservare più cose durante l'esame (per esempio: cos'è un utero retroflesso, che differenza passa fra la cervice di una donna che ha avuto figli e una che non ne ha avuti; quali sono i normali cambiamenti di colore, forma e misura nella cervice). Durante questa seduta si discutono i materiali scritti distribuiti nelle sedute precedenti o qualsiasi altro argomento che ci interessi. Abbiamo visto che abbiamo molto da imparare le une dalle altre. Nella seconda o terza seduta si può incominciare a imparare a compiere l'autoesame del seno: mentre una legge le istruzioni ad alta voce, un'altra fa la dimostrazione pratica di quello che vien letto. Poi tutte le donne provano ad esaminarsi da sole il seno.

Al terzo incontro si può anche decidere che direzione il gruppo vuol prendere. Alcune possono ritenersi soddisfatte della nuova conoscenza dei loro corpi e della libertà e disinvoltura che gliene viene personalmente. Altre invece vogliono comunicare quanto hanno acquisito e renderlo esperienza comune, insegnando a loro volta in altri gruppi.

Il requisito fondamentale per questo tipo di insegnamento è di aver fatto l'esperienza attraverso la partecipazione in un gruppo, che è il mezzo migliore. Questo è il meccanismo per cui l'Automedicina si è diffusa così in fretta nel Colorado. Ogni singolo gruppo decide se continuare a vedersi e diventare un gruppo d'azione. O possono essere invece singole donne a mettersi in contatto con altre e continuare a estendere il movimento. Le donne possono scegliere fra diventare consulenti sui problemi d'aborto, mettere in piedi cliniche per donne, dare informazioni sui metodi contracce-

tivi, compiere le analisi di accertamento di disfunzioni, mettersi in contatto con altre donne per generalizzare le tecniche di autocontrollo medico, oppure far ricerche nell'ambito dell'intero campo dei problemi medici delle donne. E' essenziale che quelle che vogliono portare avanti nuovi gruppi si incontrino regolarmente per discutere su concetti particolarmente difficili e nuove tecniche da adottare, o per affrontare questioni irrisolte nel corso delle sedute, oltre che per mettere a punto azioni future e progetti.

Invitiamo anche persone capaci di darci informazioni utili, come ginecologi simpatici, infermiere, dottori vari. La nostra speranza è che, attraverso questo processo, si riesca alla fine ad eliminare la disinformazione ed a non cedere alla tentazione di mettersi in cattedra.

Un'altra possibilità sarebbe di unirsi alle donne del Centro della Salute di Los Angeles che tengono normalmente dei corsi estivi.

Anche ai centri della Salute di Oakland e di Santa Ana si tengono dei corsi.

ASPIRAZIONE DELLE MESTRUAZIONI

Un considerevole numero di donne molto volenterose e coraggiose, è deciso a portare avanti le ricerche sulla possibilità di aspirare il flusso mestruale. Innanzi tutto vogliamo chiarire i possibili malintesi riguardanti gli esperimenti che sono stati fatti con questi gruppi. L'aspirazione del flusso mestruale non è un eufemismo per aborto. Quando vogliamo dire aborto, lo diciamo.

Questo è un punto importantissimo che non deve essere male inteso se dobbiamo continuare a lavorare con tutte le donne. Dopo aver lavorato e studiato insieme, le donne del centro della salute, sono in grado di fornire informazioni utili sul metodo di aspirazione delle mestruazioni, che la maggior parte di loro pratica tranquillamente il primo giorno del periodo. E' stato riconosciuto che la politica di questo gruppo è di non permettere che una sorella senta dolore e che le precauzioni e la delicatezza che in questo caso hanno

un'importanza determinante, vengono adottate quasi istintivamente.

Lavorando in una delle cliniche autogestite piú avanzate, Lorraine Rothman vide che lo strumento che il gruppo stava tentando di usare, doveva essere perfezionato. Consisteva in una semplice siringa fatta in modo da creare il vuoto tirando indietro il pistone; un tubo di plastica e una sottile cannula di plastica fatta apposta. (Né il tubo né la cannula si possono trovare in un laboratorio o fra gli strumenti chirurgici. Sono fatti apposta da una grossa fabbrica di strumenti sanitari e venduti a prezzo molto alto).

Lorraine vide che la siringa causava facilmente un ritorno di aria e fluido nell'utero e perciò decise di inventarne una diversa. Il nuovo strumento ha questi vantaggi: 1) Permette di creare un vuoto stabile, senza problemi di inversione; 2) la siringa non deve essere costruita appositamente; 3) è provvisto di una serie di bottiglie comunicanti, cosa necessaria dal momento che il flusso mestruale varia da donna a donna. Lorraine si rese conto anche che bisognava procurarsi delle cannule fatte apposta, di qualità molto buona, semi-flessibili, che non si trovano in commercio, né si possono improvvisare con del materiale qualsiasi.

Questa invenzione si sta brevettando con il nome di "Del'Em", con la speranza che rimanga nel-movimento delle donne e che altre donne si sentano incoraggiate a lavorare per il movimento. La cannula semi-rigida, che è il componente critico del "Del'Em", chimicamente sterilizzata, può essere inserita attraverso la cervice, senza bisogno di dilatazione. La cannula si piega conformandosi alle pareti uterine senza rompersi né perdere la flessibilità, mentre non è dura in modo da danneggiare il tessuto dell'utero. Inoltre il diametro della cannula è abbastanza largo da rendere facile l'aspirazione del flusso mestruale. Le ricerche in questo campo avanzato sono condotte sotto la guida di personale medico in ambiente clinico, cosicché impariamo tecniche sotto un'attenta guida e in modo soddisfacente dal punto di vista della sterilità dell'attrezzatura, oltre a poter usare le cannule

speciali e solo quelle. Le donne si esaminano attentamente l'una con l'altra per determinare se la pratica di aspirazione è sicura per ognuna. Da questo modo imparano che solo un gruppo selezionato di donne può accettare tale pratica. La quale è sconsigliabile nei seguenti casi: utero piegato indietro e avanti; gravi infezioni; polipi; cicatrici estese; endometriti; utero doppio. Col lavoro delle cliniche autogestite siamo arrivate alla conclusione che una donna, da sola, non può mai sapere esattamente in che posizione si trovi il suo utero, né le altre controindicazioni.

La sorellanza significa sicurezza di avere un trattamento adeguato.

Inoltre, l'esperienza fatta con questo metodo di aspirazione ha dimostrato che il lavoro di gruppo, la collaborazione e la solidarietà rendono piú facile l'uso del dispositivo. Sarebbe assurdo pretendere di imparare il metodo di estrazione delle mestruazioni soltanto leggendo delle istruzioni scritte, come sarebbe impossibile imparare a guidare una barca da un manuale. Le donne delle cliniche autogestite hanno ormai capito che il movimento della medicina femminile autonoma può estendersi solo attraverso la solidarietà fra sorelle. Imparare dalle sorelle e insegnare loro a realizzare un completo controllo dei propri corpi è il significato del movimento. L'idea che ognuna si tenga la sua siringa chiusa nel cassetto contraddice la solidarietà fra donne, e la liberazione della donna. Se rimane un possesso privato di poche privilegiate, è l'intero movimento e la donna stessa a perderci.

I DOTTORI E LA MEDICINA AUTOGESTITA

Un risultato molto incoraggiante dalle nostre pratiche di medicina è che abbiamo ottenuto un maggior rispetto da parte dei dottori. Un ginecologo che non sia proprio un idiota si rivolgerà in modo intelligente piú a una donna che conosce il suo corpo e sa come funziona che a una che ne è completamente all'oscuro. Naturalmente all'inizio molti medici si sentono minacciati da un movimento come il nostro, probabilmente perché temono di perdere delle clienti. Paura

infondata per la maggior parte di loro, dal momento che uno dei risultati principali della nostra azione è di indurre le donne che hanno bisogno di un medico ad andarci prima di quanto siano solite fare. Con la differenza che adesso ci vanno con cognizioni che prima non avevano (che normalmente le donne non hanno). Per esempio, una donna alla sua prima seduta si è accorta di presentare quei sintomi che donne con maggiore esperienza hanno identificato come un'infezione cervicale (la cervice era rosso brillante invece che rosea). In quel periodo si stava curando per una infezione alla vescica, ma il suo medico, non avendola esaminata internamente, le aveva dato una medicina che, fra l'altro, non le alleviava nemmeno il dolore. Così, accompagnata da una sorella, il giorno dopo tornò e ottenne di farsi riesaminare dal dottore, il quale (nonostante il suo scetticismo) le diagnosticò una cervicite che poteva essere stata proprio la causa dell'infezione alla vescica, oppure essere un sintomo di una più grave infezione come la gonorrea. Anche se non possiamo diagnosticare e prescrivere cure, cioè, possiamo però abituare le donne a prestare attenzione al proprio corpo e ai suoi segnali. Questo è un esempio di come, coi metodi di autoesame si può evitare ai medici del lavoro superfluo e alle donne una spesa non necessaria. Dopotutto la classe dei medici dichiara di essere favorevole alla medicina preventiva.

Un'altra paura dei medici è che il movimento tenda a rompere la barriera tra pazienti e medici distruggendo il mito del "dottore". Paura che si manifesta quando tentano di spaventarci dicendo che potremmo farci male manovrando lo speculum e mettendolo in vagina. Invece secondo la nostra esperienza una donna smette di fare l'esame su se stessa o su un'altra donna al primo segno di dolore mentre i medici di solito non fanno altrettanto. Perché siamo noi a sapere cosa vuol dire subire un trattamento brutale o inesperto e non loro.

Un'altra paranoia dei medici è il bisogno di sminuire i nostri sforzi di rivendicare il nostro corpo: sembra ridicolo interes-

sarsi regolarmente a una cervice per loro che ne hanno viste migliaia. Gli pare che le informazioni che si possono ricavare "giocando al dottore" non siano attendibili né importanti. Dato che la maggior parte dei medici sono uomini, non possono capire cosa vuol dire vivere senza sapere quel che succede a una parte così importante del nostro corpo, una parte che ci è *accessibile* contrariamente a quanto vorrebbero far credere. Per i medici è essenziale mantenerci nell'ignoranza per mantenere il loro potere. Ci han sempre detto: "non ti farà male", e invece faceva male: "non è possibile che ti senta così" mentre ci sentivamo proprio così: "non è niente di grave" e invece lo era: adesso invece di dubitare di noi stesse, cominciamo a fidarci più di noi che di loro. Certo che questo ci mette a volte in situazioni spiacevoli; ma il disagio si può superare facendosi accompagnare da un'altra donna che fa le domande a cui non avremmo potuto pensare stando sdraiate con le gambe aperte davanti a uno che ci è ostile.

Questo aiutarsi reciprocamente nel confronto con un medico lo chiamiamo "difesa della paziente".

DIFESA DELLA PAZIENTE

L'"avvocato" della paziente serve come tramite fra il paziente e il sistema sanitario (burocrazia ospedaliera, medici che rifiutano spiegazioni, ecc.) e la sua preoccupazione è che la paziente conservi la sua dignità e tranquillità, oltre ad essere curata adeguatamente. Suo compito è anche assistere le persone che, in momenti di debolezza, si sentono sopraffare dalla macchina efficientistica e impersonale dell'istituzione medica. L'avvocato non si lascia impressionare né dalle frasi tranquillizzanti, né dall'autorità del "dottore" e dopo un certo periodo di esperienza sarà in grado di valutare le prestazioni del medico, di paragonare le tecniche, e i rimedi proposti e la sua buona volontà di collaborare col cliente, arrivando a intervenire sulla diagnosi e sulla terapia. Così il mito dell'"esperto" infallibile e insindacabile viene distrutto e si elimina la barriera fra coloro che si incaricano

della salute dei corpi e i proprietari di questi corpi stessi. Varie sono le tecniche da usare in difesa del paziente: andare dal dottore in due è la più semplice. Succede a volte di incontrare ginecologi ragionevoli che danno per scontato che noi siamo in grado di capire, attraverso una serie di esami, se dobbiamo andare o no a farci visitare, in modo da lasciarli più tempo per l'assistenza delle persone che ne hanno veramente bisogno. E risparmiamo anche. Noi incoraggiamo le donne a farsi fare lo striscio ogni anno, naturalmente, ma si potrebbe farlo attraverso le cliniche femministe, con personale volontario, pagando solo i costi di laboratorio. Gli strisci vengono poi mandati a un laboratorio dove sono esaminati da tecnici esperti.

Un dottore una volta, fu invitato ad una delle nostre sedute di autoesame e ci diede informazioni utili, ma non sempre siamo state così fortunate: altri medici ci hanno trattato in maniera ostile disapprovando apertamente quello che facciamo.

Una forma più avanzata di difesa del paziente è di entrare in qualche ospedale dove le donne, (specialmente se di bassa classe sociale) vengono trattate con assoluta mancanza di umanità e di rispetto.

Noi vogliamo imparare, dai medici in cui abbiamo fiducia, quali sono le procedure migliori per la paziente, per esempio nell'aborto, e poi pretendere che vengono usate per tutte le donne. Abbiamo la possibilità di assicurarci che ogni donna conosca i suoi diritti nel momento in cui viene ospedalizzata e non ne esca fuori sterilizzata contro la sua volontà o brutalmente mutilata. Molte donne hanno subito l'asportazione della mammella e a volte i loro muscoli pettorali sono stati danneggiati in modo da rendere difficili i movimenti delle braccia. E' provato che in molti casi basterebbe una operazione forse più difficile ma meno drastica per eliminare il cancro. E' tempo di pretendere che i medici si impegnino di più per salvare i *nostri* corpi.

Grazie all'intervento del Centro della Salute di Los Angeles, l'ospedale locale ha cambiato le sue tecniche d'aborto: i loro

avvocati infatti assistono le donne prima, durante e dopo gli aborti, consigliandole, dando le informazioni del caso e pretendendo dai medici le migliori prestazioni. Hanno indotto i medici a ridurre il diametro della cannula per aspirazione e conseguentemente la dilatazione cervicale e il dolore che ne deriva, oltre al rischio di aborti spontanei (e indesiderati) nelle gravidanze successive.

Il fatto di aver bisogno di questo avvocato è una conseguenza della perdita di controllo sui nostri corpi e sarà con l'aiuto e l'amore delle sorelle che riusciremo a tener testa ai medici anche da solo.

L'ESAME PELVICO CON DUE MANI (vedi tavola n. 1)

OCCORRENTE:

- 1) Un lettino o un tavolo solido.
- 2) Una fonte di luce intensa.
- 3) Crema o gelatina vaginale.
- 4) Un paio di guanti chirurgici.
- 5) Kleenex.
- 6) Uno specchio.

NOTA:

E' consigliabile che la persona che deve essere esaminata vuoti la vescica prima della visita.

ISTRUZIONI:

- 1) Una donna si sdraia sul tavolo con la parte inferiore del corpo esposta. Le ginocchia piegate all'indietro e flesse, piegate in modo da esporre l'area genitale.
- 2) L'altra donna mette i guanti chirurgici.
- 3) Lubrificare l'indice e il medio della mano inguantata.
- 4) Inserire in vagina le due dita lubrificate in una posizione a pistola.
- 5) Con una piccola esplorazione delicata si sente la cervice. E' dura come la punta di un naso: non c'è da preoccuparsi perché non fa nessun male alla paziente.

- 6) Con le due dita dietro e sotto la cervice in modo da tenerla bene, metter l'altra mano sul ventre, nella zona pubica e premere in modo da trovare il corpo dell'utero. Qualche volta esso è difficile da localizzare per diverse ragioni: a) obesità; b) posizione; c) se la pressione esterna non è sufficiente.
- 7) Se l'utero sembra più grosso di una prugna o di un limone, può darsi che sia una gravidanza o un tumore, per esempio nel caso che sia grande come un pompelmo o un'arancia; anche se qualche volta un utero di quelle dimensioni può essere normale.
- 8) Dopo aver determinato la misura dell'utero, sentite se è soffice e si muove facilmente. Fatelo muovere gentilmente per vedere se il movimento è causa di dolore; in questo modo si possono sentire anche gli eventuali rigonfiamenti.
- 9) Con le mani nella stessa posizione cercare ai lati dell'addome le tube e le ovaie. Quando la paziente avrà una fitta di dolore, saprete di aver localizzato le ovaie. La fitta è normale. Qualche volta si possono sentire tumori delle ovaie o delle tube, ma anche per il più esperto ginecologo ciò è difficile.
- 10) Ciascuna donna dovrebbe tenere una cartella con la sua storia medica ed una in cui annotare ciò che scopre durante le visite pelviche.

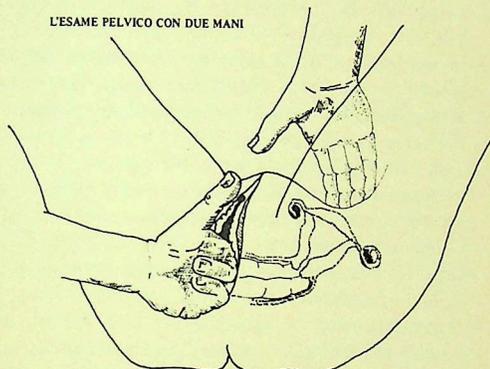
ESAME PELVICO CON SPECULUM (vedi tavola n. 2)

OCCORRENTE:

- 1) Letto o tavolo solido.
- 2) Speculum.
- 3) Crema o gelatina vaginale.
- 4) Specchio.
- 5) Lampada molto luminosa.
- 6) Cuscini.

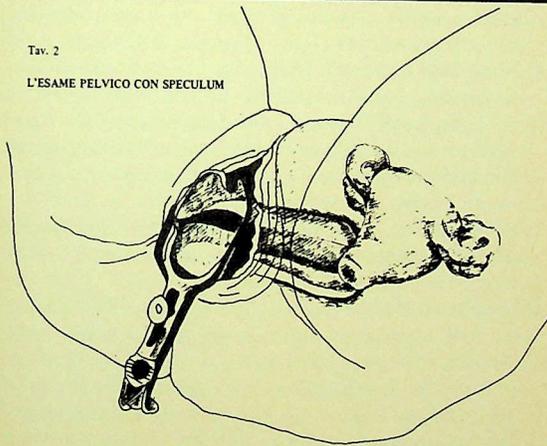
Tav. 1

L'ESAME PELVICO CON DUE MANI



Tav. 2

L'ESAME PELVICO CON SPECULUM



PROCEDIMENTO:

- 1) Dapprima sdraiarsi sul letto con la parte inferiore del corpo esposta, appoggiando la schiena sui cuscini in posizione semireclinata: le gambe aperte come sopra.
 - 2) Se non siete mancine prendete lo speculum nella mano sinistra, con il becco a sinistra, e inserite la mano destra tra le due sezioni del manico posto al di sopra della chiusura.
 - 3) Con la mano sinistra separate le labbra e con la mano destra, a palma in giù, il becco rivolto verso il corpo, inserire lo speculum nella vagina. Ruotare in su la maniglia finché non è perpendicolare al corpo. (Il medico, la ruota verso il basso perché gli è più comodo). Spostare le dita della mano destra e premere le due parti della maniglia insieme. Questo fa aprire il becco dello speculum e divarica le pareti della vagina. Premere col pollice la parte più esterna della maniglia finché non sentite un clic. Ora lo speculum è nella posizione giusta, con il becco aperto in modo da permettervi di vedere l'interno della vagina.
 - 4) Fate tenere a qualcuno lo specchio e la luce nella posizione giusta per vedere chiaramente l'interno della vagina.
 - 5) Se la vostra cervice non si vede, tirate lo speculum un po' fuori e poi spingetelo gentilmente dentro di nuovo, un po' più a sinistra o a destra, o più su o più giù, continuando a cercare finché non la troverete.
- (Nota: trovare la cervice può esservi difficile, ma l'esame pelvico compiuto con due mani vi può aiutare a localizzarla).
- 6) Quando avete finito di guardare la vostra cervice, tirate un po' fuori lo speculum aperto, prima di alzare il pollice per chiudere il becco. Se non fate così correte il rischio di pizzicarvi la cervice chiudendo lo speculum (il che però non fa niente a parte una piccola fitta): tirate del tutto fuori della vagina lo speculum chiuso.

(Nota: abbiamo spiegato passo per passo il procedimento degli esami usati nelle cliniche della salute, ma siamo convinte che queste cose devono essere imparate in grup-

po con donne già esperte come guida. Sconsigliamo di far uso di queste informazioni da sole).

CHE COSA E' LA NORMALITA'

Non siamo dottori che fanno diagnosi e propinano rimedi, vogliamo solo imparare ad essere attente ai nostri corpi e alle relative funzioni. Come non andremo a farci visitare la gola se non avessimo notato irritazioni e arrossamento, così non dovremmo andare dal ginecologo senza prima aver notato sintomi di anormalità alla vagina o alla cervice. La cervice è la parte dell'utero che ne forma la base: essa ha forma rotondeggiante e sporge nella vagina. Al suo centro c'è un orifizio che costituisce l'imboccatura dell'utero e che, in una donna che non abbia avuto figli, è piccolo e rotondo. La cervice aumenta in larghezza dopo un parto e l'orifizio assume l'aspetto di una fessura. La cervice cambia anche di forma, grandezza, colore e consistenza a seconda della varie fasi del ciclo mestruale, e siccome ogni cervice è unica e i cambiamenti sono molto soggettivi, ogni donna conoscerà i suoi personali, e sarà la sola a poterli conoscere così bene. Anche i ginecologi sono d'accordo nell'ammettere che se ci esaminiamo in modo sistematico, prendendo nota regolarmente delle variazioni cicliche normali, saremo anche in grado di accorgerci di modifiche anomale e di identificare i sintomi di gravidanza, di malattie veneree o infezioni vaginali. La cosa migliore è di tenere una tabella settimanale su cui segnare il risultato degli autoesami e le eventuali osservazioni su di essi. Per sapere che cosa non funziona bisogna sapere che cosa è normale nella donna: la salute autogestita si basa proprio su questo concetto di normalità, che è da scoprire. Una delle nostre ricerche punta sul riconoscimento delle differenze individuali che rientrano nella normalità. Non tutte le donne hanno l'utero nella stessa posizione, per esempio, e dalla posizione dell'utero dipende anche l'orientamento della cervice e della sua imboccatura. Una donna con l'utero lievemente inclinato in avanti (utero antiverso) o piegato in avanti (antiflesso) esaminandosi vedrà la propria cervice rivolta

verso il basso della vagina. Una che invece abbia l'utero un po' inclinato o piegato indietro (utero retroverso o retroflesso), lo vedrà spuntare dalla parete bassa della vagina orientato in su. Mentre la donna il cui utero è, come dicono i testi medici, posteriore, vedrà la propria cervice nel mezzo della vagina. Molte donne hanno l'utero inclinato a destra o a sinistra (laterale) e di conseguenza anche la cervice apparirà a destra o a sinistra della vagina. Tutte differenze che l'esame pelvico a due mani rivela, consentendoci di prevedere la posizione della cervice e facilitando il successivo esame con lo speculum.

Anche la misura dell'utero varia da persona a persona. Di solito le donne che non abbiano figli e che non siano incinte, esso è della grandezza di una grossa susina. Dopo cinque settimane di gravidanza, diventa circa come un limone, mentre fra l'ottava e la nona settimana raggiunge la grandezza di un'arancia e alla quattordicesima è come un pompelmo.

Per imparare in fretta a riconoscere al tatto la misura dell'utero, fate così: una donna si sdrai e ognuna provi a compiere il suo esame pelvico e a disegnare come è l'utero della donna esaminata, secondo lei. Quando tutte avranno avuto una visita e ne avranno fatte molte, confrontate i disegni. Siccome ogni cura è molto più efficace se si interviene subito, è importante imparare a riconoscere in fretta i segni di eventuali malattie, per non andare dal dottore quando ormai l'infezione è diventata grave e insopportabile. Ed è appunto questa capacità clinica uno dei maggiori risultati della nostra esperienza di gruppo.

Queste sono le parti da osservare e tenere sotto controllo regolare:

APERTURA CERVICALE: fare attenzione al diametro dell'apertura (è normale che aumenti un po' prima e un po' dopo il ciclo mestruale). Inserendo lo speculum avrà la tendenza a dilatarsi formando un alone rosso sul margine (viene chiamata anche "collo dell'utero").

CERVICE: osservare il *colore* (se è rosso c'è qualcosa di anormale), la forma (piatta, sporgente, ecc.): vedrete che

cambia durante il ciclo); la misura; la consistenza (se si rammollisce può essere il segno di qualche disfunzione); l'umidità; la posizione; l'orientamento; l'eventuale comparsa di foruncoli.

VAGINA: notare il colore, le macchie o punti, se fa male a toccare (nel qual caso forse c'è qualcosa che non va).

— **SECREZIONI:** come sono? Consistenti, fluide, solide, ecc. Che odore hanno? E che colore? (se bianche o chiare sono giuste).

— **PRENDETE NOTA DI OGNI SENSAZIONE** (prurito, bruciore, crampi, perdite, dolori di ogni tipo).

INFEZIONI VAGINALI

INFEZIONI FERMENTATIVE

Son dette anche Monilia, Candida, fungo. Molti di questi batteri e microrganismi vivono abitualmente nell'aria e nella vagina, ma in condizioni normali di equilibrio essi non hanno modo di svilupparsi fino a produrre infezioni.

Quando invece qualcosa interviene a turbare l'equilibrio batterico cambiando la composizione della flora vaginale, allora è facile che esse si manifestino. Naturalmente, alcune condizioni generali di debolezza organica facilitano il processo infettivo: una malattia di altro genere, una dieta sbagliata, la stanchezza che deriva dal non dormire abbastanza o da un super lavoro, stato anemico, esaurimento dovuto all'uso indiscriminato e continuativo di droghe, oppure certe medicine come il cortisone, gli antibiotici e perfino la pillola. Chi è incinta o ammalata di diabete è più soggetta a questo genere di infezioni, perché in entrambi i casi, il tasso di glicogeno presente in vagina aumenta. La ragione per cui prender droghe, antibiotici e altri medicinali in larghe dosi, magari per curarsi da un'altra malattia, produce le condizioni ideali al sorgere di infezioni vaginali, è che in questo modo si uccidono una serie di micro organismi che vivono permanentemente nella vagina, permettendo ad altri di svilupparsi enormemente fino a sfociare in sintomi fastidiosi. Con lo stesso meccanismo agiscono a volte le schiume da bagno e il sapone, che, in quanto basici, alterano la normale acidità

vaginale, che è un fattore di equilibrio batterico. Lo stesso dicasi per la pillola antifecundativa: diminuendo l'acidità dell'ambiente vaginale, crea la condizione più favorevole al moltiplicarsi di certi batteri. Anche la tetraciclina e il Flagyl, efficaci rimedi contro il Tricomonas (vedi sotto), possono favorire infezioni. D'altra parte le altre infezioni vaginali vanno curate *anche* perché hanno il risultato di modificare l'ambiente vaginale facilitando ulteriori infezioni dovute a diversi batteri. È raro invece prendere questo tipo di malattia in seguito a rapporti sessuali, ma se succedesse, allora è il partner che va curato, altrimenti continua a diffondere l'infezione nei rapporti seguenti.

Il clima caldo e umido è un fattore di sviluppo per i funghi (per cui è più frequente ammalarsi d'estate) come pure gli indumenti di nylon, che non permettono una sana traspirazione e non assorbono il sudore: meglio assai il cotone. Partorire nel momento in cui si ha questa malattia, porta a contagiare il figlio, il quale prenderà a sua volta una forma di infezione sulle labbra.

SINTOMI

- 1) Perdite vaginali: bianche, dense, a volte hanno odore di lievito di birra, possono sfioccarsi e prendere l'aspetto della ricotta.
- 2) Prurito alla vagina e qualche volta all'area genitale esterna. A volte il rapporto sessuale può essere doloroso.
- 3) A volte la vagina e l'area genitale esterna sono rosso brillante anziché rosee, del loro colore normale.
- 4) Orinare più spesso e avere dei bruciori dopo aver urinato.
- 5) Esaminando la vagina si nota il fungo sotto forma di macchie bianche. Al di sotto delle macchie la vagina è più rossa del solito, ruvida e irritata.

PREVENZIONE

- 1) Pulitevi cominciando dal davanti al dietro in modo che gli organismi presenti nel retto non raggiungano la vagina.
- 2) Portate biancheria di cotone o eliminate la biancheria. Asciugatevi bene, specialmente dopo il bagno.

CURA

- 1) Lo yoghurt, inserito nella vagina spesso basta a ristabilire l'equilibrio ambientale dei batteri, arrestando la crescita del fungo. Non usate lo yoghurt per le infezioni batteriche perché aggiungendo batteri, l'infezione peggiorerebbe.
- 2) Lavande acide: due cucchiaini di aceto in 3/4 di litro d'acqua, circa. Se la farete ai primi sintomi di infezione, è probabile che vada via. Non fatelo se siete incinte e tenete presente che la lavanda uccide anche i batteri normali.
- 3) Supposte o tavolette prescritte dal ginecologo (per le infezioni persistenti).
- 4) Non grattatevi e evitate i rapporti sessuali mentre avete l'infezione perché provochereste un'irritazione che vi farà male e causerà l'allargarsi dell'infezione.

I funghi ritornano spesso. Controllate che vi sia andato via del tutto da 4 a 7 giorni dopo la fine della cura. A volte non appare nessun sintomo fino alle mestruazioni, ma, poiché esse cambiano l'ambiente vaginale, dopo l'infezione può ricomparire.

Quando lo contraggono i neonati, il fungo si muove attraverso l'apparato digerente fino al retto: si cura con delle gocce messe sul punto delle labbra dove il fungo si manifesta.

TRICOMONAS

Il tricomonas è un parassita unicellulare presente nell'intestino, vagina e retto di molte donne e uomini, ma di solito non dà nessun fastidio. Si trasmette abitualmente per contatto sessuale, ma può annidarsi in indumenti umidi, come costumi da bagno, biancheria intima, asciugamani, dato che vive anche fuori dal corpo in ambienti caldi e umidi. Oppure passa dal retto alla vagina o con rapporti anali seguiti da coito senza che fra l'uno e l'altro il pene sia stato pulito, o pulendosi da dietro in avanti. Come si diceva prima, anche la pillola favorisce questa infezione, mutando il normale equilibrio vaginale e indebolendo le difese organiche.

Questo può succedere a qualsiasi età. Siccome la condizione più favorevole al riprodursi di questo parassita è costituita da

una diminuita acidità della vagina, una irrigazione (lavanda) con l'aceto, può bastare a guarire se fatto al primo manifestarsi del tricomonas.

SINTOMI

I sintomi principali del tricomonas nelle donne sono: perdite vaginali e bruciore nell'urinare e non solo nell'urinare. Altri sintomi sono: prurito, irritazione dolorosa, gonfiore e perdite di sangue dalle pareti vaginali. Se l'unico agente dell'infezione è il tricomonas, le perdite sono fluide, schiumose e di colore giallo verde. Se invece è un'infezione mista, cosa che succede spesso, queste perdite sono più dense e più bianche. Se esse sono molto abbondanti, l'irritazione e l'arrossamento raggiungono l'interno delle cosce. Poiché fra vagina e uretra (il canale attraverso cui fuoriesce l'urina) vi sono dei piccoli canali linfatici, il tricomonas può diffondersi all'uretra infettando anche il tratto urinario.

DIAGNOSI

La vagina è più rossa del normale e, a volte, presenta macchie rosse della grandezza di una capocchia di spillo anche sulla cervice, che sembrano punture di pulce.

CURA

Una tavoletta di Flagyl tre volte al giorno per 10 giorni per le donne e una due volte al giorno per gli uomini. Da studi recenti risulta che bastano tre giorni di cura, quindi si può smettere prima dei 10 giorni prescritti. Dal momento che di solito il tricomonas si contrae da un partner, anche lui o lei si devono curare. Dato che gli uomini non hanno sintomi, l'unico modo di sapere se ce l'hanno, è di aver avuto rapporti con una donna che ne mostra i sintomi.

Bisogna comunque curarsi entrambi nello stesso momento ed evitare i rapporti sessuali durante i primi cinque giorni di cura. Non si deve prendere il Flagyl in caso di malattie del sangue, del sistema nervoso centrale, o altre infezioni nello stesso tempo, né si possono prendere pastiglie di Flagyl (ma non c'è contrindicazione per le supposte) durante la gravidanza.

za, perché passa nel sangue del bambino, né durante l'allattamento, perché passa nel latte. Questa medicina blocca il metabolismo dell'alcool (impedisce che sia assorbito) per cui se bevete più di un bicchiere di birra o di vino al giorno, avrete nausea e vomito. Essa va presa lontano dai pasti in modo da renderne più rapido e facile l'assorbimento.

La ragione per cui bisogna evitare i rapporti sessuali è che il coito potrebbe spingere l'infezione fino nell'utero e nelle ovaie, con gravi conseguenze e inoltre è meglio che la vagina riposi, durante la cura. Non è raro che il Flagyl dia alle urine una tinta scura: altri effetti collaterali possibili sono: nausea, diarrea, crampi, giramento di testa, un gusto metallico in bocca, prurito, bocca e vagina asciutte e lingua impastata. Qualche volta alla fine della cura, dato che il Flagyl cambia la flora vaginale, può manifestarsi un'infezione da funghi. Se avete ancora perdite alla fine del trattamento, dovrete riesaminarvi o tornare dal dottore, perché potreste non essere guarite affatto oppure avere un'infezione da fungo. Comunque prima di riprendere la terapia a base di Flagyl bisogna aspettare sei settimane, perché il corpo deve avere il tempo di sostituire i globuli bianchi distrutti nel corso della cura precedente. Prima, durante e dopo questo trattamento dovette controllare il numero dei globuli bianchi, mentre nelle infezioni da fungo potete curarvi subito.

VAGINITI NON SPECIFICHE (BATTERICHE)

Si chiamano vaginiti non specifiche quelle causate da batteri invece che da funghi o da tricomonas. I molti batteri che vivono normalmente nella vagina detti flora vaginale sono necessari per mantenere un ambiente lievemente acido. Alcuni di questi batteri, come gli streptococchi, gli stafilococchi e quelli del colon, sono potenzialmente pericolosi, dato che modificazioni nell'ambiente vaginale possono causare infezioni della cervice o della vagina dovute all'uno o all'altro di essi. I mutamenti nell'acidità vaginale sono spesso il risultato di qualche altra infezione nel vostro corpo, di uno stato di generale indebolimento o di irritazioni derivanti da coiti con

una lubrificazione insufficiente: causa quest'ultima, di infiammazioni cervicali.

Una volta che si determini una qualche infiammazione, i batteri si possono riprodurre in quantità. Durante l'ovulazione, la mestruazione o la gravidanza, il PH della vagina diminuisce favorendo lo svilupparsi dell'infezione. Un modo per ristabilire la giusta acidità è fare lavande o bagni con una soluzione di acqua e aceto nelle proporzioni già dette. Se si interviene in tempo, ciò può essere sufficiente per bloccare l'infezione. Invece è sconsigliabile fare irrigazioni durante la gravidanza. Rapporti sessuali violenti, frequenti infezioni vaginali, o qualsiasi elemento che possa irritare o tagliare le pareti vaginali, creano un ambiente favorevole alla moltiplicazione batterica. Anche gli antibiotici uccidono una parte della flora necessaria e favoriscono infezioni.

SINTOMI.

Nelle infezioni non specifiche, le pareti vaginali sono coperte da uno spesso e abbondante stato di pus (i globuli bianchi che combattono l'infezione e le cellule morte). Esso può essere bianco o giallo e striato di sangue. L'infezione, se non curata subito, può estendersi all'uretra provocando un frequente bisogno di urinare accompagnato da bruciore, oltre a raggiungere le labbra esterne. Spesso, questo bisogno anormale di urinare, è proprio il primo sintomo dell'infezione (se una donna però si esamina regolarmente con lo speculum, si accorgerà della disfunzione prima che arrivi a questo punto). Altri sintomi comuni sono: dolori di schiena, crampi e rigonfiamento delle ghiandole addominali e inguinali. L'infezione si può diffondere all'utero e alle tube di Falloppio, per esempio attraverso un coito, che inoltre provoca un ingorgo di sangue che può facilitare il passaggio dei micro organismi nelle altre parti del corpo. Se non è curata, può causare la sterilità o aborto (se siete incinte), inoltre infezioni croniche possono determinare una crescita anormale delle cellule cervicali e rendervi più vulnerabili al cancro della cervice.

CURA.

Le vaginiti non specifiche si curano abitualmente con creme o supposte di sulfamidici da usarsi al mattino e alla sera per dieci giorni. Il Furacin (candele vaginiali) e la Betadine (lavanda e crema) possono essere usati da chi è allergico ai sulfamidici. Una candeletta di Furacin alla sera per 15 giorni, o un cucchiaino di soluzione di Betadine in 3/4 di litro d'acqua come irrigazione, seguita da una applicazione di crema. Bisogna continuare la cura per un ciclo mestruale completo e anche durante le mestruazioni. I rapporti sessuali sono da evitarsi durante i primi cinque giorni. Se la vaginite è cronica ci vogliono parecchi mesi prima che la cura abbia qualche risultato.

CERVICITE

La cervicite è una delle infezioni ginecologiche più comuni. Più del 50 per cento delle donne l'hanno avuta almeno una volta. Comincia come un'infezione batterica superficiale quando la cervice è irritata o lacerata: un parto, il contatto ano-vaginale, la scarsa resistenza alle infezioni dovuta a carenza vitaminica o l'irritazione causata da corpi estranei (come gli assorbenti) interni possono esserne la causa. E' anche possibile che derivi dalla gonorrea: infatti anche se gli antibiotici combattono la gonorrea, possono esserci dei batteri secondari che rimangono per mesi o anni e causano la cervicite.

SINTOMI

- 1) Arrossamento e infiammazione della cervice; lacerazioni o crescita anormale di cellule all'interno del canale cervicale. Nelle infezioni avanzate la produzione batterica può avvenire in un solco che circonda la bocca dell'utero.
- 2) Perdite: dense, di colore giallo-bianco e a volte striate di sangue; la loro consistenza varia durante il ciclo mestruale.
- 3) Mal di schiena, dolori al basso ventre, crampi, bruciore e frequenza nell'urinare, macchie tra i periodi mestruali.

CURA

La cervicite acuta (causata dalla gonorrea o da streptococchi) si cura generalmente con la penicillina. Irrigazioni praticate al primo manifestarsi dell'infezione possono bastare a fermare la crescita dei batteri. Altrimenti si ricorrerà ad antibiotici come il tricofurn, ma la cura può durare un paio di mesi. Sconsigliamo la cauterizzazione che costa molto e qualche volta è dolorosa anche se spesso viene prescritta dai medici che pensano di più alla loro parcella che alla paziente. Si potrà tenerla come estremo rimedio.

HERPES

L'herpes, o creste di gallo, si manifesta all'esterno della vagina. E' un virus che a volte si propaga anche nel retto causando grossi problemi se non viene curato tempestivamente. Di solito si contrae quando si hanno abbondanti perdite vaginali a causa di un'altra infezione, che irritano la superficie esterna della pelle.

SINTOMI

Sulle labbra esterne della vagina sono visibili della specie di verruche molli, lisce, umide che ricordano un cavolfiore. Perdite, dolori o irritazioni possono non essere presenti.

CURA

L'herpes dura da 7 a 14 giorni e una volta incominciato deve completare il suo corso. La cosa importante è impedire la diffusione delle creste di gallo. A questo scopo bisogna ungerne con vasellina o con un altro unguento lievemente antisettico la superficie della pelle vicina alle creste (surfacaina o mupercaina). Per alleviare il dolore e il fastidio è sufficiente stare per 10-15 minuti in un bagno caldo. Per quanto riguarda la cura vera e propria delle creste di gallo, qualsiasi pomata antibiotica va bene.

ESAME DELLE MAMMELLE (tav. 3)



- 1) Mettetevi sedute o in piedi davanti allo specchio, le braccia abbandonate lungo i fianchi e osservate se ci siano cambiamenti di misura, forma o contorno del seno: se la pelle è corrugata o increspata; se ci sono cambiamenti sulla superficie dei capezzoli. Premete gentilmente i capezzoli per vedere se fuoriesce del liquido.



- 2) Con le braccia in alto osservate le stesse cose. Notate le differenze dall'ultima volta che vi siete esaminate.



- 3) A questo punto provate a vedere se c'è un rigonfiamento o un ispessimento. Sdraiatevi sul letto, mettete un cuscino o un asciugamano sotto la spalla sinistra e la mano sinistra dietro la testa. Con la destra premete la mammella eseguendo un movimento circolare per sentire la parte superiore, più interna della mammella sinistra, cominciando dal-

l'osso e procedendo verso il capezzolo. Sentite anche l'area intorno al capezzolo.



- 4) Nello stesso modo sentite la parte interna piú bassa del petto. Incidentalmente sentirete in questa zona un bordo di tessuto piú duro. Non allarmatevi perché è normale.



- 5) Ora portate il braccio sinistro lungo il fianco e con il palmo della mano destra toccatevi sotto l'ascella sinistra.



- 6) Con la stessa leggera pressione sentitevi la parte superiore e piú esterna della mammella sinistra, dal capezzolo al braccio.



- 7) Infine sentitevi la parte inferiore esterna del petto andando dall'esterno al capezzolo.



- 8) Ripetere lo stesso procedimento sulla mammella destra, con la mano sinistra.

Gli anticoncezionali

Gli anticoncezionali sono mezzi chimici o meccanici che impediscono l'incontro dell'ovulo con lo spermatozoo. È impossibile dire qual è il migliore, o dare delle indicazioni buone per tutte. Siccome ogni donna è un individuo a sé, e ha delle reazioni individuali a ogni cosa, quindi anche gli anticoncezionali, ci sono donne che si trovano benissimo con mezzi che ad altre fanno malissimo, e viceversa. Per cui tutto quello che possiamo fare è suddividere gli anticoncezionali in "consigliabili" perché hanno il margine di sicurezza alto e perché *alla maggioranza delle donne* non danno disturbi, e "sconsigliabili" perché il margine di sicurezza è basso o perché danno effetti collaterali spiacevoli *alla maggioranza delle donne*. Però non esiste niente di definito, l'unico consiglio sicuro che possiamo dare nella scelta dell'anticoncezionale è di provarli tutti finché si trova quello che va meglio.

METODI CONSIGLIABILI

LA PILLOLA

Come agisce: impedisce l'ovulazione perché contiene degli ormoni simili a quelli prodotti durante la gravidanza quando è necessario che nessun altro ovulo sia fecondato).

Come si prende: una al giorno per tre settimane a partire dal

quinto giorno dall'inizio della mestruazione. Mettiamo che la mestruazione venga il 2 marzo: il 6 si prende la prima pillola e si continua fino al 26 (quindi se ne prendono 21): dopo qualche giorno ritorna una specie di mestruazione. Meglio usare le pillole con meno ormoni, che fanno meno male alla salute e sono ugualmente efficaci: guardare il dosaggio in progestinico (non deve superare 1 mg. a pillola e in estrogeno (non deve superare 0,05 mg.).

La pillola va presa sempre piú o meno alla stessa ora, cosí è anche facile ricordarsi. Se mai ci si scordasse, il giorno dopo se ne prendono due, una al mattino e una alla sera.

Già alla *prima* pillola presa, non si resta incinte.

Attenzione: se dopo le 21 pillole la mestruazione non arriva, si ricomincia a prendere un'altra serie di pillole dopo l'intervallo di 7 giorni.

Mettiamo che una mestruazione sia venuta il 2 marzo e che il 26 siano finite le pillole: se il 2 aprile non arriva la nuova mestruazione, allora si ricomincia lo stesso con le altre 21 pillole. Chiaro?

Per quanto tempo si prende: intanto, bisogna controllare la situazione salute regolarmente, non passare anni senza andare dal dottore. Infatti la pillola fa effetti diversi a seconda delle persone e non è sempre possibile prevederli. Alcune possono andare avanti a lungo senza danni, altre debbono smettere spesso: in generale, dopo un anno, un anno e mezzo è meglio interrompere per un paio di mesi almeno, durante i quali però - attenzione! - si è piú feconde di prima.

Svantaggi: occorre la ricetta medica per comprarle.

Occorre farsi una serie di esami prima, perché ci sono parecchie controindicazioni: chi soffre di fegato, ha difficoltà di circolazione, ha tendenza alle cisti ovariche, al diabete, ha perdite di sangue fra una mestruazione e l'altra, ha le vene varicose, ha la pressione alta, *non può prenderla*. Inoltre dà spesso qualche disturbo come nausea, gonfiore ingrossamento del seno, ecc. Questi disturbi variano molto da persona a persona e a volte mancano.

Bisogna notare però, che anche quando non si verifica

nessuna delle condizioni nominate qui sopra, *prima*, esse possono verificarsi *dopo* un certo periodo di uso della pillola: quindi è *indispensabile* controllare periodicamente il proprio stato di salute. Soprattutto stato di: sangue, urine, seno. *Richiedete* questi esami anche se il medico non ci ha pensato.

Vantaggi: è l'unico mezzo che ha una efficacia assoluta (100 per cento). È facile da prendere (se non si è troppo distratta). Non occorre tener dietro all'orologio. Non occorrono manipolazioni.

Idee false: la pillola è l'anticoncezionale piú famoso, ma sono state dette molte cose sbagliate su di essa.

Non è vero che sia la soluzione ottimale per tutte: abbiamo visto che molte non possono prenderla, o devono smettere dopo un po', hanno dei fastidi mentre la usano (specie all'inizio).

Però non è neanche vero che faccia nascere figli deformati, che chi la usa si rovina, che fa passare il desiderio sessuale (semmai questo è un effetto mentale) che fa nascere solo gemelli, ecc.

È vero che c'è molta strada da fare, ancora, per arrivare a una soluzione soddisfacente in assoluto. E che le ricerche scientifiche si sono sempre orientate verso i mezzi femminili, lasciando perdere la possibilità di un corrispondente maschile della pillola per esempio. È anche giusto dire che, siccome la pillola è prodotta da grandi ditte farmaceutiche, che hanno investito miliardi, non sempre ci si può fidare di quello che viene detto ufficialmente, delle relazioni mediche, ecc., perché non sempre sono disinteressate. È successo che si cercasse di nascondere alcuni svantaggi della pillola, per venderne di piú.

D'altra parte anche la campagna denigratoria contro la pillola non sempre ha delle basi scientifiche e a volte ha avuto ed ha motivi ideologici e moralistici, per scoraggiarne l'uso, anche a chi non aveva niente da temere. In conclusione, ripetiamo che la pillola funziona, ma la sua "pericolosità" è soggettiva e perciò ognuno deve vedere se fa al caso suo o no.

Prezzi: modici: dalle 1.300 (confezione da un mese) alle 2.900 (confezione da tre mesi) circa.

LA MINIPILLOLA

E' composta da un solo ormone (progesterone) in dosi basse, per cui incide di meno sull'equilibrio generale. Ha infatti un'azione di restringimento dell'imboccatura dell'utero e di ispessimento del muco cervicale, cosicché gli spermatozoi faticano a entrare (effetto meccanico con mezzo ormonale, quindi).

Uso: si prende una tutti i giorni, cominciando dall'ultimo della mestruazione, senza smettere mai.

Vantaggi: è meno dannosa della pillola, cioè si prende con meno esami e precauzioni. Va bene per le più giovani, e per quelle che non possono prendere l'altra. Non c'è necessità di interrompere, come invece per la pillola.

Svantaggi: non ha una sicurezza assoluta (da 2 per cento a 6 per cento di gravidanze). E' più recente, quindi ancora in fase sperimentale.

A volte produce perdite intermestruali o mancanza di mestruazioni. Occorre la ricetta medica.

IL DIAFRAMMA

Il diaframma è un mezzo meccanico costituito da una calotta di gomma con il bordo flessibile da inserire nella vagina in modo da coprire la bocca dell'utero e impedire l'ingresso degli spermatozoi. Esiste in varie misure ed è importante conoscere la propria (la misura il ginecologo). Deve essere sempre usato insieme a una crema spermicida.

Le istruzioni per inserirlo sono nella confezione. Si compra senza ricetta in farmacia: costa presso l'AIED L. 1.500 (più L. 3.000) di visita) e come minimo L. 3.500 fuori.

Efficacia: se usata con la crema è del 90 per cento (cioè molto alta).

Controindicazioni: particolare posizione dell'utero (lo dirà il medico).

Dopo un parto o variazione importante di peso (5 KG.) o

intervento chirurgico o comunque dopo un anno controllare la misura. Il diaframma si mette non oltre due ore prima del rapporto e va tolto *non prima di 8 ore dopo*. Nel caso che si voglia avere un altro rapporto prima delle otto ore, basta inserire dell'altra crema, senza spostare il diaframma (ogni confezione di crema contiene una cannula apposta).

I.U.D. (O SPIRALE UTERINA)

Lo I.U.D. agisce a livello dell'utero impedendo l'insediarsi dell'ovulo, anche se è già fecondato. E' un piccolo oggetto (di forme varie) di plastica o rame che viene inserito da un medico all'interno dell'utero. Non c'è bisogno di metterlo e toglierlo a ogni rapporto: esso viene inserito per un periodo indeterminato.

Efficacia: altissima (solo 3 per cento gravidanze).

Controindicazioni: infiammazioni genitali.

Svantaggi: possibilità di irritazione o espulsione spontanea e inavvertita. (Lo I.U.D. termina con due code di nylon che servono sia al medico per estrarlo, sia alla donna per controllare che sia a posto. E' particolarmente indicato per donne che abbiano già avuto una gravidanza. E' consigliabile farsi visitare una volta ogni sei mesi: se non si avvertono fastidi si può andare avanti a usarlo anche per tre anni consecutivi.

IL PRESERVATIVO

Sacchetto di materia plastica arrotolata, contenuto in una bustina. Confezione e prezzo variano.

Uso: si infila sul pene in erezione, per impedire che lo sperma entri nella vagina (mezzo meccanico) al momento della eiaculazione.

Va maneggiato con attenzione per non strapparlo. Il pene va tolto dalla vagina prima di perdere completamente l'erezione, tenendo fermo il bordo del preservativo, che va gettato e sostituito prima di un altro rapporto.

Efficacia: se si usa nel modo giusto, abbastanza alta. Meglio usarlo insieme a creme vaginali spermicide, comunque. Si compra senza ricetta. Costa poco. Utile in caso di malattie veneree.

Svantaggi: psicologici (comporta un'interruzione del rapporto per metterlo). In certi casi diminuisce leggermente la sensibilità locale.

METODI SCONSIGLIABILI

METODO OGINO-KNAUS

Consiste nell'astenersi dal rapporto durante il periodo fecondo, che si calcola in questo modo: per almeno 12 cicli mestruali si prende nota del giorno di inizio della mestruazione, per ottenere la durata media del ciclo. Siccome i giorni fecondi sono a metà ciclo (e sono in media 8, tra l'undicesimo e il diciottesimo), tutti quelli che vengono prima e dopo sono sterili.

Dal numero dei giorni del ciclo piú breve si sottrae 18 e si ottiene il primo giorno fecondo; dal numero dei giorni del ciclo piú lungo si sottrae 11 e si ottiene l'ultimo giorno fecondo. Mettiamo che il ciclo breve sia di 24 giorni e quello lungo di 34: 24 meno 18 uguale 6: 34 meno 11 uguale 23. Quindi i giorni fecondi vanno dal sesto al ventitreesimo del ciclo.

Dato che per molte ragioni imprevedibili (viaggio, cambiamento di clima o alimentazione, medicinali, malattie, stress, variazioni importanti nell'attività sessuale, ecc.) i cicli possono cambiare improvvisamente, questo metodo è uno dei meno sicuri.

RILEVAMENTO DELLA TEMPERATURA BASALE

La temperatura interna del corpo cambia durante il ciclo: essa aumenta durante e dopo l'ovulazione, cioè quando l'ovulo si stacca dalle ovaie. Il periodo sicuramente sterile comincia dal terzo giorno di temperatura alta e va fino alla fine del ciclo. La misurazione è piú precisa se presa con un termometro "ostetrico". Si compra in farmacia senza ricette e costa circa L. 4.000. Nella confezione si trovano tutte le istruzioni e un calendarietto per segnare le temperature giornaliere.

L'efficacia è alta però bisogna prender nota per sei mesi

prima di avere la sicurezza. In questi sei mesi bisogna rilevare la durata del ciclo piú corto e in quale giorno è avvenuta l'ovulazione, iniziando dal primo giorno del flusso. Stabilito il giorno dell'ovulazione bisogna sottrarre 5; per esempio, giorno dell'ovulazione quattordicesimo: 14 meno 5 uguale a 9. In questo anche i primi 9 giorni sono INFECONDI. In caso di febbre il grafico mensile non è valido.

Inoltre la temperatura interna può variare anche per altri motivi.

TES-TAP

È una striscia di carta che si compra in farmacia liberamente e cambia colore (inserendola in vagina) verso la metà del ciclo. Serve dunque per determinare quando è avvenuta l'ovulazione. Siccome però il cambiamento di colore si verifica anche per altri motivi, non c'è da fidarsi.

MEZZI CHIMICI LOCALI

Che siano in forma di creme, spray, compresse, supposte, servono ad uccidere gli spermatozoi. La loro sicurezza è, però piuttosto bassa (intorno al 40 per cento), perché non si può essere sicuri che tutti gli spermatozoi vengano neutralizzati e non ne entrino nell'utero. Tuttavia sono facili da usare e non presentano effetti secondari. Si comprano in farmacia senza bisogno di ricetta e costano dalla 1.000 alle 2.000 lire. Alcuni nomi: Patentex, Ortho, Delfen, Bioxil spray, Eros (compresse), Taro Cap, Rendel (supposte).

Si introducono in vagina circa dieci minuti prima del rapporto che non deve avvenire oltre un'ora dopo.

LE LAVANDE VAGINALI DI QUALSIASI TIPO SONO EFFICACI COME MEZZO IGIENICO MA NON HANNO ALCUN EFFETTO ANTIFECONDATIVO.

INTERRUZIONE DEL COITO

Uno dei mezzi piú antichi del mondo. Consiste nel togliere il pene poco prima della eiaculazione, versando perciò lo sperma fuori dei genitali della donna.

Efficacia: scarsa, perché un po' di sperma esce anche prima di

quando uno se ne accorge dell'orgasmo: basta l'eccitazione. Così si può restare incinte lo stesso, in molti casi. Ha poi lo svantaggio di richiedere un'attenzione continua e una brusca interruzione, spiacevole specie per la donna.

METODI IN VIA DI SPERIMENTAZIONE

LA PILLOLA DEL GIORNO DOPO

Si prende entre 36 ore dal rapporto avvenuto. Per quel che si sa adesso, è efficace ma dannosa all'organismo. Si attendono maggiori informazioni.

LA PILLOLA ACCUMULATA

E' un'iniezione normale con dentro tanti ormoni quanto ne bastano per uno, tre e anche sei mesi. Come dire la maxipillola. E' efficacissima, ma con effetti laterali molto pesanti. E' in commercio.

LA PROSTAGLANDINE

Ancora peggio come effetti a lato; e poi non sono in commercio.

LA PILLOLA MASCHILE

Pare esista già in Francia e funzioni benissimo: c'è chi l'ha provata con successo, ma si ignora come e dove trovarla là; figuriamoci in Italia. E' l'unica ricerca in cui le case farmaceutiche e i loro laboratori abbiano preso in tanta considerazione il fatto che l'uso di questo ritrovato possa causare malanni in chi la usa: scrupoli mai avuti quando si tratta di produrre un sacco di altre medicine e della stessa pillola femminile. Un medico ci disse una volta che le ricerche erano state sospese perché "si sospettava" che la pillola maschile "potesse essere dannosa per l'uomo". Anche la ricerca scientifica obbedisce a un'ideologia antifemminile, perciò.

METODI DRASTICI

LA STERILIZZAZIONE MASCHILE

Consiste in un'operazione di taglio dei canali che portano lo

sperma nel pene. Si pratica in anestesia locale ed è semplicissima.

Il rapporto sessuale resta uguale, con erezione ed eiaculazione, solo che il liquido non contiene spermatozoi. (Dopo tre mesi: prima ne contiene). Ha lo svantaggio di essere raramente (per ora) reversibile e di essere vietata in Italia.

2° parte

Manuale di autogestione aborto

L'aborto, sia legale che illegale, è in uso in molti paesi come un metodo per controllare le nascite. Non è un metodo consigliato, ma purtroppo per molte donne rappresenta il solo metodo per regolare la propria famiglia. In un paese come l'Italia, nel quale l'informazione sugli anticoncezionali è limitata alle donne "con una cultura" (il che vuol dire di una certa classe sociale), è inevitabile che l'aborto venga usato come anticoncezionale. Non è un caso che sono proprio le donne proletarie, le baraccate, le operaie, le contadine, quelle che raggiungono i record dell'aborto: mentre la borghesia laureata, che prende la pillola, ricorre all'aborto al massimo una-due volte nella sua vita. Non esiste alcun dubbio che una contraccezione bene attuata sia sempre preferibile all'aborto come mezzo di regolazione delle nascite.

Ma in ogni caso non si può prendere in considerazione l'aborto almeno come metodo per far fronte a una situazione di emergenza.

L'aborto consiste nell'espulsione o nella rimozione dei prodotti del concepimento entro le 28 settimane di gravidanza, tempo in cui il feto è generalmente considerato come atto a vivere.

Autotest di gravidanza

Primo problema: come fare a sapere se si è incinte, o se si tratta solo di un ritardo mestruale.

La cosa migliore da fare, se si hanno pochi soldi e una certa esigenza di fare le cose "in privato" è andare in farmacia e comprare il *Predictor*, che è una scatoletta contenente un aggeggio che vi permette di fare l'analisi di gravidanza in ca. Le istruzioni sono naturalmente scritte sulla scatola, ed è molto facile da usare. Bisogna raccogliere un po' di urina al mattino presto, prima di mangiare, e metterla nell'aggeggio-Predictor (attenzione: se raccogliete l'urina in un contenitore prima di metterla nel Predictor, dovete stare attente che deve essere pulito, ma è meglio lavarlo con acqua semplice il giorno prima, perché sia i residui di acqua che di sapone modificano i risultati del test).

Se il test dà risultato negativo, è meglio ripeterlo dopo una settimana (anche perché questi test, tra l'altro danno risultati sicuri solo dopo dieci-quindici giorni di ritardo) se dà risultato positivo è meglio ripeterlo subito (il giorno dopo) facendolo fare però in un laboratorio di analisi. Ricordatevi che questi test, come tutte le menate mediche, danno affidamento solo al 70 o 80 o 90 per cento, mai al cento per cento.

Ricordatevi due cose:

primo se fate il test tre o quattro volte e il risultato è sempre negativo e le mestruazioni si ostinano a non venire, andate di corsa da un ginecologo, perché può darsi che non vi vengano per qualche malattia.

Secondo, se prendete la pillola, è normale che ogni tanto le mestruazioni non vi vengano (ma state attente a prenderla ogni giorno!).

Il Predictor si trova in tutte le farmacie. Se qualche farmacista codino e super-moralista non ce l'ha o vi dice che non sa cos'è, cambiate farmacia. Se abitate in un paese andate nella città più vicina. Costa 3.500 lire.

Metodi di aborto

Dipendono soprattutto dal *tempo* cioè da quanto tempo siete incinte: quando l'embrione ha un mese è una minuscola massa di tessuto, simile a un coagulo di sangue. Alla fine del primo mese ha circa le dimensioni di un piccolo pisello. Alla fine del secondo mese, l'embrione in crescita (che ora si chiama feto) è una fragilissima massa lunga pochi centimetri, che agisce come un parassita nel corpo della madre.

Più presto si fa l'aborto, meglio è: perché, ovviamente, è molto più facile, meno dannoso e meno traumatico asportare un pisello dalle forme ancora non visibili, che un feto di cinque mesi già formato e, soprattutto, grosso. L'ideale è fare l'aborto entro i primi tre mesi.

NOTATE BENE: in questo libro abbiamo adottato il modo di calcolare la gravidanza usato in Inghilterra, dove, invece di contare la durata della gravidanza a partire dalla fecondazione, la si conta a partire dall'ultima mestruazione. Per cui se le ultime mestruazioni le avete avute sei settimane fa e siete ormai sicure di essere incinte, allora calcolate di essere incinte di sei settimane.

TECNICHE DI ABORTO NON DANNOSE

1. LA PILLOLA DEL GIORNO DOPO

Prima di tutto se vi capita di avere un rapporto "selvaggio" a metà mese (vi siete dimenticate di prenderé la pillola, avete lasciato il diaframma a casa, oppure altro) potete, il giorno dopo, andare da un medico compagno, o femminista, o simpatizzante o semplicemente amico vostro, e farvi dare la pillola del giorno dopo.

Attenzione: non fatelo spesso, perché ripetuto spesso fa malissimo. Fatto una volta ogni tanto fa, ovviamente, meno male di un aborto (anche al portafoglio). Ma se la gravidanza si instaura e va avanti lo stesso (questo metodo non è sicuro al 100%) allora dovete abortire per forza, perché questo tipo

di medicina (sono estrogeni) presa durante la gravidanza provoca il cancro vaginale nelle neonate. Non provoca niente nei neonati, ma se vi sentite di rischiare...

Un'altra cosa tipo pillola del giorno dopo è l'iniezione di *Emmenovis* (fatta sempre dal medico simpatizzante).

Un metodo empirico è prendere la pillola (sì, quella che prendete normalmente, venti o ventun giorni al mese, per non restare incinte) per tre giorni, una al giorno, a partire dal giorno dopo il rapporto.

Se le mestruazioni non compaiono due, tre giorni dopo i tre giorni di pillola, siente nei guai!

2. ESTRAZIONE MESTRUALE

Entro due settimane dal ritardo mestruale (cioè tra la 4^a e la 6^a settimana dopo l'ultima mestruazione). Attenzione: i test di gravidanza non danno risultati sicuri in questo periodo, per cui questa operazione viene compiuta prima di sapere se si è incinte o no, tutto quello che si sa è che si ha un ritardo mestruale. *Il che significa che quello che si fa non è un aborto in senso legale (nessuno può provare che la donna è incinta) ma un'operazione che fa venire le mestruazioni che sono in ritardo.*

In questo senso l'estrazione mestruale può essere una gran paraculata per fregare i signori della legge, però nessuno ha ancora provato a portare in tribunale un caso del genere e a vedere cosa succede.

Vogliamo provare?

L'estrazione come tecnica funziona esattamente come l'aborto per aspirazione (vedi sotto).

3. ABORTO PER ASPIRAZIONE

Entro tre mesi (12 settimane dall'ultima mestruazione). L'Aborto per aspirazione è la tecnica medica oggi più usata nei paesi meno arretrati del nostro per interrompere una gravidanza. Spiegheremo la tecnica più diffusamente nel capitolo successivo, ma a grandi linee si può dire che funziona così: si dilata il collo dell'utero (che è il punto di passaggio tra la vagina, organo accessibile alle mani e agli

strumenti medici, e l'utero, che è interno, ma tramite questa dilatazione può essere raggiunto senza tagliare niente) con delle cannule di plastica, ognuna leggermente più grande della precedente. La dilatazione che occorre per abortire con questo metodo è minima, in certi casi non si fa addirittura.

Finita la dilatazione (se occorre) si inserisce dentro l'utero un tubo di plastica collegato a una pompa. La pompa aspira e succhia il tessuto fetale dalle pareti dell'utero. Eccetto per i crampi all'utero, che non sono più forti di quelli normali che si hanno durante le mestruazioni, il procedimento è praticamente indolore. Questo soprattutto perché la dilatazione richiesta è molto minore che per il raschiamento, e la parte dolorosa del procedimento è proprio la dilatazione. Inoltre con questo metodo di aborto si può evitare l'anestesia locale, che è meno costosa tra l'altro. Se poi la donna che abortisce è particolarmente calma e rilassata, si può evitare del tutto l'anestesia (il che è molto indicato se si vuole sapere cosa succede al proprio corpo, e che cosa sta facendo di noi il medico).

4. DILATAZIONE E RASCHIAMENTO

Sempre entro dodici settimane. Oggi questo metodo all'estero è molto usato rispetto al precedente, perché più pericoloso, più costoso, richiede un intervento più lungo e l'anestesia totale. In Italia, naturalmente, è ancora il metodo più usato. Anche in questo caso bisogna dilatare il collo dell'utero, ma di più che nel caso dell'aborto con aspirazione, poi si raschia l'utero con un arnese apposito a forma di cucchiaino (si chiama anche curetta). Occorre l'anestesia totale, ci vogliono da sei ore a due giorni per recuperare, e ci possono essere perdite di sangue abbastanza abbondanti. Il raschiamento è più pericoloso dell'aspirazione perché è molto più facile che ci sia perforazione dell'utero, ma di questo (paragone tra i due metodi) parleremo dopo (cap. 3). Ogni raschiamento, essendo un'operazione chirurgica, lede le fibre elastiche che formano l'utero stesso e lo rendono meno pronto a reagire a qualunque sintomo di emorragia.

5. COMBINAZIONE DI ASPIRAZIONE E RASCHIAMENTO

Da 12 a 16 settimane. Si usa in Inghilterra. L'operazione va bene lo stesso, ma è piú costosa delle precedenti, piú lunga, e leggermente rischiosa. In America si preferisce aspettare fino alla 16sima settimana e fare un'iniezione salina (vedi dopo). Questo perché dopo le 12 settimane l'utero si inclina in modo tale che diventa difficile per il dottore raschiare tutto il tessuto fetale. Inoltre il tessuto uterino diventa cosí soffice e spugnoso che il movimento del cucchiaio e dell'aspiratore attraverso l'utero può causare emorragie, perforazioni, ecc.

6. DOPO LE 16 SETTIMANE: INIEZIONE SALINA

Un lungo ago passato attraverso l'addome (si fa un'anestesia locale) aspira un po' del liquido amniotico e lo sostituisce con un'uguale quantità di soluzione salina concentrata. A volte (raramente) la reazione all'iniezione può essere eccessiva, nel senso che la donna avverte crampi, calore, sensazione di bruciore nell'area pelvica. In questo caso il procedimento viene interrotto. Appena i sintomi sono passati si ricomincia. Non si tratta comunque di nulla di grave, non ci sono problemi postumi. Alcune ore dopo cominciano le contrazioni. Sono forti come quelle di un parto. Cioè, quello che fa l'iniezione salina, grosso modo, è che uccide il feto e provoca un aborto spontaneo (questo perché se siete incinte e il feto vi muore dentro succede quasi sempre che si autoespelle). Il feto viene espulso dopo 8-15 ore. Naturalmente capite da voi che è una tecnica molto meno di riposo che non l'altra, anche perché comporta una certa quantità di stress emotivo (parto, vedere il feto che esce già con aspetto vagamente formato). Tutto ciò non succede quando l'embrione è un semplice pisello informe. Quindi: state all'erta, e abortite entro i tre mesi!!! (tra l'altro questo tipo di aborto costa molto di piú e richiede la permanenza in ospedale per circa cinque giorni).

7. DOPO LE 20 SETTIMANE: ISTEROTOMIA

Si usa a 20 settimane se la donna per qualche ragione non può fare né il raschiamento, né l'aspirazione, né l'iniezione

salina (o se vive in un paese dove l'aborto è illegale, e tra una ricerca e l'altra si riduce a venti settimane senza aver combinato ancora niente).

Il feto viene rimosso con una piccola incisione addominale, generalmente sotto l'area dei peli del pube. E' un vero e proprio intervento chirurgico e richiede parecchi giorni di ospedalizzazione e di convalescenza e perciò costa un sacco. Importante: non bisogna confondere l'isterotomia (questa) con l'isterectomia, in cui si asporta l'utero, ed è tutta un'altra cosa. L'isterotomia non tocca l'apparato riproduttore (cioè potete avere figli dopo).

8. ABORTO PROCURATO DA PROSTAGLANDINE

Questo metodo è in fase sperimentale e ne possiamo dire pochissimo. Si fa una fleboclisi continua di prostaglandina F2 alfa, che procura l'aborto senza troppe noie e senza effetti collaterali. Cioè la prostaglandina stimola l'utero (veniva usata per provocare il parto) a partorire e, ovviamente, se il feto è sotto i sei mesi, non sopravvive (nasce morto). La flebo viene continuata fino a espletamento dell'aborto il che avviene entro una decina di ore. Gli effetti collaterali sono minimi: possono comparire vomito e diarrea, controllabili con una terapia adeguata.

TECNICHE DI ABORTO DANNOSE

1. DILATAZIONE E RASCHIAMENTO FATTO DA INCOMPETENTI

Questo procedimento nelle mani di persone incompetenti, praticato senza anestesia, senza antisettici, senza norme igieniche, con strumenti non sterilizzati, è molto molto molto pericoloso (e traumatizzante). Si possono avere infezioni mortali e perforazioni dell'utero, pure mortali.

2. METODO DI CATETERE

Il catetere è un tubo stretto, venduto in farmacia per estrarre l'urina. Il catetere viene inserito nell'utero attraverso il collo dell'utero, un metodo usato dalle mammane e dalle donne

che si fanno l'autoaborto, perché disperate e senza alternative.

I germi introdotti nell'utero attraverso il catetere causano un'infezione che provoca le contrazioni dell'utero facendo così abortire spontaneamente il feto. E' un metodo pericolosissimo che provoca emorragie, infezioni, morte.

3. ENERGICHE IRRIGAZIONI VAGINALI

Queste irrigazioni o iniezioni vaginali a forte pressione, con materie chimiche come sapone, aceto, trementina, lisciva, producono l'aborto se la soluzione arriva in contatto col feto o irrita sufficientemente l'utero.

Questi ultimi due metodi della sonda e delle irrigazioni vaginali, mostrano teoricamente che un'infezione o una sostanza particolarmente pericolosa distrugge il feto prima di uccidere la donna. Ma non sempre questo è vero: a parte che spesso muore primo o anche la donna, si possono avere, nella migliore delle ipotesi, un gran numero di danni, lacerazioni, menomazioni e problemi a non finire.

4. ARIA POMPATA NELL'UTERO

Questo metodo provoca, oltre all'aborto, embolie (aria nella circolazione sanguigna) che a loro volta provocano la morte (della donna, non del feto).

ABORTO FATTO IN CASA

1. METODI ESTERNI

Bagni molto caldi, esercizi fisici faticosissimi, violenza al basso addome, vari strumenti appuntiti che vengono inseriti nell'utero (forbici, ferro da calza, stecchi di legno, penne, ecc.), cadute dalle scale, ecc. A parte il metodo del ferro da calza, occasionalmente coronato da successo, nessuno di questi metodi funziona.

In compenso provocano tutti emorragie, infezioni e cose varie.

2. PRODOTTI FARMACEUTICI

Si può chiedere al farmacista compiacente un prodotto

abortivo. Alcuni farmacisti sono molto generosi nel vendere fregature di questo tipo, che servono solo a rigonfiare il suo portafoglio e a far ammalare la donna.

Le cose più pericolose sono le creme a base di sapone e altre soluzioni per fare irrigazioni vaginali. Il sapone va direttamente nelle vene dell'utero e provoca il blocco dei capillari sanguigni, trauma e morte.

Un'altra cosa data spesso dai farmacisti per abortire, sono le tavolette di permangato di potassio. Che, a onor del vero, provoca l'aborto, però distrugge anche i tessuti e danneggia le pareti vaginali. Può provocare delle emorragie massicce, ulcere, infezioni, e, al solito morte.

Anche le pastiglie di chinino prese in dosi massicce sono uno dei metodi favoriti dai farmacisti di campagna. Sono inutili e dannose. Anche una gran quantità di pillole antifecondative prese tutte in una volta sono dannose, a meno che, come abbiamo detto prima, si prendano a parire dal giorno dopo il rapporto ritenuto, preventivamente "pericoloso". Poi in ogni caso, anche se non provocano l'aborto, provocano il cancro vaginale nelle neonate. Forse nel nostro paese dove si tiene tanto al diritto alla vita del feto, ma non si fa una piega se centinaia e migliaia di bambini proletari muoiono in tenera età, le autorità non avrebbero niente in contrario a eliminare bambini in soprannumero in questo modo (in fondo non è un aborto, la bambina muore "naturalmente" di cancro). Noi magari consigliamo piuttosto un viaggio a Londra.

IN CONCLUSIONE

In conclusione a questa breve rassegna, quello che c'è da dire è che vanno bene tutti i metodi di aborto eseguiti in clinica o comunque da persona che se ne intende con strumenti sterilizzati e in ambiente igienico. Gli aborti quindi "legali": mentre vanno male tutti gli aborti fatti in casa, con la mamma, sul tavolo da cucina, dal ginecologo che vi sbriga in tre secondi tra una visita e l'altra: gli aborti quindi "illeghi".

Ciò non è che l'aborto sia pericoloso in sé. In sé l'aborto è meno pericoloso dell'appendicite e (udite udite) del parto. *E' meno pericoloso abortire* (in condizioni igienico-sanitarie perfette) *che portare a termine la gravidanza*. Le statistiche fatte in paesi dove l'aborto è legale, dimostrano che percentualmente ci sono più morti da parto (che come tutte sappiamo sono abbastanza rare) che da aborto.

Quindi l'immenso numero di donne che muoiono in Italia annualmente per aborto ricade tutto sulle spalle di chi ancor oggi insiste a mantenere l'aborto nell'illegalità.

Autoaborto

Cosa vuol dire "autoaborto"? Non vuol dire che l'aborto ce lo possiamo fare da sole, leggendo questo libretto, no, purtroppo. Non è infatti possibile, come è stato scritto e detto, praticare l'aborto per aspirazione da sole su se stesse, o farselo fare dall'amica che ne ha sentito parlare. Mentre è invece possibile praticare l'aborto per aspirazione senza essere né laureati in medicina, né tantomeno specialisti in ginecologia, e neppure possessori di un diploma di ostetrico.

Per imparare a fare l'aborto col Karman basta avere la mano ferma, un po' di delicatezza, e vederlo fare, da qualcuno già esperto, un dieci-venti volte; poi farlo altre dieci-venti volte con l'assistenza di qualcuno esperto. E' tutto lì: non occorre studiare medicina per cinque anni. E' per questo che è un metodo rivoluzionario: perché possiamo impararlo tutte e farci gli aborti l'una con l'altra, scavalcando il sistema di ginecologi coalizzati a farci sentire miserande e colpevoli per farci pagare di più.

Si dirà: ma anche il raschiamento si può imparare anche senza essere ginecologi, tant'è vero che alcune mammane lo praticano. E' vero, ma è anche vero che il metodo per aspirazione è molto meno pericoloso, perché gli strumenti usati sono di plastica e non di metallo, e quindi il rischio di perforazione è diminuito in maniera enorme.

In realtà bisogna tener presente una cosa: l'aborto in sé e per sé è un'operazione di tutto riposo, meno pericolosa del parto o dell'appendicite. Diventa pericoloso fatto da inesperti, non solo e non tanto perché l'operazione è rischiosa in se stessa, ma perché è svolta 99 volte su 100 in condizioni assolutamente non igieniche (e quindi setticemia e quindi morte).

Un altro discorso da fare è quello sul costo: si tratta di un'operazione facilissima e poco costosa anche se fatta nelle migliori condizioni (ricordiamoci che con l'aspirazione non è necessario fare l'anestesia totale che è rischiosa e costosissima, basta invece un'anestesia locale). Diamo al fondo una tabella con l'elenco degli attrezzi che servono e dove si possono trovare.

Abbiamo diviso questo capitolo in paragrafi: nel *primo* spieghiamo come funziona la tecnica dell'aspirazione (con disegni, elenco del materiale, prezzi, ecc.). Il *secondo* (intitolato "l'estrazione mestruale") necessita di una piccola introduzione sul cos'è l'estrazione mestruale (a questo proposito vedi anche il paragrafo "Aspirazione delle mestruazioni" nella prima parte del manuale). La tecnica dell'aspirazione può essere applicata a donne incinte fino a 12 settimane (e più, se abbinata al raschiamento), ma se viene praticata nella quinta e sesta settimana di gravidanza (cioè le prime due settimane dopo la mancanza delle mestruazioni che vi ha messo in allarme) viene definita "estrazione mestruale"; ciò per due motivi, uno che non si sa ancora con esattezza se la donna è incinta, perché i test di gravidanza non danno ancora risultati attendibili, due perché la medesima tecnica viene utilizzata da alcune femministe americane per estrarsi le mestruazioni (se sono in ritardo o se sono particolarmente lunghe e dolorose, ecc.). Nello stesso paragrafo si spiega infatti come è nata l'estrazione mestruale (e per spiegarlo bene abbiamo pensato di citare un testo di femministe americane). Inoltre sia nel *secondo* che nel *terzo* paragrafo riportiamo i dati di una serie di ricerche tendenti a dimostrare quanto poco pericoloso sia l'aborto svolto con questa tecnica.

Ma la cosa super-importante da dire è questa: se si fa l'aborto nella 5^a e 6^a settimana di gravidanza (cioè 5-6 settimane dopo l'ultima mestruazione) non si può parlare legalmente di aborto, in quantoché per poter parlare di aborto si presuppone che la donna che vi si sottopone sia incinta. Ora, i test di gravidanza non danno risultati sicuri prima della 6^a settimana di gravidanza. Allora varrebbe la pena di organizzare una clinica o un servizio alternativo, gestito da femministe per esempio, nella quale praticare l'estrazione mestruale. Allora se una donna che ha un ritardo mestruale di sei-sette giorni va a farsi un'estrazione, senza neanche fare un test di gravidanza, come si può accusare questa donna di aborto?

E' un'ipotesi rivoluzionaria da tener presente; non una soluzione ovviamente, perché la soluzione è un'altra, tutti lo sappiamo, ed è una sola: aborto libero e gratuito su richiesta della donna. Però, per il momento, può provocare il potere (e anche per risolvere alcuni piccoli problemi pratici personali in questo momento in cui l'aborto è ancora illegale) è un'ipotesi da prendere in considerazione.

I. LA TECNICA DELL'ASPIRAZIONE

1. LA TECNICA

La tecnica dell'aspirazione (1) è semplice e non dolorosa. L'aborto portato a termine con questa tecnica è rapido (dura da cinque a quindici minuti, a seconda di quanto è avanzata la gravidanza), e non richiede ricovero in ospedale. Non richiede nemmeno l'anestesia generale (2) né l'uso di stru-

(1) Esistono delle divergenze di nomenclatura su questo tipo di aborto. Per evitare di prendere posizione nella disputa "l'ha inventato Karman o non l'ha inventato Karman?" chiameremo la tecnica "tecnica dell'aspirazione", e l'intervento "estrazione mestruale" se svolto entro le 6 settimane di gravidanza (6 settimane a partire dall'ultima mestruazione), "aborto per aspirazione" se svolto dalle 6 alle 12 settimane di gravidanza.

(2) Attenzione: sappiamo tutte che anche i ginecologi nostrani non usano l'anestesia, però loro fanno soffrire. Qui si intende che l'anestesia non è necessaria e la paziente non soffre.

menti metallici, e per questo motivo elimina le complicazioni più gravi.

Le complicazioni che possono sorgere dopo un aborto con aspirazione sono leggere e non richiedono nemmeno cure ospedaliere. Questo significa che questo tipo di aborto può essere fatto anche in zone sprovviste di ospedale, senza mettere in pericolo la salute della paziente.

Questa tecnica può essere applicata a donne incinte da 4 a 12 settimane, cioè che hanno avuto le loro ultime mestruazioni da 4 a 12 settimane fa.

Non è necessario che il medico (o comunque le persone che partecipano all'operazione) indossi la mascherina, il camice, i guanti sterili, ecc.

Ciò che rende questo tipo di aborto non doloroso e non pericoloso è soprattutto il fatto che gli strumenti che vengono introdotti nell'utero sono morbidi, flessibili, di plastica anziché di ferro, come si usava una volta. Il vecchio metodo di aborto, infatti, il raschiamento, prevedeva l'uso della "curetta", un cucchiaino metallico, che poteva facilmente perforare le pareti dell'utero. Mentre la cannula di plastica che si usa per l'aspirazione ha la punta arrotondata, si piega da sola per conformarsi alla direzione e alla forma dell'utero, ed in ogni caso, essendo di plastica e non di metallo, si piega quando arriva contro un ostacolo, anziché perforarlo.

Un'altra cosa da tener presente è che per poter fare un aborto con raschiamento (vecchio metodo) era necessario dilatare il collo dell'utero per far entrare il cucchiaino e questo era il momento più doloroso di tutta l'operazione.

Con il metodo dell'aspirazione invece tutto è più facile: si allarga la vagina con lo *speculum* poi si inserisce una serie di cannule di diametro crescente, fino alla dilatazione necessaria, che è maggiore o minore a seconda del tempo di gravidanza.

Nei casi più favorevoli (gravidanza fino a 6 settimane) è sufficiente usare una cannula di 4 mm. di diametro: in casi rari si arriva ad usare cannule fino a 10-12 mm. di diametro

(in questi casi la dilatazione si fa inserendo piano piano delle candelette di diametro sempre piú largo).

2. ANESTESIA

Per quello che riguarda l'anestesia il discorso è molto soggettivo. Ci sono donne che riescono a sopportare benissimo tutta l'operazione senza anestesia, o solo con la "anestesia psicologica" (medico molto tranquillo che parla e spiega cosa sta facendo momento per momento, una persona che le tiene la mano e la rassicura, ecc.). Ci sono donne che soffrono un po' e hanno bisogno di un'anestesia locale e di qualche pastiglia di calmante o di analgesico (codeina, aspirina, ecc.). L'anestesia totale è indispensabile solo per le donne estremamente nervose e spaventate.

Vorrei riportare qui un'esperienza personale: ho lavorato a Londra come "pregnancy counsellor", il che vuol dire appunto che ricevevo donne che venivano a Londra dall'estero ad abortire, per la maggior parte italiane. Mi sono accorta che per queste donne la cosa normale (stasticamente normale) era di essere non nervose e spaventate, ma *assolutamente terrorizzate*, non importavano le differenze di età, cultura e classe, solo per quelle che avevano già fatto aborti — in Italia — erano piú terrorizzate delle altre. Quando poi qualcuna veniva a trovarmi dopo l'intervento, tutte dicevano "se avessi saputo che era tutto lí non mi sarei spaventata tanto, anzi non mi sarei spaventata per niente". Questo per dire che non ci dobbiamo sentire vergognose di essere "nervose e spaventate" e che infatti il nostro essere nervose non deriva tanto dal fatto che siamo noi donnuciole isteriche, ecc., quanto dal fatto che la nostra esperienza di donne italiane nei confronti dell'aborto ci porta ad aver paura anche quando non è il caso.

3. COME VIENE ESEGUITO L'ABORTO

La donna si mette in posizione ginecologica. Il medico, o comunque la persona che opera l'aborto, inserisce uno speculum nella vagina della donna, afferra il labbro anteriore del collo dell'utero con una pinza e disinfecta (vedi tavola 4).

Poi prende una cannula, scegliendo una serie di misure crescenti, a seconda di quanto è avanzata la gravidanza, con una pinza sterile (non bisogna infatti toccare la cannula con le mani finché non è inserita nella cavità uterina) la introduce nel collo dell'utero, dopo averla lubrificata con una piccola quantità di gelatina sterile.

A volte succede che l'introduzione della cannula è molto difficile, e questo può dipendere soprattutto dal fatto che la donna è molto tesa e non si rilassa. Allora le possibilità sono due: si può rimandare l'intervento a qualche giorno dopo, sperando che la tensione sia minore; oppure che la donna si aiuti da sola spingendo la cannula dentro con la tranquillità che potrà fermarsi in tempo.

Si passa poi la cannula, facendola entrare fino al punto in cui si sente che la punta sfiora leggermente il fondo, in modo da poter calcolare la profondità in centimetri.

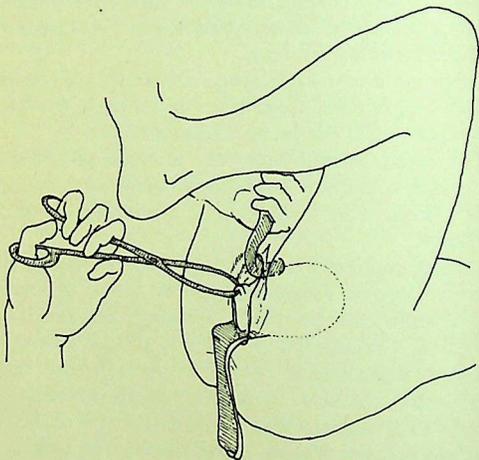
La profondità in centimetri ci dice, meglio di qualunque test, di quante settimane è la gravidanza (questo serve per sapere che cannula usare e quanto sarà il materiale che si deve aspirare).

A questo punto si attacca la cannula a una siringa, o a una pompa aspirante (qualunque tipo di pompa aspirante va bene, anche una pompa da bicicletta, solo che bisogna invertirne il funzionamento perché in generale la pompa da bicicletta espira anziché aspirare) a mano o elettrica. Bisogna fare molta attenzione ad attaccare insieme la cannula e la pompa (o la siringa) perché guai se resta dentro un po' d'aria che può entrare nell'utero: è molto pericoloso! (vedi tav. 6). A questo punto si inizia l'aspirazione: se si usa la siringa o la pompa a mano, si comincia a creare naturalmente una depressione in modo da aspirare il contenuto dell'utero, se si usa una pompa elettrica, si regola il meccanismo in modo che lavori da solo (vedi tavola 5).

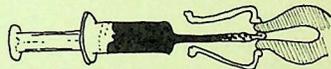
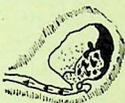
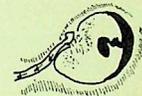
Nel mentre che la pompa aspira, bisogna muovere la cannula all'interno dell'utero, con dei movimenti insieme rotatori e avanti-indietro.

Se si lavora con la siringa bisogna ogni tanto staccarla dalla

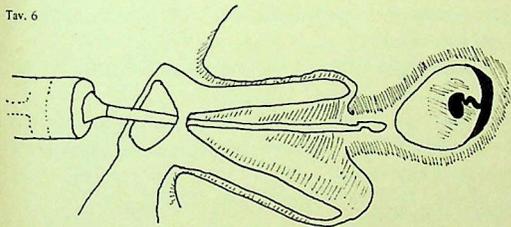
Tav. 4



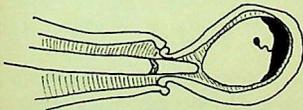
Tav. 5



Tav. 6



Tav. 7



cannula e vuotarla. Si capisce che l'operazione è finita e l'utero vuoto quando: a) non esce più niente (il materiale che esce ha l'aspetto di sangue misto a pezzettini di materia simile a muco); b) la sensazione che si prova manovrando la cannula dentro l'utero è di toccare delle pareti rugose; c) l'utero produce un particolare suono di vuoto molto caratteristico.

4. SUPER-IMPORTANTE

Mentre l'aborto per aspirazione è facilissimo da praticare, anche da parte di una persona, donna o uomo, non provvista né di laurea in medicina, né di conoscenza medica in generale, ma che abbia assistito praticamente di persona a un certo numero di aborti fatti con questo metodo, e ne abbia svolti di persona una decina sotto la guida di un medico o di una persona a sua volta molto esperta, è assolutamente impossibile praticare questo tipo di aborto solo "sapendo come si fa" (o leggendolo su questo o altro libro) così come è stato, detto e scritto su molti giornali scandalistici, che non esitano a mettere in pericolo la vita delle donne (o degli uomini) pure di fare il "pezzo" paraculo.

Non provate a casa vostra con la pompa da bicicletta, anche se avete visto "Histoire d'A" al cinema.

Ripetiamo: è un metodo semplicissimo e non rischioso. Lo può imparare chiunque. Ma bisogna impararlo praticamente e fare un po' d'esperienza.

5. COMPLICAZIONI

Si possono avere, come complicazioni:

- 1) svenimenti e crampi (immediatamente dopo l'aborto): passano restando sdraiate per 15 minuti e prendendo un analgesico leggero (aspirina);
- 2) infezioni. Si manifestano con una leggera febbretta e/o crampi. Non si tratta mai di infezioni gravi (come quelle mortali prodotte dalla sonda), perché la cannula viene sempre sterilizzata. Vanno curate con antibiotici e riposo;
- 3) proseguimento della gravidanza. Può avvenire in tre casi: se l'abortista è inesperto e non ha asportato tutto, se si

trattava di due gemelli, se la gravidanza era extrauterina. Nell'ultimo caso è di rigore assoluto l'ospedale, nei primi due casi si deve ripetere il procedimento (nota per le paurose: il proseguimento della gravidanza è un incidente che capita molto raramente);

4) può anche capitare che pur essendo l'aborto completo, un po' di tessuto fetale rimanga nell'utero, cosa che si deduce dai seguenti sintomi: febbretta, crampi continui, perdita di sangue eccessiva, senso di "non sto bene, anche se non so esattamente cosa ho". In questo caso basta prendere delle medicine per bocca (ergonovina, fatevela prescrivere dal medico), raramente bisogna ripetere l'operazione.

Quando si deve ripetere l'operazione si può usare una cannula di una misura superiore a quella usata precedentemente, perché il collo dell'utero si sarà ammorbidito.

6. STRUMENTI

Gli strumenti occorrenti per l'operazione sono pochi e poco costosi:

- una siringa per aspirazione Karman oppure una pompa a mano o elettrica;
- alcune cannule Karman di diverse misure;
- pinza emostatica;
- uno speculum;
- misuratore di emoglobina;
- termometri;
- aghi e siringhe per iniezione per fare l'anestesia locale.

Le medicine sono anche poche ed economiche:

- aspirina;
- antibiotici;
- ergonovina e methergyn
- ferro per bocca;
- lidocaina e procaina;
- pillole di vitamine;
- gelatina sterile;
- soluzioni per sterilizzare e simili, tipo alcool o iodio;
- due contenitori di plastica, uno per le cose sterili, uno per

- le cose sporche;
- garza sterile;
 - tovagliolini sterili non assorbenti;
 - più glycerol, o sapone liquido o altro per mantenere puliti gli strumenti (attenzione: le cannule Karman, come gli speculum di plastica, essendo appunto fatti di plastica, non possono essere sterilizzati bollendoli, perché si deformerebbero. In realtà le cannule Karman devono essere usate una volta sola e poi gettate e lo stesso si può fare con lo speculum se è di plastica – se se ne usa uno di metallo lo si può sterilizzare – il che non è grave perché sono tutti strumenti di poco costo).

Di tutti questi aggeggi, quelli che non si trovano comunemente in farmacia (cannule e aspiratori) si possono richiedere ai seguenti indirizzi:

Berkeley Bio-Engineering, Inc. 1215 Fourth Street, Berkeley, California; *Rocket of London, Ltd.* Imperial Way, Watford Hers WD2 4 XX, Inghilterra; *Rocket of London, Inc.* 165 East 32nd Street, New York, New York 10016 U.S.A.

Questi strumenti tra l'altro vengono forniti gratuitamente alle persone qualificate (cioè medici, ginecologi ed ostetrici, ma non so se si fidano della parola o vi chiedono di mostrare i documenti) dei paesi in via di sviluppo (non si sa bene se l'Italia è considerato tale? ??) dall'IPPF il cui indirizzo a Londra è *International Planned Parenthood Federation*, 18-20 Lower Regent St. London SW1Y, 4PW, England. Tel. 00441/8392911.

II. ESTRAZIONE MESTRUALE

La tecnica dell'aspirazione, pur rimanendo basilarmente sempre la stessa, può essere usata per svolgere due diverse operazioni: l'estrazione mestruale e l'aborto per aspirazione. Qual è esattamente la differenza?

I test di gravidanza non danno risultati sicuri fino alla 6^a settimana di gravidanza (cioè la 6^a settimana dopo l'ultima mestruazione, cioè la 2^a settimana dopo che abbiamo cominciato a metterci in agitazione perché le mestruazioni non

sono arrivate quando dovevano). Se si pratica un'aspirazione in questi quindici giorni, tra il giorno in cui ci dovevano arrivare le mestruazioni e il giorno in cui si può fare il test di gravidanza ed averne dei risultati attendibili, non si può parlare realmente di aborto, PERCHÉ NON SI SA SE LA DONNA È INCINTA O NO. Si può trattare di un semplice ritardo delle mestruazioni. Si parla quindi di estrazione mestruale.

In realtà, l'estrazione mestruale era nata per altri motivi: alcune femministe americane, avendo sperimentato l'aborto per aspirazione, avendolo trovato facile e indolore, avevano pensato di utilizzarne la tecnica per aspirarsi le mestruazioni ogni mese, il che era utile sia come tecnica anticoncezionale, sia per levarsi il fastidio se le mestruazioni erano lunghe e dolorose (l'estrazione mestruale veniva fatta da una donna all'altra e durava pochi minuti). In questo libro non ci interessa parlare di questa utilizzazione dell'estrazione mestruale, soprattutto perché, dopo un paio d'anni di esperimenti, alcune femministe si sono accorte che l'uso continuato e mensile di questa tecnica può portare dei disturbi (disfunzioni ormonali ad esempio) per cui non ci sentiamo di raccomandarla finché non se ne saprà qualcosa di più sicuro (alla fine del capitolo daremo un'opinione femminista su questa pratica).

Vogliamo invece occuparci dell'estrazione mestruale come pratica "abortiva", come pratica cioè da usare non tutti i mesi, ma solo "quel" mese in cui le mestruazioni non vengono. La differenza che c'è quindi tra un aborto propriamente detto, svolto con metodo dell'aspirazione, e l'estrazione mestruale è che nel primo caso a) si sa con certezza che la donna è incinta e b) è un po' più lungo, un po' più da "esperti", ecc.

Tra le altre cose, ovviamente, nel caso che si faccia l'estrazione mestruale non è assolutamente necessario fare la dilatazione, cosa che, come già abbiamo detto, è l'unica parte dolorosa dell'aborto con aspirazione.

Quindi è assolutamente inutile l'anestesia generale, superflua anche l'anestesia locale. Termina la gravidanza se si è incinte e non fa male se non lo si è (basta non ripeterla troppo spesso, ma questo vale ancor di più per ogni altro tipo di aborto).

Il costo è ovviamente bassissimo, il più basso possibile nel campo degli aborti. In Amerika, dove nonostante tutto sono per lo meno all'avanguardia tecnicamente, la fanno per 25-50 dollari a seconda che andate in ospedale o in clinica di lusso (da 15.000 a 30.000 lire). Una cosa importante è chiedere l'analisi del materiale estratto perché se non si era incinte può essere importante scoprire perché la mestruazione era in ritardo (malattie).

La regolazione mestruale in un certo senso riempie la lacuna esistente tra i contraccettivi (metodi preventivi) e l'aborto (metodi "dopo il fattaccio").

1. I VANTAGGI

I vantaggi di questa tecnica, brevemente riassunti, sono:

- la tecnica è semplice e senza pericolo;
- può essere praticato da personale paramedico (cioè da persone che si sono impraticate solo in questa speciale tecnica, senza aver prima preso la laurea in medicina);
- si può fare senza essere sicure di essere incinte;
- le complicazioni sono minime;
- gli effetti secondari, immediati o a lungo termine, sono minimi o inesistenti;
- l'intervento richiede solo pochi minuti e non è necessario farsi ricoverare in ospedale;
- non occorre l'anestesia generale;
- l'apparecchiatura per praticarlo è semplice e poco costosa;
- il costo per la paziente è bassissimo;
- inoltre, attuando questa operazione, si può essere sicure di non essere incinte parecchi giorni prima di poter sapere con certezza di essere incinte usando i test di gravidanza.

Una cosa abbastanza importante da ricordare è che bisogna fare un'inchiesta medica prima di iniziare l'intervento (ci

sono alcuni casi in cui è d'obbligo fare l'intervento in ospedale, se ci sono state certe malattie precedenti, soprattutto riguardanti l'utero e l'apparato genitale).

2. LE RICERCHE

A prova delle cose che abbiamo dette, citiamo i risultati di una ricerca (1), anzi più che di una ricerca, si tratta di un lavoro fatto unendo insieme e paragonandoli i risultati di 11 ricerche sull'estrazione mestruale (non stiamo qui a citarli tutti, ma potete richiedere la ricerca all'editore o a noi IN VISIONE o in fotocopia).

Su undici ricerche compiute tra il 1971 e il 1973, basate su estrazioni mestruali praticate a 2.063 donne un solo dottore ha ritenuto necessario utilizzare l'anestesia generale (a 598 donne), uno non ha somministrato nessuna anestesia (si tratta dello stesso Karman, le donne trattate erano 112), tutti gli altri si sono limitati ad un'anestesia locale. Un solo medico è stato tanto paraculo da variare l'anestesia a seconda dei casi (e si spera a seconda della volontà della paziente) ma costui non ha mai praticato anestesie generali (ha fatto due diversi tipi di anestesie locali, e ha praticato 33 interventi su 127 senza anestesia).

Le cannule usate sono state di dimensioni da 4 a 6 mm. a seconda dei casi e nella maggior parte dei casi non è stato necessario praticare la dilatazione del collo dell'utero. La durata dell'aspirazione variava da 20 secondi a 10 minuti (il tempo dell'aspirazione varia non solo a secondo di quanto la gravidanza è avanzata, ma anche a seconda della cannula usata: più la cannula è grossa, più l'aspirazione è veloce e viceversa).

I casi di infezione postoperatoria (su 2.063 donne operate) sono stati 9. I casi di non interruzione della gravidanza sono stati 10 (N.B. In questi studi tutte le donne operate erano sicuramente incinte, per cui si tratta veramente di 10 su

(1) "Interruption des grossesses" Bull. n. 2 - dec. '73 - Department of Med. and Public Affairs - The G. Washington Univ. Medical Center - 2001 S Street, N. W. Washington, D.C. 20009.

2.063). I casi in cui le perdite di sangue sono stati piú abbondanti del normale sono stati 33.

Come tutti possono notare non ci sono stati casi di perforazione uterina. I casi di infezione postoperatoria sono stati tutti molto leggeri.

Uno dei principali vantaggi di questo metodo, da quel che si vede da questi studi, è l'assenza di complicazioni gravi. Paragonata agli altri interventi che si praticano per abortire (e consideriamo tra essi l'aspirazione praticata nei mesi successivi) l'aspirazione mestruale sembra essere praticamente senza rischi. Il fatto di usare una cannula leggera di plastica, di diametro ridotto, riduce considerevolmente i rischi di perforazione uterina.

Alcune pazienti si sono lamentate immediatamente dopo l'operazione di soffrire di pressione bassa, debolezza e svenimenti. Ciò può essere dovuto anche all'anestesia (nei casi in cui essa avviene).

3. UN PUNTO DI VISTA SULL'ESTRAZIONE MESTRUALE

Da un documento, datato dicembre 1974, del Women's Community Health Center - 137 Hampshire St. Cambridge Mass. 02139 USA.

L'estrazione mestruale è un sistema usato da alcuni gruppi di autocura ('self-help') al Los Angeles Feminist Women's Health Center nel 1971. E' un sistema che serve a rimuovere le mestruazioni il primo giorno del flusso mestruale. Per fare ciò si usa uno strumento chiamato Del'em che fu inventato da Lorraine Rothman. La pratica viene eseguita da donne che hanno fatto o fanno parte di un gruppo di autocura da parecchio tempo (un gruppo di autocura è un gruppo di donne che si incontrano regolarmente per imparare a conoscere i loro corpi e per esplorare le varie possibilità dell'autocura femminile. I gruppi di autocura sono gruppi che si occupano di pratica e non di teoria e il loro scopo è di divulgare informazioni e di sviluppare le abilità pratiche - in campo di medicina della donna - di coloro che vi partecipa-

no). Il metodo adottato dalle donne del Women's Liberation di estrarsi le mestruazioni è, al momento, nello stadio *sperimentale di ricerca*. Nessuno vuole fare i soldi su questa cosa, e il metodo viene insegnato solo alle donne che frequentano il gruppo per un po' di tempo, e hanno avuto la possibilità di familiarizzarsi con la loro anatomia e con i loro corpi.

L'estrazione mestruale è un procedimento molto semplice, che dura da 5 a 30 minuti. La donna che decide di farsi estrarre le mestruazioni è al centro dell'attenzione, cioè tutta l'attenzione delle donne intorno a lei è diretta su di lei. Ed è comunque lei a dirigere l'operazione. E' lei stessa a inserirsi lo speculum e ad informare le altre di quando si sente pronta a farsi inserire la cannula. Solo quando lei è pronta la cannula sterile è inserita nell'apertura dell'utero. Dopodiché comincia l'aspirazione. Se la donna sente dei crampi forti o non si sente a suo agio, il procedimento viene interrotto e la mestruazione continua normalmente. Altrimenti tutto il flusso mestruale viene estratto tutto in una volta.

Le ragioni per cui le donne possono essere desiderose a estrarre il loro flusso mestruale tutto in una volta possono essere molteplici: alcune donne passano dei periodi mestruali molto debilitanti, della durata di due settimane, che possono impedir loro di vivere una vita normale. Altre donne *scelgono* di non avere le mestruazioni e considerano l'estrazione mestruale come un modo di controllare ulteriormente i loro corpi... L'estrazione mestruale è un procedimento ancora in fase sperimentale... E' importante sottolineare qui che ogni donna che lavora in un gruppo di autocura che si occupa di estrazione mestruale, è conscia del fatto che è un procedimento in fase sperimentale ed è pienamente informata dei possibili rischi e delle complicazioni connesse.

I rischi e le complicazioni connesse sono minimi, specialmente se si prendono le debite precauzioni. Cose che possono succedere sono: la possibilità di infezioni, cambiamenti del livello ormonale, perforazione dell'utero... Come per tutti i procedimenti in fase sperimentale, bisogna che si facciano

altri studi e altre ricerche prima che il procedimento possa essere applicato su larga scala.

Un punto da chiarire: da quando è stata inventata l'estrazione mestruale, sono sorte numerose controversie intorno ad essa. Una delle confusioni maggiori è stata opera di Harvey Karman e di altri medici che si sono appropriati del termine "estrazione mestruale" e lo hanno applicato ad un aborto per aspirazione praticato nelle primissime settimane di gravidanza. In effetti, essi hanno substituito il termine estrazione mestruale... Nonostante ciò bisogna ammettere che l'aborto preventivo (cioè quello chiamato dai medici estrazione mestruale) ha certi vantaggi...".

III. L'ABORTO PER ASPIRAZIONE

Come abbiamo già spiegato, stessa tecnica della estrazione mestruale. Unica differenza, la gravidanza è accertata, ed è di più settimane (da 6 a 12).

E' sempre un metodo di aborto molto sicuro e pochissimo doloroso, addirittura una cosa da ridere paragonato al raschiamento e ad altre tecniche.

Vogliamo riportare qui, a prova di quanto diciamo, i risultati di uno studio, il cui scopo era appunto di paragonare tempi, risultati e complicazioni dell'aborto per aspirazione e di quello con raschiamento.

PRIMA RICERCA

La Clinica dell'università di ostetricia e ginecologia di Lubiana adottò il metodo dell'aspirazione nel 1964, sostituendolo al vecchio metodo, il raschiamento per i seguenti motivi:

- l'operazione dura meno
- l'utero viene svuotato più completamente ed efficientemente
- ci sono meno danni all'utero, particolarmente meno perforazioni

(1) "The Ljubljana Abortion Study 1971-1973" pubblicato dal National Institute of Health - Center for Population Research, Md. USA.

— ci sono meno complicazioni dopo l'aborto.

Lo studio citato riporta i risultati di aborti compiuti su 4.733 donne, tra il 1971 e il 1972. Tutti gli aborti presi in considerazione furono svolti per cause sociali e non mediche (questo vuol dire che si trattava di donne che abortivano perché avevano già due figli o perché non erano sposate e non volevano lo scandalo o altro, non di donne che abortivano perché ammalate; questo perché non è molto corretto prendere in considerazione gli effetti di un aborto corretto prendere in considerazione gli effetti di un aborto svolto su una donna precedentemente malata). Le donne che parteciparono a questo esperimento erano volontarie; di esse il 27% fu operata con il metodo dell'aspirazione, il 73% con quello del raschiamento. Il metodo da usare veniva scelto a casa e gli aborti venivano svolti sia da medici anziani ed esperti che da medici giovani con poca esperienza, in ogni modo nessun medico faceva più di otto aborti al giorno, per non stancarsi troppo. Le donne vennero tutte ricoverate in ospedale per due giorni cosicché i medici potessero seguire la convalescenza.

I risultati furono i seguenti:

- per quel che riguarda le perforazioni uterine, ce ne furono 3, e ci furono 33 casi di danni al collo dell'utero (per lo più lacerazioni).

Tutti questi incidenti si verificarono in aborti con raschiamento, praticati su donne gravide dalle 8 alle 12 settimane; tutte le perforazioni furono opera di medici più anziani;

- per quel che riguarda le perdite di sangue, esse furono particolarmente abbondanti nel 6,0% dei casi di raschiamento, e nel 3,9% dei casi di aspirazione, ma più che altro nei casi in cui l'aspirazione ha dovuto essere completata con un leggero raschiamento. In tutto il gruppo solo una donna ebbe bisogno di una trasfusione di sangue;

le infezioni post-operatorie furono il 2,2%, ma non si sono notate differenze significative a seconda del tipo di aborto usato.

Le conclusioni tratte dai risultati sono state che l'aspirazione

è meglio del raschiamento perché è più rapida, perché causa perforazioni molto più raramente, causa meno perdite di sangue durante l'operazione e meno infezioni successive all'aborto (per cui è più raro che la paziente debba essere riammessa in ospedale).

Lo studio ha anche mostrato che fino a dieci settimane è quasi sempre possibile terminare l'aborto con la semplice aspirazione senza ricorrere al raschiamento, mentre dopo le dieci settimane un minimo di raschiamento finale è indispensabile.

SECONDA RICERCA

Un altro documento che ci attesta la innocuità e la sicurezza dell'aborto praticato col metodo dell'aspirazione, è il rapporto presentato dai medici francesi del MLAC.

Lo studio riguarda 177 aborti per aspirazione praticati in Francia secondo il metodo Karman.

Questo studio dimostra che l'interruzione di una gravidanza di poche settimane può essere effettuata fuori dagli ospedali seguendo un metodo semplice, rapido e poco traumatizzante. In questo metodo si insiste sull'importanza di colloqui preliminari fra le donne che devono abortire e l'équipe che dovrà compiere l'intervento, al fine di conoscere le condizioni psicologiche in cui esse affronteranno l'aborto (condizionamento dell'opinione pubblica sull'aborto "drammatico", ecc.).

Si dimostra, grazie a statistiche di altri paesi, che le tanto temute complicazioni, non sono dovute all'aborto, se praticato in modo adeguato, bensì alle condizioni di clandestinità in cui esso si svolge.

Su 177 casi lo stato di avanzamento della gravidanza era inferiore alle 10 settimane e precisamente:

n. settimane	n. degli aborti
6 + qualche giorno	27
7 + qualche giorno	34
8 + qualche giorno	51
9 + qualche giorno	65

RISULTATI

RISPOSTA AL DOLORE

Su 77 donne alle quali la dilatazione del collo dell'utero e l'introduzione della cannula sono stati effettuati senza anestesia locale, 58 hanno dichiarato che l'operazione era stata poco dolorosa o per nulla dolorosa, 19 (quasi tutte nullipare) hanno provato un certo dolore.

Non c'è dubbio che la reazione dolorosa al momento del passaggio nel collo dell'utero può essere limitata da un'anestesia intr-cervicale: si ritiene tuttavia che una reazione dolorosa dipenda in gran parte dalle condizioni psicologiche. Si ritiene dunque che non sia necessario praticare sistematicamente un'anestesia locale. Chi compie l'intervento sarà libero di ricorrervi a seconda dei casi.

Bisogna aggiungere che talvolta si verifica una sensazione di dolore sordo e permanente al momento dell'aspirazione, che tale dolore varia a seconda delle pazienti e non è modificato dall'anestesia locale.

INCIDENTI DURANTE L'INTERVENTO

L'incidente più comune, nonostante la somministrazione di antispastici è l'impossibilità di introdurre la cannula di Karman nella cavità uterina (impossibilità assoluta o parziale, cioè relativa al diametro indispensabile). In 9 casi, cioè nel 5%, non è stato possibile introdurre una cannula da 6 mm. In 3 casi è stato possibile introdurla durante un secondo intervento effettuato alcuni giorni dopo. In 3 casi qualsiasi tipo di introduzione si è rivelato impossibile. In 3 casi con l'introduzione di una cannula di 4 mm. si è potuto dare avvio all'aborto, ma si è poi reso necessario un raschiamento.

Inoltre si è dovuto affrontare:

- 2 emorragie superiori ai 200 cc., che si sono risolte spontaneamente e il cui seguito non ha dato complicazioni;
- 1 choc in seguito ad una iniezione di Visceralgine forte, la cui evoluzione è stata soddisfacente;
- una lesione traumatica del collo fatta con una candela di

Hègar ad una multipara, che ha richiesto una sutura chirurgica.

Infine in 4 casi l'intervento è stato praticato a donne che nei giorni precedenti aveva già ricorso ad altri metodi (per es. la sonda):

- in due casi abbiamo estratto delle scorie purulente;*
- in un caso l'aborto era quasi compiuto;*
- in 1 caso l'insieme del contenuto uterino era praticamente intatto.*

COMPLICAZIONI SECONDARIE

Dobbiamo sottolineare che non abbiamo avuto complicazioni gravi, in particolare nessuna infezione o emorragia grave.

La complicazione principale in quanto più frequente è il mancato distacco della placenta: 18 volte, cioè nel 10% dei casi, è stato necessario ricorrere a un secondo intervento: 9 volte, cioè nel 5% dei casi si è proceduto a una nuova aspirazione con la cannula di Karman e 9 volte si è dovuto ricorrere a un raschiamento (in 4 casi si trattava di gravidanze prossime alle 10 settimane). Infine in 5 casi per il timore del mancato distacco abbiamo prescritto del Méthergin.

Le complicazioni da infezione sono state rare: a 9 pazienti con oltre 38 di febbre per più di 24 ore abbiamo somministrato degli antibiotici, anche in questi casi senza ulteriori complicazioni. Karman non prescrive mai degli antibiotici; per un po' di febbre e qualche perdita di sangue si procede a una seconda aspirazione.

Infine i casi di piccole emorragie si sono risolti da soli nel giro di pochi giorni.

Varie

PRIMA DELL'ABORTO

E' assolutamente necessario che il dottore conosca la storia media passata della donna. Tra le cose importanti da sapere

c'è il numero di gravidanze precedenti, e se esse sono terminate in un parto, in un aborto spontaneo o in uno provocato.

Cose che possono rendere l'aborto pericoloso (e perciò è senz'altro consigliabile farlo in ospedale, dove ogni "incidente" può essere riparato immediatamente, e quindi non avere brutte conseguenze) sono:

- 1) un gran numero di gravidanze precedenti, che rendono particolarmente soffici le pareti dell'utero e quindi più facile la perforazione (si considera "gran numero" da 5 in su);
- 2) un certo numero di parti cesarei (3 o più) rendono facile la perforazione delle pareti uterine nel punto in cui c'è la cicatrice, anche in questo caso l'aborto si può fare ma *solo in ospedale* (perché in ospedale hanno – o dovrebbero avere – un sacco di apparecchi e di cazzate per rimediare a situazioni di emergenza, che non hanno in clinica né tantomeno nello studio privato di un dottore);
- 3) varie malattie, tra cui: asma, malattie di cuore, difetti dei reni, epilessia, facilità alle emorragie, anemia, tossicomania, epatite (solo se avuta negli ultimi sei mesi), operazioni importanti, soprattutto se eseguite nella zona pelvica o degli intestini (negli ultimi sei mesi) e malattie infettive gravi, come polmonite o gonorrea;
- 4) un'altra cosa importante è dire subito se si è mai avuta una brutta reazione all'anestesia.

AIUTO PSICOLOGICO

La decisione di abortire può essere una cosa molto seria, per alcune donne, soprattutto se cattoliche o preoccupate in qualche modo dell'aspetto morale della questione. Una cosa molto importante, è poter disporre in ogni luogo dove si fanno aborti, dallo studio privato del medico, al gruppo self-help femminista, all'ospedale, di un numero di donne che pur conoscendo perfettamente la procedura medica, si occupano solo dell'aspetto psicologico dell'operazione, e sono a disposizione delle pazienti per parlare con loro, spiegare loro

come avviene l'operazione, aiutarle a svincerle tutte le loro paure e ansie, aiutarle in una scelta difficile. A Londra, a *Release*, dove ci sono due donne che fanno questo lavoro a tempo pieno, è capitato più d'una volta che una donna andata per abortire sia uscita decidendo di tenersi il bambino, e questo non perché nessuno abbia fatto pressioni su di lei in questo senso a *Release*, ma perché la donna si è accorta che in realtà il bambino lei voleva tenerlo, mentre erano la famiglia, la società e merdaccie simili che l'avevano spinta all'aborto che lei non desiderava. Quindi il lavoro delle donne che parlano con le pazienti deve essere non solo di incoraggiamento, ma anche di presa di coscienza di quello che si sta facendo, di modo che chi decide di abortire lo faccia in piena coscienza e senza rimpianti postumi.

Un altro compito della donna che cura il lato psicologico (in inglese si dice *pregnancy counsellor*, ci rifiutiamo di tradurlo con l'orrido "assistente sociale", nove volte su dieci cane da guardia del sistema) è di discutere l'argomento anticoncezionali, cosicché la cliente non si ripresenti dopo tre mesi!

Spesso la *counsellor* assiste all'aborto (soprattutto se questo è fatto non in anestesia generale) tenendo la mano alla donna e parlando con lei.

Una cosa importante è mettere la donna tanto a suo agio che si senta di chiedere tutto quello che vuole, tutte le spiegazioni su cose sulle quali è in dubbio e così via. E' meglio che faccia una domanda in più che una in meno.

DOPO L'ABORTO

E' molto importante che chi fa l'aborto spieghi alla donna a voce (meglio ancora se si ha pronto un foglietto) cosa deve fare dopo l'aborto, nelle settimane immediatamente successive. Nel foglio ci dovrebbe essere anche un numero di telefono dove poter raggiungere a ogni momento il dottore che ha fatto l'operazione.

Bisogna rivolgersi immediatamente al dottore se la perdita di sangue dopo l'operazione è troppo forte (più di una normale mestruazione) o troppo lunga (più di 4-5 giorni) o se la

temperatura sale.

Si può ricominciare a lavorare appena ci si sente abbastanza bene (può essere il giorno dopo o dopo una settimana).

Per prevenire le infezioni:

Niente docce o deodoranti vaginali

Niente bagni nella vasca

Niente tamponi interni (tampax o cose del genere)

Niente sesso, qualcuno dice che si può far l'amore basta che non ci sia penetrazione, altri dicono che proprio non si deve fare niente di niente

Il tutto per un paio di settimane. Le successive mestruazioni, verranno dopo circa un mese, a questo punto bisogna andare a farsi fare una visita di controllo.

L'ABORTO NON E' SOLO UNA PRATICA MEDICA, E' UN NOSTRO DIRITTO E UNO DEI MODI DI PRENDERE IN MANO LE NOSTRE VITE - E' UN FATTO POLITICO E SOCIALE:

- dobbiamo beccare e denunciare gli abortisti assassini
- dobbiamo lottare contro le leggi restrittive contro l'aborto
- dobbiamo prendere coscienza che i medici si stanno facendo i miliardi con la scusa dell'aborto illegale: l'estrazione mestruale può costare (compreso il guadagno di chi lo fa) dalle 15 alle 30 mila lire, l'aspirazione un po' di più (intorno alle 50), massimo 100.000 lire se è fatta in ospedale o clinica, con una notte di pernottamento e l'anestesia generale.

Allora visto che tutte sappiamo che i professoroni italiani vogliono 500-700 mila lire per fare un aborto decente, cominciamo a fare casino perché questo sconcio, perpetrato sulla nostra pelle, finisca al più presto:

- un'altra cosa da starci attente è che il giorno che l'aborto in Italia sarà legalizzato, potrà esserci il pericolo che "certe" donne (quelle povere) siano "gentilmente" convinte ad abortire anche quando non lo vogliono. Quello per cui dobbiamo lottare non è solo l'aborto libero, ma piuttosto la libertà di avere figli quando vogliamo noi, e

questo vuol dire anche la possibilità economica per tutte (e sociale). Quindi la lotta per l'aborto comprende anche la lotta per gli asili nido e per i sussidi alle ragazze madri. E tutto ciò non deve essere parte di una lotta piú generale, tendente a riprenderci la nostra vita e a gestircela da noi, in tutti i campi.

Mappa dell'aborto

Questa è una lista di tutti i consultori che si occupano di anticoncezionali e di medicina della donna, dei quali siamo riusciti ad avere l'indirizzo.

Non sappiamo se tutti sono corretti (aggiornati) né se ne esistono altri. Siete tutte (tutti) pregati di mandarci correzioni e notizie che verranno pubblicati quando ristamperemo il libro (cosa nella quale contiamo).

A parte i centri femministi autogestiti, dei quali potete fidarvi ciecamente, non possiamo darvi indicazioni sicure sugli altri; nel senso che sono tutti posti dove danno indicazioni sugli anticoncezionali, fanno visite ginecologiche a buon prezzo (in molti gratis, soprattutto se gli dite che proprio non potete pagare) e non vi chiedono né se siete sposate né se siete maggiorenni (attenzione: chiedono sempre - o quasi - tranne nei gruppi femministi ovviamente - nome e indirizzo. Potete sempre darlo falso. Tanto non controllano e serve solo a loro per promemoria. Ma se andate due volte ricordatevi il nome che avete dato la prima volta! ! !).

Ma non vi possiamo garantire il trattamento, il fatto che il medico che vi visita, spesso uomo, sia gentile, o umano, o informato del femminismo. Conosciamo assistenti sociali dell'AIED sulla cui onestà e serietà potremmo giurare, e medici sempre dell'AIED che danno l'anticoncezionale che non funziona, solo perché la casa farmaceutica li paga. Allora, la cosa da fare è, primo andare sempre a farsi visitare

accompagnata da un'amica non timida, che controlla che il medico non si comporti da sessista: secondo, come sempre quando si va da qualsiasi medico, non fidarsi ciecamente di quello che dice, ma credere alle reazioni del proprio corpo (anche se il medico dice che "è impossibile"), alle sensazioni, ecc.

Se si abita in una città dove esiste piú di un centro, visitarne due o tre, per controllare i respnsi (possiamo apparire paranoiche, ma abbiamo pessime esperienze in fatto di ginecologi, del tipo 'non è possibile che le stia succedendo questo' e invece stava succedendo, o del tipo 'si fidi di me' e invece non era proprio il caso).

Se nella propria città non esistono consultori, o quello che c'è non vi soddisfa, una cosa da fare è rivolgersi a un gruppo femminista per informazioni. E' molto facile che in ogni città ci sia una o un ginecologo raccomandabile, ed è molto probabile che questa o questo siano noti al gruppo femminista locale.

Non c'è spazio qui per dare gli indirizzi di tutti i gruppi femministi italiani sono tanti (evviva!) però li potete trovare tutti su EFFE, o potete richiederli a Controinformazione Feminista (indirizzate a Carmela Poloschi C.P., 6078 Roma Prati).

CENTRI AIED

AOSTA: via Torino, 7 cap 11100 - tel. (0165) 34814 - lunedì, mercoledì e sabato: dalle 10 alle 12; **ASCOLI PICE-**
NO: via dei Sabini, 25 cap 63100 - tel. (0736) 50457 - martedì, mercoledì, giovedì e venerdì: dalle 18,30 alle 19,30;
BARI: via Quintino Sella, 93 cap 70122 - tel. (080) 219441 - lunedì, mercoledì e venerdì: dalle 18 alle 20; **BIELLA:** via Dante Alighieri, 6 cap 13051 - tel. (015) 24916 - lunedì e giovedì: dalle 16 alle 19; **BOLOGNA:** via Giambologna, 4 cap 40138 - tel. (051) 534355 - lunedì: dalle 10 alle 12 - mercoledì e giovedì: dalle 17 alle 19 - sabato: dalle 16 alle 18; **BOLZANO:** piazza delle Erbe, 3 cap 39100 - tel. (0471) 45970 - lunedì: dalle 18 alle 20 - mercoledì: dalle 10 alle 12

– venerdì: dalle 16 alle 18; **BRESCIA**: via Romanino, 4 cap 25100 – tel. (030) 392035 – martedì, mercoledì e giovedì: dalle 18 alle 20; **CAGLIARI**: via Alagon, 33 cap 09100 – tel. (070) 666112 – lunedì e giovedì: dalle 18 alle 20; **CASERTA**: corso Giannone, 78 cap 81100; **CATANIA**: (indirizzo provvisorio) c/o CEPAS, largo Rosolino Pilo, 39 cap 95128 – tel. (095) 444105; **COSENZA**: corso Mazzini, 73 cap 87100 – tel. (0984) 23204 – tutti i giorni: dalle 16 alle 19, escluso il sabato; **FOGGIA**: piazza Italia, 8 cap 71100 – tel. (0881) 22325; **FORLÌ**: via Valzania, 4 cap 47100 – te; (0543) 27032 (numero provvisorio); **GENOVA**: via Mascagni, 21/13 cap 16123 – tel. (010) 5868881 – tutti i giorni: dalle 18 alle 20, escluso il sabato; **LA SPEZIA**: via G. Doria, 41 cap 19100 – tel. (0187) 20062 – martedì e giovedì: dalle 14,30 alle 16,30; **MESSINA**: via Ettore Lombardo Pellegrino, isolato 156 – int. 6 A cap 98100 – tel. (090) 38302; **MESTRE**: via C. Colombo, 5 cap 30172 – tel. (041) 50857 – lunedì, mercoledì e sabato: dalle 17 alle 19; **MILANO**: via delle Asole, 2 cap 20122 – tel. (02) 873620-870162 – tutti i giorni: dalle 9 alle 12,30 e dalle 15 alle 19,30, escluso il sabato pomeriggio – via Mercalli, 11 cap 20122 – tel. (02) 580884-584421 – tutti i giorni: dalle 9,30 alle 12,30 e dalle 14,30 alle 20; **NAPOLI**: via Lepanto, 24 cap 80125 – tel. (081) 61328-634580 – martedì, mercoledì, giovedì e venerdì: dalle 16 alle 19; **NOVARA**: baluardo Quintino Sella, 28 cap 28100 – tel. (0321) 22773 – lunedì e giovedì: dalle 16 alle 19 – sabato: dalle 16 alla 17; **NUORO**: (indirizzo provvisorio) c/o sig.a Rina Guiso, via Gramsci, 75 cap 08100 – tel. (0784) 34400; **PIADENA**: via Libertà, 41 cap 26034 – tel. (0375) 90308 (numero provvisorio) – giovedì: dalle 16 alle 19; **PORDENONE**: piazza Ellero, 6 cap 33170 – tel. (0434) 22861; **RIETI**: via Garibaldi, 121 cap 02100 – tel. (0746) 750133 – mercoledì: dalle 17 alle 20 – venerdì: dalle 10,30 alle 13 e dalle 15 alle 18; **ROMA**: via Belisario, 7 cap 00187 – tel. (06) 481691-463403 – tutti i giorni: dalle 10 alle 13 e dalle 16 alle 20, escluso il sabato pomeriggio – via Toscana, 30 cap 00187 – tel. (06) 4751711-4755314 – tutti

i giorni: dalle 9,30 alle 13,30 e dalle 16 alle 20, escluso il sabato pomeriggio; **SALERNO**: via Francesco Crispi, 1/22 cap 84100 – tel. (089) 390825-221002 – martedì, giovedì e sabato: dalle 17 alle 19; **SAN SEVERO**: via S. Angelo, 27 cap 71016 – tel. (0882) 24635 – martedì e venerdì: dalle 18 alle 19; **TARANTO**: via Lombardia, 44/46 cap 74100; **VERONA**: volto S. Luca, 4 cap 37100 – tel. (045) 31664 – martedì e giovedì: dalle 18 alle 20; **VIBO VALENTIA**: via Domenico Savio, Villa dei Gerani cap 88018 – tel. (0963) 41481 – tutti i giorni: dalle 15,30 alle 19,30, escluso il sabato. Segreteria: via Argentarìa, 11 cap 88018

NUOVE SEZIONI

L'AQUILA: (indirizzo provvisorio) c/o dott.ssa Donatella Tellini, via XX Settembre – “Palazzo Martella” cap 67100.

CENTRI AED

BERGAMO: via Camozzi, 95 D tel. 244337 – consultorio mercoledì e sabato dalle 14 alle 18, segreteria tutti i giorni dalle 18 alle 20; **FIRENZE**: via Spontini, 73 te. 351457 – consultorio lunedì, mercoledì, venerdì pomeriggio, martedì, giovedì, sabato mattina, consultori gratuiti tutti i lunedì dalle 17,30 alle 19 – via L. Manara, 8 (amb. A del Sarto): dalle 17 alle 19 – via S. Agostino, 12 (crc F. Ferrucci): martedì dalle 10 alle 12 – viale A. Volta, 171 (Centro med. Preventiva); mercoledì dalle 10 alle 12 – via Pacini, 48 (amb. M.P. Tempesti) dalle 17 alle 19 – via delle Panche, 133 D (Centro Ig. Ment.): venerdì dalle 17,30 alle 19 – piazza Ciampi II (C.d.P. Buonarroti); **LECCO**: via Anghileri, 13 – tel. 29318 – martedì e sabato dalle 9 alle 12 e dalle 14 alle 17; **MILANO**: Dr. Giulia Baiocchi – via Molino delle Armi, 5 tel. 8322008; **PAVIA**: via Regno Italico – tel. 41770; **PISA**: via Bianchi, 52-54 – giovedì dalle 15 alle 20; **PRATO**: via S. Trinità, 128 – lunedì, mercoledì, venerdì pomeriggio; **ROMA**: via della Vite, 95 – tel. 6785472 – tutti i giorni dalle 10 alle 13 e dalle 17 alle 20.

CENTRI VARI

FIRENZE: CEMPT – via Lamarmora, 14; **FORLÌ:** CEMP e Consultorio per la pianificazione familiare – Ospedale Morgagni – tel. 23397 (visita previo appuntamento); **GROSSETO:** Consultorio comunale di P. Lamarmora, 2 presso ufficio igiene – martedì, mercoledì dalle 16 alle 20; **LIVORNO** (Ardenza) CED: Carla Billeri – Via Felciaio, 1 – tel. 0586 (51215); **MESTRE:** CEMP – piazza Leonardo da Vinci – tel. 959034 – martedì e sabato dalle 16 alle 19; **MILANO:** CEMP via E. Chiesa, 1 – tel. 783915 – tutti i giorni dalle 10 alle 12 e dalle 15 alle 18 escluso il sabato – CISA: corso di Porta Vigentina, 15 A – tel. 581203; **PALERMO:** AIEMP viale Villafranca, 29 – tel. 241216 – mercoledì dalle 17 alle 19, venerdì dalle 10 alle 12; Centro di pianificazione familiare – Clinica ostetrico-ginecologica dell'università (la visita e le eventuali analisi sono del tutto gratuite); **TORINO:** AIEMP – via Arcivescovado, 7 tel. 532770, mercoledì, giovedì e venerdì dalle 15,30 alle 18,30, sabato dalle 10 alle 12; **TRIESTE:** CEMP via Genova, 21 – tel. 30291, tutti i giorni dalle 16 alle 20.

CENTRI DI MEDICINA DELLA DONNA
AUTOGESTITI – CENTRI FEMMINISTI

ROMA: scrivere a CARMELA PALOSCHI Casella postale 6078 Roma; **PADOVA:** Centro per la salute della donna – Galleria Trieste, 6 – tel. Franca 682304; **TORINO:** Centro per la salute della donna – via Montanaro, 24 – Barriera di Milano – tel. 854042 – aperto lunedì dalle 17,30 alle 19,30, martedì dalle 16 alle 19,30, giovedì dalle 16 alle 19,30; **MILANO:** Centro per una medicina della donna – Via Scalvini, 16, giovedì, mercoledì dalle 17,30 alle 19,30. Per informazioni telefonare a Gemma Assante 2710079 o scrivere a Maddalena Gasparini via Giurati, 11.

DUE PAROLE SU LONDRA

« COME FARE PER ABORTIRE A LONDRA

1. Se *non parli inglese*, telefona al primo indirizzo (London Private Nursing Home, tel. 00441-6378271 tra le 8,00 e le 16,00 da lunedì a venerdì e troverai una telefonista che parla italiano. Dille che telefoni perché HAI LETTO IL VOLANTINO. Con lei potrai fissare l'appuntamento. Conferma con una seconda telefonata, IL GIORNO, L'ORA DI ARRIVO, IL N. DEL VOLO, IL NOME DELL'AEROPORTO DOVE ARRIVI.

2. Se *parli inglese* puoi seguire quanto scritto sopra, con la differenza che puoi telefonare a qualsiasi numero di quelli indicati dalle 8,00 alle 17,00 di ogni giorno compresa la domenica.

3. Puoi anche arrivare senza preavviso e farai l'aborto. Ciò vale solo per poche persone, non per grandi gruppi. Di' al tuo arrivo, che HAI LETTO IL VOLANTINO.

4. Se vuoi evitare una telefonata e non hai eccessiva urgenza puoi mandare un telegramma o una lettera in cui specifichi NOME – INDIRIZZO – DATA DEL PRIMO GIORNO DELL'ULTIMA MESTRUAZIONE – ETA'. Inoltre devi indicare giorno, ora e n. del volo di arrivo e scrivere che HAI LETTO IL VOLANTINO. In questo caso riceverai un telegramma di risposta che conferma il tuo appuntamento. Per il viaggio a Londra, ricorda che qualsiasi agenzia ti potrà indicare voli charter (a prezzo economico, da Roma intorno alle 70.000 lire andata e ritorno) anche durante il week-end (partenza venerdì mattina, ritorno domenica sera).

SE ARRIVI ALL'AEROPORTO DI HEATHROW

A. Troverai un autista che ti aspetterà mostrando un cartello col tuo nome o col nome del tuo gruppo. L'autista ti accompagnerà alla clinica.

B. Se non trovi l'autista, telefona alla clinica e chiedi che lo mandino a prenderti.

C. Se non riesci a telefonare vai allo sportello della HERTZ e

dà il nome della clinica dove vuoi andare e un autista ti accompagnerà in taxi. Questo taxi sarà pagato dalla clinica.

SE ARRIVI ALL'AEROPORTO DI GATWICH O UN ALTRO

Prendi il treno — la stazione è nello stesso aeroporto — per Victoria Station. Il biglietto costa meno di una sterlina. A Victoria Station troverai un autista (con un cartello che porta il tuo nome) al binario del tuo treno. Se sei in gruppo troverai un pulmino della clinica che ti accompagnerà GRATIS alla clinica.

Tutto questo vale solo se hai avvertito per telefono o con telegramma dell'ora, giorno di arrivo e n. del volo.

N.B. NON PRENDERE MAI UN TAXI da Gatwich a Londra perché è molto costoso e inutile in quanto ci sono treni frequenti ed economici che portano a Londra, Victoria Station.

Inoltre se a Victoria Station non trovi nessuno ad attenderti TELEFONA ALLA CLINICA E FA MANDARE UN AUTISTA A PRENDERTI. Eviterai spese eccessive di taxi.

Il tempo minimo di permanenza in Inghilterra è di due notti. Quindi per esempio, se arrivi il venerdì mattina, sarai visitata la sera, farai l'aborto il sabato mattina, starai in clinica la notte di sabato e potrai ripartire domenica mattina. SE LA TUA GRAVIDANZA E' AVANZATA — cioè tra le 18 e le 22 settimane DOVRAI FERMARTI UNA NOTTE IN PIU'. RICORDA CHE I PREZZI INDICATI COMPRENDONO: IL TRASPORTO DALL'AEROPORTO DI HEATHROW (o della stazione Victoria, nel caso di arrivo a Gatwich o altro aeroporto) ALLA CLINICA — LE DUE NOTTI (o tre) CHE PASSERAI IN INGHILTERRA — TUTTI I TRATTAMENTI CHIRURGICI — IL TRASPORTO DALLA CLINICA ALL'AEROPORTO DI HEATHROW (o alla stazione Victoria nel caso di partenza da Gatwich o altro aeroporto).

N.B. In caso di complicazioni, se fosse necessaria la tua permanenza in clinica per più di due tre giorni, non dovrai pagare nulla di più dei prezzi indicati.

Se decidi di mettere una spirale, lo puoi fare subito dopo l'aborto, dopo esserti consigliata col medico. In questo caso pagherai due sterline in più.

INDIRIZZI DELLE CLINICHE

1. London Private Nursing Home, 31/35 Langham Street, London WIN 6LE, tel. 00441-5803916, oppure 00441-6378271

2. Parkview Clinic 87 Mattock Lane Ealing, London W5, 5BJ. tel. 00441-5670102 oppure 00441-5796521 oppure 00441-57966371

3. New Cross Nursing Home 415 New Cross Road, LONDON SE 14 6TA, tel. 00441-6927877 oppure 00441-6925964.

Il prezzo per l'intervento è di 60 sterline fino a 13 settimane; di 100 sterline da 13 a 18 settimane; di 170 sterline da 18 a 22 settimane.

N.B. Le settimane si contano DAL PRIMO GIORNO DELL'ULTIMA MESTRUAZIONE.

L'ABORTO FINO A 18 SETTIMANE NELLE CLINICHE DI LONDRA

Dopo aver fissato un appuntamento, per telefono o per iscritto, all'arrivo in clinica, sarai visitata da due medici e nello stesso tempo ti faranno gli esami di laboratorio (gruppi sanguigni, ecc.). Ricordati di dire se sei allergica a qualche medicamento o anestetico.

La prima notte alloggerai in un albergo vicino alla clinica perché la legge inglese richiede che tu stia in Inghilterra una notte prima dell'intervento chirurgico.

Non devi bere o mangiare niente dalla mezzanotte del giorno di arrivo perché il giorno dopo dovrai essere anestetizzata.

La mattina dopo dall'hotel sarai accompagnata alla clinica dove sarai esaminata nuovamente. Se tutto è normale la mattina stessa farai l'aborto. Dopo poco dal tuo ingresso sarai accompagnata nella stanza pre-operatoria dove un'infermiera ti farà un'iniezione intramuscolare: questa è la preanestesia e serve solo come tranquillante e non ti farà addormentare. Infine ti verrà fatta una iniezione endovenosa: questa è

l'anestesia generale e in pochi secondi sarai addormentata. Quindi il chirurgo dilaterà adagio il collo dell'utero con una serie di dilatatori graduati. Alla fine della dilatazione inserirà nell'utero una cannula di plastica flessibile con un'estremità provvista di una apertura. Questa cannula sarà attaccata a una pompa aspirante, in cui il vuoto viene prodotto gradualmente.

L'aspirazione è regolata con cura finché l'utero non è stato svuotato. Il chirurgo controllerà poi che lo svuotamento sia avvenuto eseguendo un leggero raschiamento per essere sicure che non sia rimasto nell'utero nessun residuo che potrebbe provocare infezioni o emorragie.

Sarai accompagnata in una stanza dove comincerai a svegliarti e un'infermiera sarà vicina a te in questo momento. Poi sarai accompagnata nella tua stanza e dormirai ancora circa un'ora e mezza.

Quando ti sveglierai completamente, ti daranno da mangiare. A questo punto sentirai forse qualche dolore, simile a crampi, dovuti alle contrazioni dell'utero.

Questi dolori se ci saranno, saranno simili a dolori mestruali. Passerai la notte in clinica e un'infermiera controllerà le tue condizioni e misurerà la pressione. La mattina dopo sarai visitata e il medico ti dirà se puoi uscire dalla clinica.

Sarai accompagnata all'aeroporto di Heathrow o a Victoria Station (se partirai da Gatwich o da un altro aeroporto).

N.B. Per gravidanze più avanzate di 14 settimane, il collo dell'utero deve essere dilatato di più e l'anestesia dura più a lungo.

Infine riceverai istruzioni post-operatorie (in italiano) prima di lasciare la clinica, e un medico discuterà sul mezzo contraccettivo che sarà più indicato per te.

L'ABORTO DALLE 18 ALLE 22 SETTIMANE

Tutte le premesse saranno identiche a quelle descritte per l'aborto fino a 18 settimane e cioè fino alla mattina dell'intervento che, dal momento che la tua gravidanza è più avanzata, non potrà essere eseguito per aspirazione.

Sono invece adoperate le prostaglandine che vengono somministrate secondo questo metodo (data la semplicità e l'assenza di dolori NON è necessaria per questa somministrazione l'anestesia generale);

Viene fatta un'anestesia locale e con una siringa ipodermica si aspira un po' del liquido amniotico che è nell'utero. Questo liquido è sostituito con una soluzione di prostaglandine. Questo procedimento dura circa 10 minuti ed è indolore.

Poi resterai a letto e proverai bisogno di bere: potrai bere quanto vorrai e potrai anche mangiare qualcosa di leggero. Entro le 24 ore seguenti la soluzione di prostaglandine farà contrarre l'utero come per un parto normale. Se proverai dolore riceverai un sedativo. Quando le contrazioni avranno fatto espellere il contenuto dell'utero ti sentirai meglio e riposerai.

Un'infermiera ti assisterà e misurerà la tua pressione. Il giorno dopo sarai esaminata da un medico che ti dirà se potrai lasciare la clinica, ti darà le istruzioni post-operatorie, e discuterà con te sul mezzo contraccettivo che sarà più indicato per te ».

(Questo è il testo di un volantino preparato e distribuito dalle campagne di un gruppo femminista italiano che, per ovvi motivi, vogliono restare anonime).

INDIRIZZI PER IMPARARE A FARE L'ABORTO CON ASPIRAZIONE

Chi non è né medico né ginecologo può scrivere al MLAC, o andare direttamente e chiedere informazioni. Loro non insegnano più, però hanno pacchi di nomi e indirizzi di gente disposta a insegnare. La cosa migliore è andare lì e scecciarli finché non vi danno retta.

MLCA, 34 Rue Du Vieille Temple, PARIS.

Chi invece ha la laurea farà meglio a scrivere a Ljubljana (in Jugoslavia) alla clinica per la pianificazione familiare: insegnano a tutti (i laureati), però bisogna scrivere prima di

prendere accordi, perché cercano di mettere insieme 7-8 persone.

Klinicna Bolnica za porodnistvo in zenske bolezni.

Lidija Andolsek Family Flemming Institute V. L. Stare Pravde II, Ljubljana. Dott. Hanja Kuhelj, tel. 316177, int. 32 (parla italiano).

BIBLIOGRAFIA

(I titoli qui sotto riportati riguardano testi che si occupano sia di aborto che di contraccezione che di cose analoghe: i testi segnati con l'asterisco sono quelli più raccomandati perché più vasti o più recenti o perché l'impostazione generale è più dalla parte della donna che del medico).

ANTICONCEZIONALI DALLA PARTE DELLA DONNA

A cura del gruppo femminista per una medicina della donna (richiedere a L. Pereovich, via Fusetti 1, Milano).*

"DA ERODE A PILATO" Beltrami-Veneziani: il problema dell'aborto e del controllo delle nascite in Italia, Marsilio editore.

BIRTH CONTROL HANDBOOK E VD HANDBOOK: si possono avere scrivendo a P.O. Box 1.000 Station G Montreal 130 Quebec, Canada.*

NOI E IL NOSTRO CORPO The Boston Women's health book collettive trad. italiana di Feltrinelli, L. 3000.*

CIRCLE ONE è un opuscolo preparato dalle campagne americane delle "Self Health Clinics", da cui è stata tratta la prima parte di questo libro (il manuale di autocura, che è una traduzione). Qualcuno che è passato da queste parti se ne è autoappropriato/a per cui non lo abbiamo più e non abbiamo più nemmeno l'indicazione di dove si può trovare e di dove è stato stampato.*

GLI ANTIFECONDATIVI Luigi De Marchi, ed. Della Valle, L. 1.000.

PER IL DIRITTO D'ABORTO Foletti-Boesi, ed. Savelli, L. 800.*

IL PROCESSO DEGLI ANGELI Pierobon, ed. Tattilo, L. 2.700.

QUADERNI DI LOTTA "ABORTO: UNA BATTAGLIA DI CLASSE", richiedibile a "Centro di documentazione - casella postale 53 55100 Pistoia".

VAGINAL POLITICS Frankfort Quadrangle Books - dollari 6,95.

SESSUALITA' FEMMINILE E ABORTO dalle Pubblicazioni di Rivolta Femminile, Mioni Angela, P.le Baracca *, Milano, L. 450.

UN CASO D'ABORTO (Processo Chevalier), ed. Einaudi, L. 1.800.

CONTRO L'ABORTO DI CLASSE a cura di Maria Adele Teodori, ed. Savelli, L. 2.000.

Materiale di vario genere può essere richiesto ai seguenti indirizzi:

C.I.S.A., Corso di Porta Vigentina 15/A, Milano, tel. 581203.

M.L.A.C., 34, Rue Du Vieille Temple, Paris.

"Feminist Women's Health Center", 2930 Mc Clure Street, Oakland, California, 94700.

Health Organizing Collective of Women Health & Abortion Project", 577 Sixth Street, Brooklyn, N. Y., 11215.

"National Women's Health Coalition", 222 East 35 Street, New York, N. Y., 10016.

Pubblicazioni di controcultura e simili che si sono occupati - anche dando idee pratiche - dell'aborto, ecc.

KING KONG - Via indipendenza 16, L. 300.

L'ABORTO OGGI a cura del comitato lucchese per la liberalizzazione dell'aborto (richiedibile scrivendo a Via del Bastardo 10, Lucca, tel. 49087).

IL BRUTTO ANATROCCOLO n. 2 L. 200, Sabbadini C.P. 105, Lucca.

UNA TAZZA DI THE L. 300 (Gianni Bava, via delle Scuole 18 Mondovì Piazza Cuneo).

STAMPA ALTERNATIVA

Casella postale 741 - Roma

conto corrente postale 1/61922

STAMPA ALTERNATIVA è un centro di servizi che lavora per e con compagni di base isolati, collettivi o gruppi, iniziative di base per mettere a disposizione quanti più strumenti possibili di collegamento auto-difesa, lotta, lavoro politico creativo.

STAMPA ALTERNATIVA non ha alcuna pretesa di fare un nuovo gruppettino o gruppettone o partitino rivoluzionario, borioso e settario, con pretese di egemonia e strumentalizzazione. Nemmeno di continuare a menarla con chiacchiere sulle linee-strategie-analisi-approfondimento-piattaforme-bla - bla - bla. STAMPA ALTERNATIVA EDITRICE E DISTRIBUTRICE sono due strumenti di lavoro per tutto il movimento, per produrre e mettere in circolazione a prezzi militanti, cioè accessibili a vaste masse di compagni, materiali (controinchieste, manuali, documenti, ecc.) che altrimenti rimarebbero nel ghetto dove sono stati prodotti oppure dovrebbero passare sotto la ghigliottina del prezzo di copertina e di una distribuzione ufficiale che, se funziona per le grandi città, lascia scoperto tutto il resto del territorio.

STAMPA ALTERNATIVA EDITRICE E DISTRIBUTRICE lavora con SAVELLI perché è stato il solo editore progressista, di sinistra, che ha mostrato interesse e ampia disponibilità per il lavoro di STAMPA ALTERNATIVA.

I materiali elencati STAMPA ALTERNATIVA DISTRIBUTRICE li può inviare entro pochissimo dalla richiesta, accompagnata dall'importo in soldi contanti, francobolli, oppure vaglia, o sul conto corrente postale 1/61922 - Roma.

Richieste e versamenti vanno indirizzati a STAMPA ALTERNATIVA, casella postale 741, Roma.

PUBBLICAZIONI

(elenchiamo i titoli e il prezzo di copertina, intendendo che delle riviste inviamo l'ultimo numero uscito nel momento che ci arriva la richiesta).

IL PANE E LE ROSE, lire 300

L'ERBA VOGLIO, lire 500

ROSSO VIVO, lire 300

ROSSO, lire 300

LA VECCHIA TALPA, lire 300

RIVISTA ANARCHICA, lire 250

NOTIZIE RADICALI, lire 150

COMBINAZIONI, lire 200

UNA TAZZA DI THE', lire 300

PUZZ, lire 350

GATTI SELVAGGI, lire 250

BUCO, lire 300

FUORI, lire 1000

SOTTOSOPRA, (numero "esperienze dei gruppi femministi in Italia, 1974", lire 1000. Numero speciale "sessualità-procreazione-maternità-aborto", lire 800).

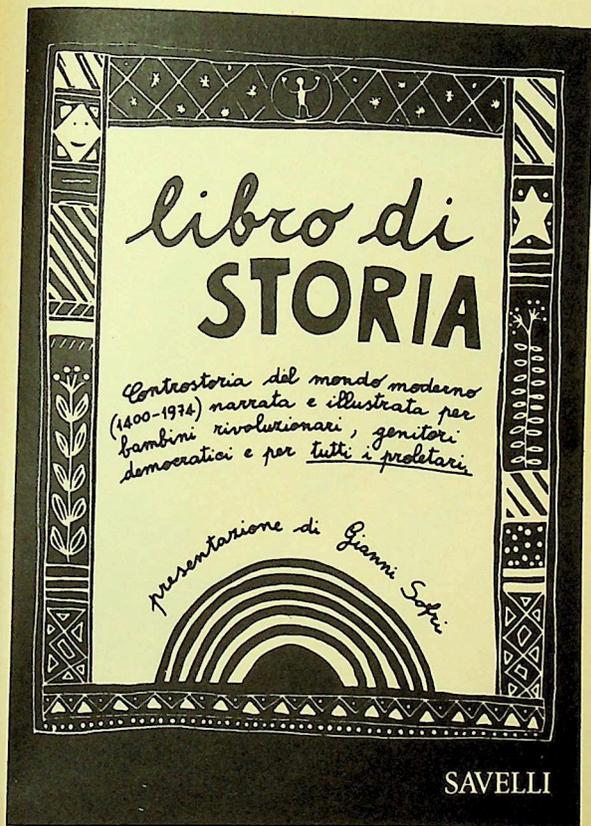
CENTRO DOCUMENTAZIONE PISTOIA: ABORTI SI NASCE, ABORTISTI SI DIVENTA, lire 600; documento della campagna nazionale per la scarcerazione di LAZAGNA, lire 100; bollettino con le segnalazioni di tutti i materiali disponibili, lire 200.

LIBRI

Tutti quelli segnati sul catalogo SAVELLI EDITORE. Il catalogo aggiornato può essere richiesto a STAMPA ALTERNATIVA, anche più copie. Sul prezzo di copertina possiamo fare il 10 per cento di sconto.

BOLLETTINO STAMPA ALTERNATIVA

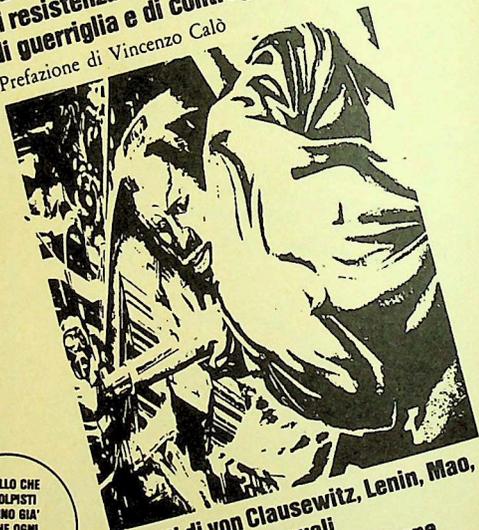
A chi ne fa richiesta inviamo regolarmente il bollettino di segnalazioni materiali e iniziative del circuito alternativo. Mandiamo anche pacchi e pacchetti di bollettini o locandine da distribuire e far circolare in occasioni buone. Chi può mandare qualche lira in francobolli per coprire le spese di stampa.



IN CASO DI GOLPE

Manuale teorico-pratico per il cittadino
di resistenza totale e di guerra di popolo
di guerriglia e di controguerriglia

Prefazione di Vincenzo Calò



QUELLO CHE
I GOLPISTI
SANNO GIÀ
E CHE OGNI
DEMOCRATICO
DOVREBBE
SAPERE

Scritti di von Clausewitz, Lenin, Mao,
von Dach e i manuali
delle Special Forces americane

SAVELLI

STAMPA ALTERNATIVA



casella postale 741-roma-italy

COEDIZIONE STAMPA ALTERNATIVA EDITRICE / SAVELLI EDITORE

«L'aborto è legale o illegale nei diversi paesi, non a seconda della 'morale' dominante, ma a seconda degli interessi economici di chi governa. Per cui ottenere l'aborto legale è importante fino a un certo punto: quello che è importante è ottenere il diritto di poter avere figli quando li vogliamo se li vogliamo. Vogliamo disporre di anticoncezionali funzionanti e dell'aborto libero e gratuito e su richiesta. Vogliamo asili nido, strutture alternative a disposizione delle madri nubili o che lavorano o che comunque non vogliono essere schiave della loro maternità; assegni familiari fino alla maggiore età dei figli; asili e scuole in cui si possano mandare i figli senza sentirsi delle assassine. E così via. Tutto ciò che è necessario insomma perché la scelta tra maternità e aborto sia veramente libera».

«Nei paesi dove sono state raccolte serie statistiche e in cui l'aborto è stato legalizzato, è risultato che per una donna è meno rischioso abortire nei primi tre mesi di gravidanza che portarla a termine. Per esempio in Inghilterra si sono avuti 1,2 morti ogni 100.000 aborti... In Italia... si sono registrate 409 morti per parto, complicazioni di gravidanza e puerperio su 893.823 nascite, il che corrisponde a circa 50 su 100.000» (i dati si riferiscono al 1974).

«Secondo le stime più recenti, ... il giro d'affari dell'aborto clandestino di massa si calcola annualmente sui trecento miliardi, di cui gran parte va a medici generici, ginecologi, cliniche... I più realisti oggi arrivano ai 700-800 miliardi di profitti annui».

Nella Collana **CONTROCULTURA** sono usciti i seguenti volumi che si trovano in edicola, libreria, oppure possono direttamente essere richiesti a **STAMPA ALTERNATIVA, CASELLA POSTALE 741 - ROMA** inviando il relativo importo (in soldi contanti, francobolli, oppure sul CCP 1/61922):

- **FARE MACROBIOTICA** (II ED.), L. 900
- **CONTRO IL SERVIZIO MILITARE** (II ED.), L. 700
- **FARE CONTROINFORMAZIONE**, L. 600
- **DIETE E CURE NATURISTE**, L. 700
- **I PADRONI DELLA MUSICA**, L. 700
- **BIBBENDIAMOGLIA MUSICA**, L. 700

L. 1.000
600
000

SISTEMA BIBLIOTECARIO - COMUNE DI PADOVA



SBC000180840

SAVELLI