

Elisabetta

**manuale
femminista**

Copyright: AED Passaggio C. Lateranensi 22 Bergamo

LITO SAVELLI SPA - ROMA
GRAFIA TEL. 06/67145

A E D femminismo bergamo
Passaggio Canonici Lateranensi 22
Parcheggio: Via Camozzi 95 scala D - tel. 244337

consultorio: 9/12 e 17/20 escluso il sabato
centro documentazione donna
incontro femminista: giovedì alle 18
informazione legale femminista

A E D femminismo roma
Via Monte della Farina 36 - tel. 6565438

consultorio: 10/13 e 17/20 escluso il sabato
centro documentazione donna
informazione legale femminista

Capire questo argomento nella sua complessa articolazione è impegnativo ma possibile a qualsiasi donna che rifiuta la passività.

Sessualità, procreazione, anticoncezionali, aborto, demografia ecc. ci toccano, prima o poi, tutte da vicino.

Capire in tempo questi argomenti e il legame che li unisce, significa aiutare noi stesse e anche porre fine a un costume di vita improntato allo sfruttamento della donna, infatti GIA' OGGI la donna è coinvolta in modo drammatico nella soluzione del cosiddetto «problema demografico».

Crediamo che questo tipo di analisi non deve essere lasciato in esclusiva agli «specialisti» (ai quali neghiamo il diritto di occuparsi di argomenti e di scelte che sono di stretta pertinenza di ogni singolo individuo), ma deve, anzi, essere approfondito e rivendicato da ciascuno come diritto inalienabile di gestire la propria vita.

Nerina Negrello
Segretaria nazionale

Piattaforma programmatica

L'**AED** è un gruppo di pressione laico, apolitico, senza fini di lucro, costituitosi per promuovere tutte le iniziative (culturali, politiche e sanitarie) che garantiscano, in termini di libertà individuale e di progresso civile la trattazione del tema demografico.

L'**AED** ha focalizzato in Italia i livelli d'intervento demografici, correlandoli con le associazioni private e pubbliche impegnate nel settore, evidenziando in tal modo i vari tipi di contraccezione e la loro subordinazione alle varie politiche demografiche.

L'**AED** rifiuta qualsiasi soluzione verticistica del problema demografico (population planning = pianificazione della popolazione) (1); non condivide la pianificazione all'interno della coppia (family planning = pianificazione familiare) (2); in contrapposizione, l'**AED** dal 1973 si è fatta promotrice del diritto di scelta a livello individuale (individual planning) (3) come concreto ed esplicito riconoscimento dell'autonomia della donna.

L'**AED** si batte affinché vengano rimosse le strutture repressive che vietano l'informazione in campo sessuale e procreativo e difende e propugna la distinzione fra sessualità e procreazione ritenendo primario il conseguimento di questi obiettivi: libera informazione e scelta della contraccezione, (mezzi, metodi, tecniche); diritto alla sterilizzazione volontaria e diritto al libero aborto, intesi come aspetti complementari nell'ambito di un'unica problematica. Considera le varie forme di contraccezione (sterilizzazione e aborto comprese) come strumenti di una scelta che ogni individuo deve poter operare. Questo atteggiamento muove dalla consapevolezza

(1) Aied (2) Uicemp (3) AED

che l'esigenza di una procreazione volontaria, responsabile e consapevole è da sempre presente negli individui e che l'attuale crisi demografica è imputabile unicamente al costume sociale repressivo anziché, come si vorrebbe far credere, ad una "animalità" popolare.

L'AED sottolinea la propria scelta in favore dell'aborto libero gratuito e garantito, in contrapposizione all'aborto legale che considera uno strumento di potere in mano alla classe dirigente ed espressione tipica ed inconfutabile della pianificazione della popolazione.

L'AED denuncia il diffondersi del fenomeno delle sperimentazioni in vivo sulle donne, per opera di equipe universitarie o di ginecologi singoli, che giocano sulla gratuità del servizio, per procurarsi con facilità delle cavie. Questi specialisti della sperimentazione sono collegati con le case farmaceutiche dei cui prodotti si fanno garanti senza sperimentazioni sufficientemente serie.

L'AED anticipa il pericolo della istituzione obbligatoria della visita prematrimoniale, strettoia di controllo psicologico-comportamentale e genetico dei cittadini. Propone in sua vece la visita facoltativa preconcezionale.

L'AED mette in evidenza come i consultori familiari (costituiti il 29-7-1975) a conclusione di 20 anni di attesa e di lotte, si configurino come organismi al servizio del potere, finalizzati al controllo del numero della popolazione, canale di trasmissione dei valori dominanti, strumento di manipolazione delle coscienze, baluardo contro le soluzioni alternative e diverse.

L'AED afferma che nessuna rivoluzione culturale potrà mai essere proposta in modo veritiero da quanti continuano a favorire la psichiatria e la psicologia nonché la sessuologia e tutte quelle "specializzazioni" che manipolano i problemi umani rinnovando l'aspetto classista e il ruolo subalterno della donna nella nostra società. Propone pertanto l'abolizione dei manicomi e delle cattedre di psichiatria e di psicologia.

L'AED al fine di promuovere il diritto di scelta a livello individuale e la crescita critica di tutti i cittadini, sollecita la comprensione della differenza fra informazione sessuale e educazione sessuale. Propone l'informazione sessuale nel rifiuto del ruolo tradizionale dei sessi e di quei recenti indirizzi educativi che attraverso imposizioni di nuovi modelli sessuali e comportamentali, tendono pur mutando i fini, a mantenere "passivo" il ruolo del singolo. Dal punto di vista didattico, propone l'inserimento nei normali programmi di insegnamento dell'anatomia e della fisiologia dell'apparato genitale maschile e femminile, lasciando all'esigenza del singolo la scelta del comportamento sessuale.

Nel campo operativo l'attuale impegno dell'AED si esplica su tre direttrici principali:

- a) azione culturale: dibattiti conoscitivi d'aggiornamento sui problemi demografici, ecologici, dell'informazione sessuale ecc. Informazione sulla repressione sessuale di ieri e sulla oppressione sessuale di oggi. Diffusione della conoscenza dei mezzi, dei metodi, delle tecniche anticoncezionali.
- b) azione politica: impegno per l'abrogazione delle leggi che vietano l'aborto libero e la sterilizzazione volontaria. Impegno per il reale riconoscimento dei diritti della donna in questo settore e pertanto denuncia di ogni speculazione venale nell'area della "donna-oggetto". Creazione di strutture alternative che permettano ai cittadini un utilizzo critico dei servizi gratuiti pubblici.
- c) azione sanitaria: consulenza per tutte le persone interessate all'informazione contraccettiva; assistenza medica a tariffe minime presso ginecologi e laboratori convenzionati.

L'AED ha deciso di rifiutare le sovvenzioni destinate dallo Stato ai centri familiari, consapevole che l'indipendenza politica coincide in larga misura con l'indipendenza economica. E' sostenuta economicamente dai contributi dei soci e dei cittadini che ne condividono il programma.

CHE COS'E' UN CONSULTORIO AED?

Per prima cosa **non** è un centro medico e questo lo distingue da tutti gli altri consultori italiani e gli permette *di essere un consultorio informativo, femminista, alternativo, autogestito, autofinanziato.*

Informativo: perché siamo convinte che le donne devono essere più informate e agguerrite politicamente per stroncare le speculazioni, e perché la libertà di scelta per cui noi lottiamo può esistere solo se c'è una preventiva conoscenza delle cose.

Ci diceva il rappresentante della casa farmaceutica Searl che l'industria farmaceutica preferisce i centri medici, al nostro, perché là una donna entra e esce con l'intrauterino collocato, mentre noi dell'AED diamo il tempo di pensare.

Femminista: perché è gestito dalle donne e ha come obiettivo la difesa delle donne e della loro salute.

L'impegno delle donne che vi lavorano è volontario, e qualsiasi donna può unirsi al gruppo per dare il suo apporto di idee e di lavoro, nel momento in cui condivide gli obiettivi del programma.

Che cosa facciamo? Consulenze di contraccezione, di aborto, di sessualità, di medicina preventiva, ecc. dando una soluzione concreta a questi problemi. E ancora: incontri fra noi, traduciamo letteratura straniera per gli aggiornamenti, abbiamo organizzato un centro di documentazione della donna con biblioteca e emeroteca, abbiamo contatti con altri gruppi femministi.

Alternativo: perché è una struttura che non fa parte di quella miriade di istituzioni che ruotano intorno agli interessi dello Stato o agli interessi privati della classe dirigente. Nasce dalla consapevolezza degli individui e delle donne in particolare, che a dare una risposta vera alle nostre esigenze non possiamo che essere noi stesse, tutte noi organizzate.

Questa è la ragione per cui all'interno dei consultori AED vengono rifiutati gli «specialisti del comportamento» (psicologi, psicanalisti, sessuologi, sociologi e assi-

stenti sociale, ecc.) che altri non sono che nuovi agenti della nostra oppressione. Li rifiutiamo siano essi uomini o donne. Infatti, oggi, la borghesia, consapevole di suscitare una minore diffidenza, «spinge» le donne nei consultori di Stato come «specialiste del comportamento».

Autogestito: perché il consultorio si configura come riferimento informativo politico-culturale e di dibattito. La donna che viene al consultorio AED trova un'altra donna, altre donne con i suoi stessi problemi con le quali parla, discute, torna quando vuole per trovare la soluzione al problema che l'ha condotta al consultorio.

Per l'aspetto clinico indirizziamo a ginecologi, medici, ostetriche, laboratori d'analisi e farmacie che, più sensibili di altri loro colleghi, offrono le loro prestazioni a tariffe minime.

Incontri periodici tra le donne attive dell'AED e i collaboratori esterni permettono uno scambio di vedute che non intralcia la nostra autonomia.

Autofinanziato: perché è indispensabile non creare delle dipendenze economiche, di nessun genere, dal momento che non vogliamo vincoli e condizionamenti. Riteniamo necessario che tutte le donne partecipino alla costruzione di una struttura che deve rispondere alle nostre esigenze con la quota di iscrizione e i contributi facoltativi.

Questo tipo di struttura è la premessa per assolvere due compiti inscindibili del femminismo alternativo: una analisi autentica, e un servizio di consultorio che dà prova di concreta solidarietà fra le donne. Due azioni che si condizionano e completano reciprocamente.

Questa parallelità fra analisi e azione è un modo per evitare quella odiosa scissione di compiti fra chi pensa e pubblica (scivolando sovente nell'astruso) e chi lavora e risolve i problemi concreti delle donne (sovente però senza capirne fino in fondo la funzione politica).

COSA DICIAMO ALLE DONNE ISCRITTE ALL'AED?

La donna ha il dovere di leggere questo manuale fino in fondo per capire chi siamo, cosa pensiamo e cosa vogliamo.

Se la donna ritiene che i nostri obiettivi coincidano con i suoi si iscrive, se non coincidono, non si iscrive.

Evidentemente qualsiasi donna può venire al consultorio e avere informazioni gratuite, ma l'iscrizione è accettata sulla base di una adesione politica e non di comodo (cioè per usufruire del servizio sanitario a tariffe minime).

La donna iscritta, nella misura in cui conosce lo sforzo del gruppo, ha il dovere di rinnovare ogni anno, possibilmente entro marzo, per permettere al gruppo attivo di continuare l'azione intrapresa.

Chi per pigrizia o disinteresse si fa vivo dopo anni, può rinnovare l'iscrizione solo se versa i contributi arretrati, dando in questo modo prova della sua disponibilità.

Le donne che hanno grosse difficoltà economiche, evidentemente, hanno la tessera gratuita.

Altri doveri sono soggettivi e dipendono da situazioni familiari o da minore o maggiore senso di responsabilità: ci sono donne che non si fanno mai vedere, altre che vengono occasionalmente, altre che lavorano da mattina a sera. Cioè, l'attività è facoltativa, anche se auspicata.

L'iscritta usufruisce del servizio sanitario che si configura con ginecologi, ostetriche, medici, laboratori di analisi e farmacie che collaborano a tariffe minime. I casi veramente particolari hanno il servizio sanitario gratuito.

Il servizio clinico all'esterno permette alla donna di rivolgersi al consulente tecnico che preferisce e nello stesso tempo evita che il centro scivoli in una pratica di assistenza medica perdendo i suoi connotati politici.

QUALI E QUANTI SONO I CONSULTORI AED?

Le confusionarie informazioni della stampa nazionale e falsa femminista, ci convincono della necessità di chiarire la situazione sui consultori AED.

I consultori AED sono vincolati fra di loro per quanto attiene il rispetto della piattaforma programmatica e della struttura organizzativa

che li configura come consultori informativi politico-culturali con collaborazioni mediche all'esterno, e mai come consultori medici.

Strutturare il consultorio in questo modo significa permettere a qualsiasi donna, casalinga o operaia, laureata o no, di agire all'interno del consultorio senza il confronto diretto e costante con personaggi (medici o psicologi ecc.) che, per via della laurea specifica nel settore, tendono sempre a rendere esclusivamente «scientifico» e quindi «loro», quanto invece è «politico» e quindi «nostro», di noi donne.

Una struttura così configurata impedisce che noi donne si diventi «passa-carte», anche se occasionalmente gratificate, di questo o quel medico che, per ragioni di cultura e di carriera (e qui non distinguiamo fra uomo e donna), non possono materialmente oltrepassare certi limiti che li danneggerebbe sul piano professionale.

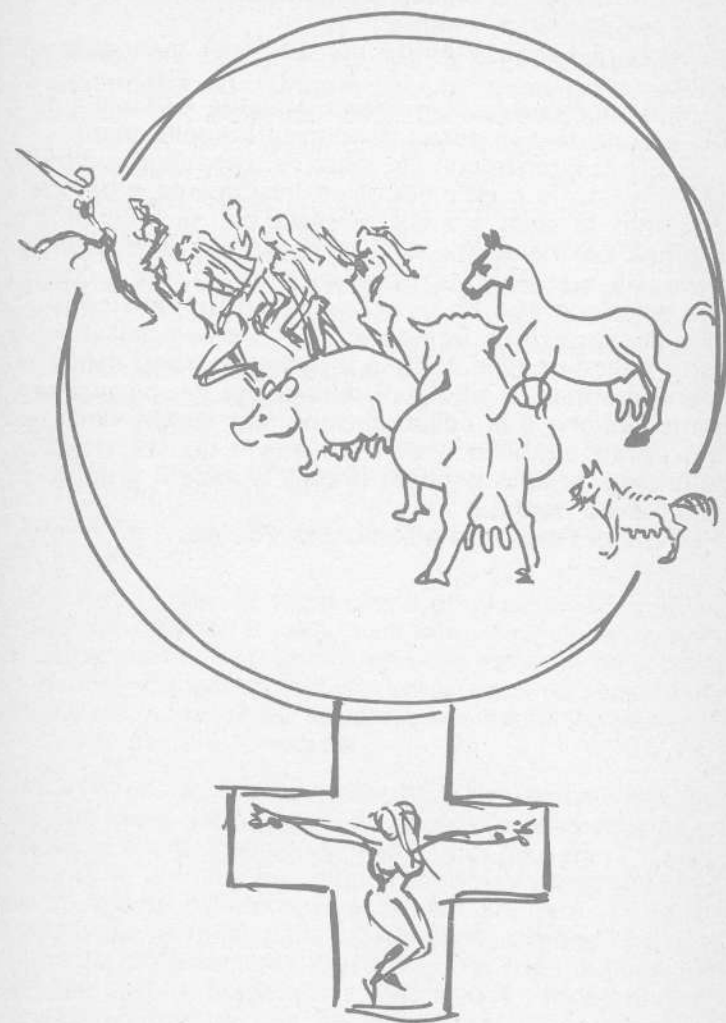
I consultori AED per quanto attiene l'organizzazione del lavoro, i ritmi, i tempi, l'approccio e l'autofinanziamento sono autonomi.

le AED fra loro politicamente federate sono:

AED bergamo è la prima AED, costituitasi nel marzo del 1973 ed è riferimento centrale politico e legale.

AED roma costituitasi nel gennaio del 1975.

AED milano è stata costituita ma al momento è solo un valido riferimento medico.



Spacciamo questo cerchio per abbandonare il ruolo subalterno che ci ha crocefisso per secoli.

Le altre AED di cui occasionalmente si indica l'indirizzo sulla stampa, o non esistono o sono spurie. Precisiamo:

L'AED di Pisa ha chiuso i battenti definitivamente nel 1975 per decisione propria.

L'AED di Lecco è morta nel 1975 per mancanza di soldi.

L'AED di Pavia è sclerotizzata. Malattia inevitabile per chi si considera in attesa dei consultori dello Stato.

L'AED di Firenze con l'avvento dei consultori pubblici ha intravisto la possibilità di un inserimento e da quel momento la sigla è stata svuotata dei suoi contenuti originali per diventare sigla di comodo e di contrattazione. Ne è scaturito un putiferio interno e si è creata una scissione che ha dato origine ad un altro consultorio (Associazione Demografica). La prova dell'abbandono della «politica AED» è il connubio con i centri di igiene mentale, il rifiuto di denunciare le speculazioni farmaceutiche e la collaborazione con relativi vantaggi con l'Ente pubblico. Parallelamente a questa svendita della sigla è stato ospitato presso la sede il gruppo di salute della donna.

L'AED di Prato vive all'ombra di Firenze.

CONTRACCEZIONE E DEMOGRAFIA

E' attualmente in corso in Italia e nel mondo una campagna intesa ad attribuire alla sovrappopolazione la causa di ogni male del nostro tempo. Con questo artificio i responsabili delle ingiustizie sociali, del confinamento della donna al ruolo procreativo, della disoccupazione, della fame nel mondo, si scrollano di dosso ogni responsabilità e scaricano sulle loro vittime nuovi tipi di violenza. Sono violenza gli articoli che puntualmente leggiamo sulla grande stampa miranti al terrorismo psicologico, la premessa necessaria alla accettazione passiva di «soluzioni finali» come la diffusione di anticoncezionali non sperimentati, degli antifecondativi nell'acqua, della tessera per i figli, ecc.

Donne e uomini sono vittime di un potere che da sempre ha programmato le nascite forzando la popolazione all'incremento, pur non disdegnando in determinati momenti, come l'attuale, di incentivare il disincremento demografico.

Si verifica che ogniqualvolta il processo di accumulazione del capitale è turbato da una minaccia di crisi, il capitale punta sulla deflazione delle nascite come sulla inflazione dei prezzi per scaricare ogni responsabilità della crisi sulle classi subalterne e accreditargliene il prezzo finanziario e sociale.

Questo processo di incremento e decremento gestito dall'alto viene definito a livello internazionale **population planning** (pianificazione della popolazione). Questo criterio di intervento oggi si esprime nella propaganda in favore del decremento della popolazione ed è incentivato in Italia dalla politica statunitense che sostiene economicamente l'Aied che si occupa di contraccezione purché finalizzata al decremento. Il potere non ha alcun interesse che gli individui si autogestiscano sotto l'aspetto procreativo. La conquista della libertà vanificherebbe il monopolio del rubinetto della fertilità.

Il potere sino ad oggi ha osteggiato la contraccezione e l'aborto solo in quanto gradiva un numero elevato di

«subalterni». Il giorno che il numero preoccuperà seriamente (e già questo processo è in atto) il potere modificherà la legge, renderà lecito quanto era illecito, anzi lo renderà obbligatorio. Nella sua logica c'è spazio soltanto per la norma.

Sempre in campo demografico-contraccettivo ci sono altre politiche oltre al «population planning», queste vengono definite «family planning» e «individual planning».

Il **family planning** (pianificazione della famiglia) rappresentato in Italia dall'UICEMP, rivendica il diritto autodecisionale a livello dell'istituto familiare inteso come nucleo elementare di base della società. In questo modo la scelta verrebbe sottratta all'arbitrio dei governi e passerebbe alle singole famiglie e garantirebbe il rispetto di elementari libertà civili.

Purtroppo però questa politica è diventata nella realtà la maschera democratica della pianificazione demografica. E' in questo ambito che psicologi, sessuologi, preti, consulenti familiari, assistenti sociali, agiscono come «specialisti del comportamento» facendo passare con la copertura della scienza ciò che è l'interesse di Stato o della classe dirigente.

L'**individual planning** (pianificazione individuale) elaborato a livello nazionale e internazionale dall'AED, parte dalla considerazione che l'istituto familiare ripete nel suo interno — fra uomo e donna — lo stesso tipo di rapporto autoritario che si verifica tra potere costituito e popolazione, per cui opta per una soluzione individuale, soprattutto in relazione alla autonomia della donna.

Considera il tipo di sessualità e le varie forme di contraccezione come gli strumenti di una scelta che ogni individuo deve poter operare senza l'ausilio degli «specialisti del comportamento».

Questa scelta muove dalla consapevolezza che l'esigenza di una procreazione volontaria è da sempre presente negli individui. Inoltre il cosiddetto «problema demografico» è un falso problema se riferito alla responsabilità dei cittadini, ed è invece problema gravissimo se considerato come cinica determinazione dello Stato che gestisce in proprio il rubinetto della fertilità.

Oggi, invece, cercano di persuaderci del contrario: ovvero che la colpa è nostra.

Questa è la ragione per cui il femminismo e i gruppi che si occupano degli interessi delle classi subalterne, non devono, come hanno fatto sino ad ora, semplicisticamente accantonare la demografia come scienza autoritaria; c'è modo e modo di condurre ogni settore (vedi per l'economia ecc.). E' vero che è generalizzato un modo offensivo e funzionale al sistema, ma è anche vero che, se troverà spazio, si svilupperà una demografia di difesa dell'individuo e di liberazione. Non c'è altra strada: se non vogliamo subire le scelte della reazione, dobbiamo gestire la demografia.

Anche se la stampa nazionale, non si sa se per ignoranza o per turpe gioco politico, insiste a presentare la pianificazione individuale, la pianificazione familiare, e la pianificazione della popolazione come uno stesso discorso che si materializza nella contraccezione, non dobbiamo cadere nell'equivoco: posizioni politiche demografiche diverse ispirano diversi modi di gestire la contraccezione, così come, per contro, chi si occupa di contraccezione a livello consapevole o non, favorisce una delle tre politiche demografiche in atto.

Quindi la strada da imboccare è quella della conquista da parte delle donne degli strumenti critici per la costruzione di consultori alternativi che siano luoghi di denuncia di iniziative autoritarie o lesive della salute delle donne, da parte di strutture private o pubbliche.

CONSULTORI DELLO STATO

Con la costituzione dei consultori familiari, la situazione si è fatta sostanzialmente più confusa anche se apparentemente, ai più, può sembrare semplificata.

I livelli di intervento demografici — pianificazione individuale, pianificazione della famiglia, pianificazione della popolazione — che tutt'ora ispirano i modi della pratica anticoncezionale vengono da questa nuova struttura, per così dire, rimescolati nel tentativo di far passare la gestione pubblica dei consultori come qualcosa al di sopra delle parti, nella pretesa di una soluzione «giusta» che verrebbe garantita dagli «specialisti del comportamento» (psicologi, sessuologi, consulenti familiari ecc.).

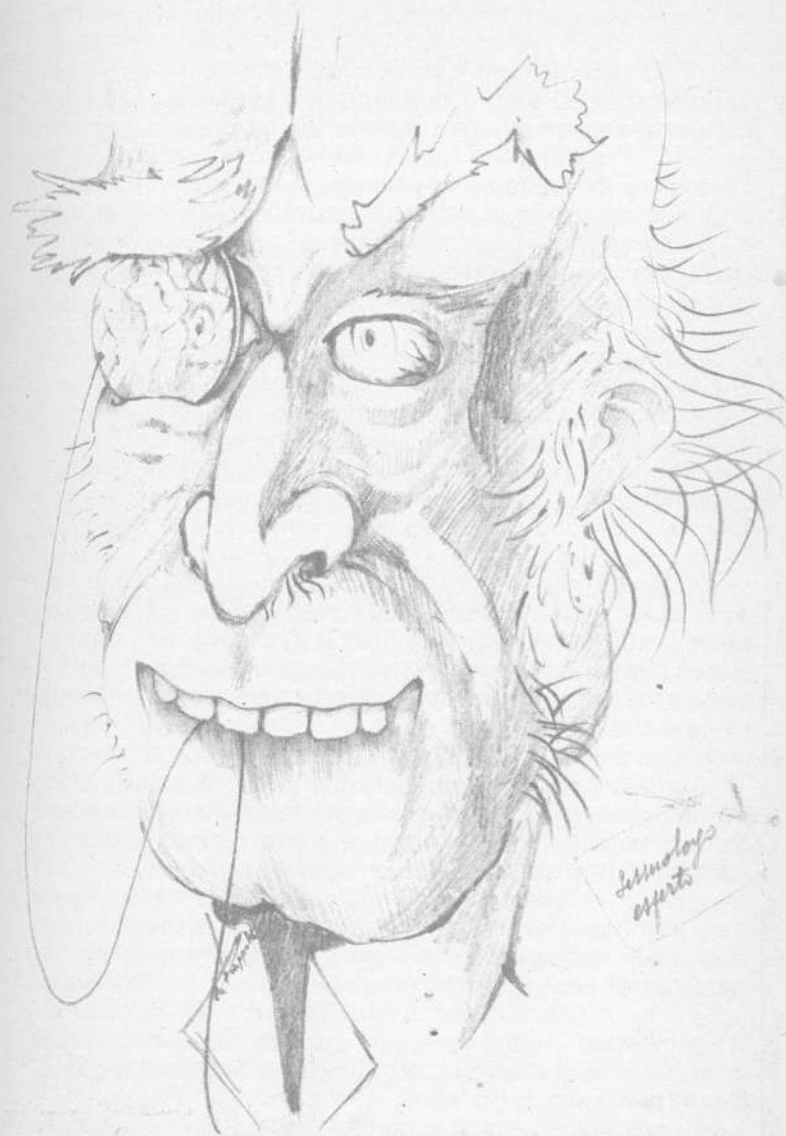
E' così che le donne e il proletariato vengono sacrificati all'interesse di Stato.

Infatti la creazione dei consultori familiari altro non è che la volontà da parte del potere di gestire in prima persona e in modo organico la politica demografica, fino ad ora condotta da associazioni alternative e da associazioni private in continuo scontro e, insieme, di riassorbire nella nuova struttura statale tutte le energie, le ribellioni e le istanze che da qualche anno trovano sbocco nel femminismo cioè nelle strutture alternative.

Senza contare che i consultori familiari risultano uno strumento di condizionamento e quindi di consenso politico molto utile in questo momento in cui le vecchie strutture del potere si sono usurate e screditate.

La realtà italiana dei consultori familiari si caratterizza in due filoni autoritari: il vecchio tradizionale, qualche volta aggiornato, indirizzo clericale che educa all'uso dei metodi e contrasta i mezzi anticoncezionali e l'aborto, che propone l'educazione sessuale repressiva improntata all'amore femminile come dono e lascia morire le donne di aborto clandestino e di parto.

E l'altro filone, quello dogmaticamente sessuofilo che è sempre abbinato in campo contraccettivo alla politica autoritaria della pianificazione della popolazione.



Chi propugna questo indirizzo «scopa ma non far figli» educa la donna ad usare i mezzi anticoncezionali in contrapposizione ai metodi. Costoro praticano molto sportivamente sperimentazioni in vivo sulle donne forti del mito che l'anticoncezionale deve essere sicuro al 100%. Troppo spesso introducono intrauterini senza un preliminare pap-test, somministrano la pillola per 5/6 anni consecutivi senza alcun esame di laboratorio, anche quando le utenti sono giovanissime, e somministrano le iniezioni a deposito con la scioltezza dei migliori nazisti.

Questo secondo indirizzo in quanto opposto al primo e più recente può sembrare ai più un passo avanti, in effetti rientra nella logica del sistema autoritario esattamente come l'indirizzo clericale.

In tutte le nazioni dove esistono i consultori pubblici, la pianificazione demografica più o meno subdola, più o meno crudele, si è mascherata dietro l'etichetta di «pianificazione familiare» che ormai risulta a sua volta completamente screditata. Infatti tutti i consultori di Stato si chiamano consultori familiari. Alcuni esempi della politica demografica dove esistono i consultori di Stato:

Si calcola che in Portorico a partire dal 1968 più del 35% delle donne siano state sterilizzate. L'efficienza della campagna contraccettiva è garantita da imposizioni fisiche e psicologiche (propaganda) di ogni tipo. Le donne vanno in ospedale per partorire e ne escono con le tube chiuse.

In India i consultori familiari distribuiscono cibo solo a quanti si sottopongono a una pratica anticoncezionale. Danno piccole somme o un biglietto per lo stadio in cambio di una sterilizzazione. Il governo sta varando una legge con la quale gli impiegati dello Stato con più di due bambini devono sottostare a sterilizzazione entro due mesi dall'entrata in vigore della legge, pena la perdita del posto di lavoro.

Nel Punjab (India) la legge punisce con un anno di prigione e forti multe i capi famiglia che abbiano più di due figli.

A Singapore, viene imposto agli immigrati (per lo più provenienti dalla vicina Malesia) titolari di un permesso

di lavoro la sterilizzazione alla nascita del secondo figlio. Il certificato di sterilizzazione dei genitori è obbligatorio per iscrivere nelle migliori scuole il secondo figlio.

In Cile, i medici statunitensi hanno selezionato un corpo di medici cileni per la campagna della sterilizzazione di massa. Gli arruolati debbono prestare giuramento che non divulgheranno un solo dato su ciò che significa la pianificazione familiare (*Chile Democratique - Ottobre '74*).

In Inghilterra, l'ex ministro dei servizi sociali, Sir Keit Joseph, pronunciava nel 1974 questo discorso: «un terzo dei neonati in Gran Bretagna sono messi al mondo da ragazze madri al di sotto dei 20 anni generalmente di intelligenza inferiore alla media e appartenenti alle classi sociali inferiori. Questi neonati sono futuri delinquenti o subnormali. E' sulle giovani di questa categoria che va esercitato il controllo delle nascite».

Sempre in Inghilterra alla signora Erckine che chiedeva un prestito immobiliare le autorità municipali hanno preteso come garanzia un certificato di procurata sterilità.

Un esponente laburista Tony Fee del distretto di Hull ha proposto l'aborto obbligatorio in sostituzione di un programma di edilizia popolare.

Nei paesi del Terzo mondo la situazione è ostentata e drammatica, nei paesi cosiddetti civili, la politica demografica è gestita in modo abile.

In entrambe le situazioni c'è un comune denominatore: il trucco del gratuito nei paesi sviluppati, e del gratuito più il premio nei bisognosi paesi del Terzo mondo. E' evidente che essendo il proletariato, le vaste masse, l'obiettivo per cui nascono i consultori familiari risulta fondamentale il gratuito.

Gli esempi portati potrebbero addirittura ipotizzare una dittatura assoluta e generalizzata dello Stato sulla volontà di nascere di intere popolazioni o di classi sociali scomode.

Solo apparentemente da noi la contraccezione segue una logica opposta, per via delle leggi restrittive. Nella pratica, ospedali e singoli medici attuano vaste sperimentazioni che hanno poco da invidiare a quelle del Terzo mondo.

E' chiaro perciò che la pianificazione individuale non trova spazio in queste istituzioni.

Questa è la ragione per cui ora più che mai, diventa importante la presenza in ogni città di **consultori femministi alternativi autogestiti e autofinanziati**.

E' con l'azione politica di questi consultori che le donne possono prendere coscienza della funzione dei consultori di Stato e dei consultori privati e, allo stesso tempo, avere un riferimento dove risolvere alcuni dei problemi delle donne: contraccezione, aborto, maternità, sessualità ecc., nonostante le leggi repressive, e nel modo che **noi** riteniamo più valido.

Per realizzare questo, dobbiamo, come donne, liberarci dal complesso di inferiorità che ci conduce sempre nelle braccia di una qualche «guida», sia questi un medico, lo Stato o il partito e, parallelamente liberarci dal populistico e demagogico concetto del gratuito. Infatti, la struttura alternativa, non può permettersi questo lusso, deve lavorare in collaborazione, anche economica, con la donna.

solo lo Stato borghese può permettersi il gratuito col quale compera le nostre libertà

Inoltre i consultori alternativi possono agire, in termini più ampiamente politici ed essere un riferimento di controinformazione femminista.

Nota - Per la legge promulgata nel 1975 per la costituzione dei consultori e la relativa nostra analisi, rimandiamo all'opuscolo «Potere e consultori» (AED documenti I).

I consultori programmati e finanziati dallo Stato sono:

- organismi al servizio del potere
- finalizzati al controllo del numero della popolazione
- canale di trasmissione dei valori dominanti
- strumento di manipolazione delle coscienze
- baluardo contro le soluzioni alternative e le prassi diverse

**organizziamo
consultori alternativi autofinanziati**



Associazione Educazione Demografica

Donne, compagne,
E' in atto nel Paese un vasto programma di riforme che tende a rilanciare il ruolo egemonico della borghesia, come classe dirigente, e a minare la lotta di liberazione della donna, la presa di coscienza delle classi subalterne, le conquiste operaie.

Questo progetto riformistico avanza su due piani:

1. Il rilancio della strategia del consenso, cioè la partecipazione delle classi subalterne ai progetti politici della classe dirigente.
2. La repressione nei confronti degli strati politicizzati che non si fanno irretire da questa politica.

Infatti in quest'ultimo periodo sono state varate una serie di riforme tutte interne al sistema dominante, tutte intese a rifondarlo e rafforzarlo. Per esempio: la legge sui consultori, la legge sull'aborto, le leggi sull'ordine pubblico, la nuova legge sulla droga, le nuove normative del lavoro dipendente. Questi interventi legislativi sono accompagnati e sostenuti da aperti interventi repressivi.

Psichiatri, psicologi, psicanalisti, sessuologi, tiratori scelti, «squadre speciali», sono i nuovi interpreti del progetto politico; i primi servono al recupero delle grandi masse, i secondi alla repressione delle avanguardie.

All'interno di questo programma politico risulta importante il recupero del consenso delle donne, che sono più del 50% della popolazione. Pertanto il potere ci ha regalato i consultori, che si propongono come strutture tentacolari organizzate per intervenire nella crisi odierna che, con l'alibi della impreparazione dei singoli, demandano la soluzione delle tensioni individuali e sociali allo «specialista del comportamento» che le risolverà nell'ambito del sistema e non contro di esso, nonostante di quelle tensioni proprio il sistema sia il responsabile.

In definitiva i **CONSULTORI DELLO STATO SONO:**
strutture di condizionamento del comportamento
strutture di controllo quantitativo e qualitativo della popolazione
strutture di consenso politico.

I CONSULTORI DELLO STATO che sono gestiti dagli «specialisti del comportamento»: (psicologi, sessuologi, psichiatri, psicanalisti e assistenti sociali) **NON DEVONO TROVARE LA COLLABORAZIONE DELLE DONNE CHE HANNO INVECE IL DOVERE DI SMASCHERARE IL RUOLO DEI CONSULTORI E DEI POLIZIOTTI IN CAMICE BIANCO.**

CONTRO I CONSULTORI STATALI E PRIVATI
CONTRO GLI «SPECIALISTI DEL COMPORTAMENTO»
proponiamo

CONSULTORI ALTERNATIVI AUTOGESTITI AUTOFINANZIATI IN DIFESA DELLE DONNE

UN RILANCIO COMBATTIVO DELLA LOTTA DELLE DONNE

AED femminismo



INFORMAZIONE O EDUCAZIONE SESSUALE?

Circa il controverso dibattito nazionale in materia di sensibilizzazione intorno alla problematica sessuale, è difficile stabilire a quale delle voci spetti la palma della maggiore ipocrisia: se alle associazioni dei genitori, se agli insegnanti, se alla stampa bigotta e quasi fascista, se a quella fascistoide e finto bigotta, oppure ai «bigotti laici» dei vari partiti.

In effetti tutte queste parti vorrebbero, sia pure in modo formalmente diverso, una qualche forma di **educazione** sessuale, così come tutte queste parti non vogliono la semplice **informazione** sessuale che apra le porte ad un dibattito, a reali scelte di comportamento, a pratiche di vita diverse.

L'educazione sessuale trasmette le norme su come, dove, quando e perché realizzare una attività sessuale «educata»: e ovviamente le norme si imparano per attenersi, e sono trasmesse come «scientifiche» dagli «specialisti del comportamento» al servizio della classe al potere.

Progetti di legge per l'educazione sessuale nelle scuole sono già impostati. L'educazione sessuale degli adulti, nei consultori di stato, è già avviata.

Evidentemente ci sono lotte interne per arrivare alla gestione del settore. L'adulto si costruisce attraverso il condizionamento sin da bambino. Solo che l'appannaggio di questo condizionamento una volta era dei preti, oggi è dello Stato. E qui nasce lo scontro tra le forze clericali improntate alla repressione sessuale e le forze laiche psico-consumistiche ispirate alla logica della sessualità come mito e dovere sociale.

Educare significa **scegliere** per gli altri, **finalizzare**, utilizzando le strutture di cui lo Stato dispone: scuole, consultori, la stampa, la televisione, la radio, i film ecc.

Quale indirizzo vincerà nelle scuole? Quello tradizionale o il «nuovo indirizzo» delle false avanguardie?



Questi ultimi, al pari dei timorati di dio, sono preoccupati che la semplice informazione possa traviare i bambini, i giovani, le donne. Gli ipocriti!!!

Dice Marx¹ «Governo e chiesa sono entrambi da escludere da ogni ingerenza nella scuola» «...è lo Stato, al contrario, che necessita di una educazione molto severa, da parte del popolo».

Al contrario **l'informazione sessuale** dà nozioni di anatomia e di fisiologia senza la volontà di trasmettere valori, modi, tempi e motivazioni comportamentali, lasciando alle esigenze del singolo la scelta del comportamento sessuale, senza creare falsi problemi o conflitti riguardo la propria presunta normalità o anormalità sessuale. Funzione che può compiere qualsiasi persona informata: ossia azione di base e non di vertice.

Per quanto attiene l'informazione contraccettiva verrà indicata la gamma completa dei mezzi, metodi e tecniche anticoncezionali, insieme ai riferimenti dove approfondire l'argomento, perché l'individuo possa avere gli elementi per una scelta di cui donne e uomini sono capaci senza pressioni di sorta.

L'AED sollecita l'impegno dei gruppi femministi autonomi per una scelta a favore dell'informazione sessuale e contro l'educazione sessuale (che già palesa la sua profonda misoginia) che estrometta gli «specialisti del comportamento», in difesa della nostra liberazione.

1. Critica al programma di Gotha, 1875.

Volantino di protesta per il dilagare dei film porno-nazisti

FA SCHIFO

Fa schifo che quell'impegno che mirava a una liberazione sessuale, intesa come completa realizzazione dei singoli, sia stato strumentalizzato e preso come alibi dalla speculazione consumistica borghese (dei produttori, registi, distributori e gestori di cinema), spunto per una pornografia che ha superato i limiti del consumismo puramente sessuale per sfruttare la sofferenza umana.

La speculazione borghese ha ridotto la donna a un corpo da esporre, usare, il cui ruolo di prostituta è da consumare di fronte a migliaia di occhi maschili bavori e grevi d'ignoranza bovina.

MA ORA C'E DI PEGGIO. Non è più l'uso della donna «partecipe» che erotizza i maschi. Nei film pornografici dell'ultimo filone sul nazismo sono le torture sessuali.

E' la donna sevizata
E' la donna martorizzata
E' la donna schiava
E' la donna in catene
E' la donna violentata

E' LA DONNA DEI CAMPI DI CONCENTRAMENTO che viene usata per l'erezione schifosa e molesta di quei maschi bastardi.

E a sostegno, il concetto, **L'ORRIBILE CONCETTO MASCHILISTA**, del consenso della vittima che scagiona il violentatore.

MA DOVE SONO LE DONNE? Dov'è la loro rabbia?

MA DOVE SONO LE COMUNITÀ EBRAICHE? Come possono sopportare che dei vili maschi guardino scene che rappresentano, seppur falsate, la sofferenza delle loro donne che hanno dovuto subire violenze inaudite?

MA DOVE SONO TUTTI I MILIONI DI ANTIFASCISTI ITALIANI - consapevoli che questi film sono finanziati col pubblico denaro - che firmano documenti nazionali un mese sì e uno no? Forse stanno vedendo l'ultimo di questi film?

Le migliaia di persone che sanno tollerare questi film (realizzati sia da registi di grido che da strapazzo), o peggio, eccitarsi alla vita delle torture sessuali inferte alle donne, sapendo che sono state fatte solo 30 anni fa dai nazisti tedeschi, sono potenziali aguzzini del presente e del futuro.

Eppure sappiamo che non è fantasia erotica quello che quei film rappresentano. Sappiamo che, oggi come ieri, fatti mostruosi avvengono in varie parti del mondo su iniziativa di poliziotti e militari (coadiuvati da medici, psichiatri e psicologi nelle torture più sofisticate), e sotto l'abile regia del capitalismo privato e di sfato che è disposto a tutto pur di mantenere il proprio potere.

DOBBIAMO CATEGORICAMENTE RIFIUTARE QUESTO FENOMENO!

**NIENTE CENSURA DI STATO ma
LOTTA E MOBILITAZIONE DELLE DONNE**

SESSUALITÀ CONTRACCEZIONE SALUTE

La sessualità, la contraccezione e la salute sono strettamente legate fra di loro.

La sessualità è una potenzialità erotica su stimolazione fisica e intellettuale che è presente sin dalla nascita e si esprime nel rapporto con noi stesse (masturbazione, cura del corpo) e con gli altri, uomo o donna.

Raggiunge livelli diversi nelle singole persone, e nella stessa persona livelli diversi nel tempo.

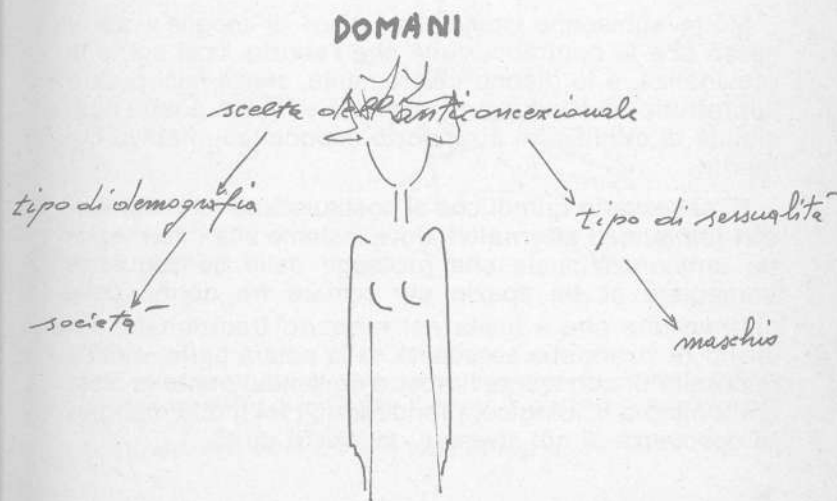
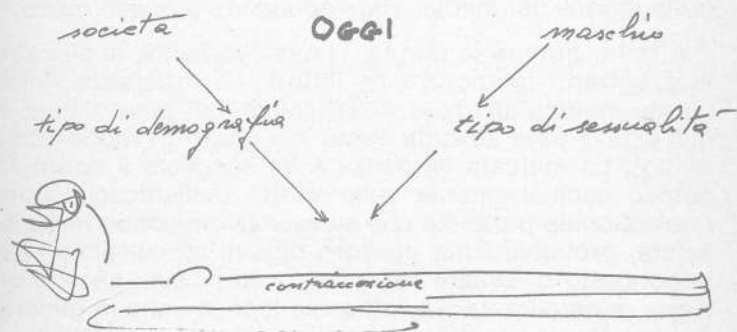
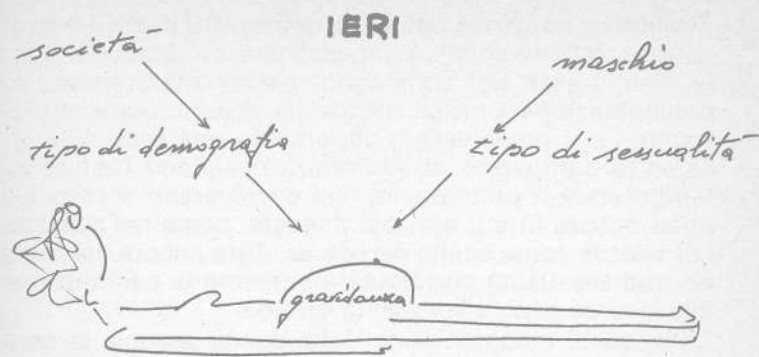
Qualsiasi grado o tipo di erotismo sono normali e validi, se ben accetti al compagno o compagna, e vanno difesi contro l'impegno degli «specialisti del comportamento», sessuologi in testa, che puntano alla normalizzazione dei tempi e dei modi del comportamento sessuale pur di mantenere il rapporto di sudditanza della donna nella società, in questo momento di forti rivendicazioni.

La sessualità è sempre stata condizionata da pressioni sociali: nel passato si identificava con la penetrazione e la procreazione, nel presente con la penetrazione e la contraccezione. Questo per la ovvia ragione che la società è in mano ai maschi.

Oggi, la sessualità come gioco, fuori dalla funzione procreativa ci è stata regalata in cambio della pianificazione delle nascite che ci condiziona ai due figli a coppia (non di più altrimenti siamo coniglie, non di meno altrimenti siamo fallite!). Ma i maschi non potevano restare a digiuno per le esigenze demografico-economiche. E così ci hanno sostituito lo sforzo della gravidanza con l'impegno degli anticoncezionali, pur con i rischi che alcuni di questi comportano.

Questo passaggio di ruolo, nell'ambito di un rapporto di coppia che non è per nulla mutato, ha comportato per alcune donne un miglioramento della sessualità, ma per la maggior parte rimane oppressione, anche se di un nuovo tipo.

Ad illuminare: ci sono uomini che durante la sospensione della pillola dopo uno o due anni d'uso, ingravidano la propria donna perché, dicono, «si sono abituati bene».



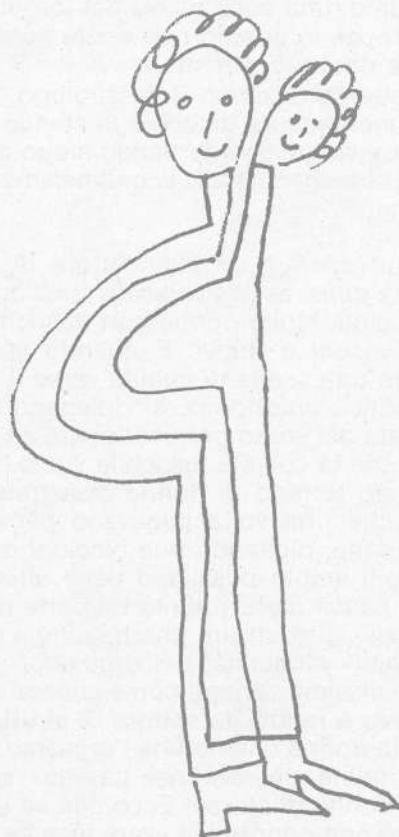
Molte donne dopo una esperienza piú o meno lunga di contraccezione chimica o meccanica, condotta nel totale disinteresse del compagno, passano a prendere in considerazione i mezzi meccanici esterni, come il diaframma e il preservativo, imponendo una sessualità diversa al compagno; o addirittura rivalutano l'astinenza temporanea o permanente che considerano accettabile nella misura in cui non piú imposta, come nel passato, ma vissuta come scelta personale. Altre ancora, passano ad una sessualità che rifiuta totalmente la penetrazione alla ricerca di una sessualità diversa.

Invece la maggior parte delle donne associa la contraccezione alla pillola o allo IUD per via della propaganda delle case farmaceutiche e alla scorrettezza dei consultori e dei medici che «educano» a questi mezzi.

A condizionare la donna, la sua sessualità, la sua salute, entrano in gioco altri fattori. La resistenza della classe medica all'uso del diaframma, del preservativo e dell'Ogino (che sovente viene insegnato in modo sbagliato). La marcata tendenza a far scegliere il contraccettivo esclusivamente sulla scorta dell'efficacia anticoncezionale piuttosto che su valutazioni concernenti la salute, probabilmente per **loro** ragioni moralistiche che impongono di evitare l'aborto a tutti i costi. La confusione generalizzata fra «efficacia teorica» che in genere è illustrata per la pillola e gli intrauterini, e l'«efficacia d'uso» che viene considerata per il diaframma, il preservativo e l'Ogino ecc. (vedi capitolo a parte).

Molte subiscono come «mestiere di moglie» sia il sesso che la contraccezione che l'aborto, così come la gravidanza, e lo dicono chiaramente, senza falsi pudori soprattutto se sono avanti con l'età e hanno poche possibilità di modificare il rapporto economico-affettivo col marito.

E' necessario quindi che si costituiscano tanti **consultori femministi alternativi**, dove insieme alla informazione anticoncezionale che protegge dalle conseguenze immediate ci sia spazio per parlare fra donne della oppressione che è insita nel rapporto tradizionale, del diritto di vivere una sessualità dalla nostra parte, e della necessità di conoscere il nostro corpo dal punto di vista anatomico e fisiologico, prendendo in tal modo maggiore coscienza di noi stesse e dei nostri diritti.



Oh! come sono felice! dice normalmente lei al primo figlio. Poi viene il secondo, quando non il terzo, il quarto... la contraccezione, l'aborto... gli aborti... Poi finalmente, dice: ma va a morì ammazzato!

SESSUOLOGIA

E' annoverata tra le specializzazioni parascientifiche!? In Italia coloro che si fregiano di questo titolo sono due volte vendifumo, una volta in più dei loro colleghi americani ed europei, in quanto non esiste questa specializzazione nelle nostre università.

Gestisce questo discorso il sessuologo, personaggio equivoco, generalmente ginecologo stanco del suo mestiere che ravviva la sua vita dando sfogo alle personali curiosità oppure speculando economicamente sui complessi degli altri.

Questo purtroppo è un'altro settore di sfruttamento che si scarica quasi esclusivamente sulle donne, almeno ai livelli spiccioli. Molte donne non riescono a spezzare con i ruoli vecchi e nuovi. E quando vanno in crisi, invece di fare una scelta di qualità verso il femminismo, verso una critica autonomia, si ripiegano e si affidano allo specialista del sesso per continuare ad essere madri o amanti, come la società maschile vuole.

E' su questo terreno di donne disastrose, che questi personaggi che una volta pagavano per divertirsi col sesso, speculano, pigliando due piccioni con una fava.

In senso più ampio possiamo bene affermare che la sessuologia nasce dalla volontà da parte di «professionisti del sesso» di costruire una patologia generalizzata sulle personali variabilità dell'erotismo, classificando queste normalissime varianti come anomalie, per sviluppare un nuovo e redditizio settore di sfruttamento.

Ecco che la donna che non ha l'orgasmo, viene considerata una fallita, mentre nel passato sarebbe stata considerata donna di classe! Ecco che se la coppia è in crisi è perchè non conosce la «vera tecnica amatoriale»!?!

I sessuologi passano sovente per democratici, perchè ostentano meno boria nel rapporto con la donna. Passano perfino per «compagni» perchè hanno più confidenza con la cliente. La donna gratificata da queste attenzioni personali, si lascia fare qualsiasi cosa, la sua fiducia diventa illimitata, «vien fatta su - come si suol dire - in una foglia di rosmarino». E proprio questo indica



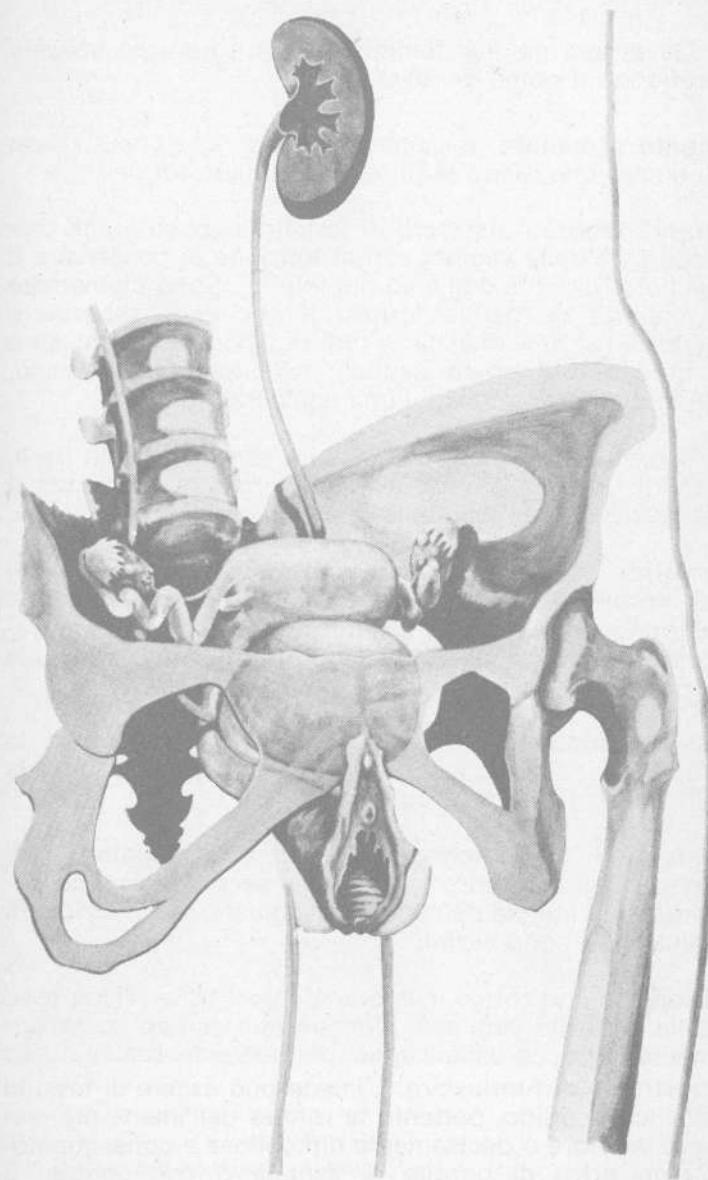
quanto luridi siano i sessuologi! Campano sulle classiche debolezze femminili ancora non rimosse dal femminismo.

A parte l'impari rapporto che si instaura fra singoli sessuologi e le loro clienti, quello che fa ancor più orripilare è la sessuologia organizzata: si sono aperte in Italia, così come è già avvenuto negli Stati Uniti e in Europa, le cliniche del sesso. Si misurano le pulsazioni, le erezioni, l'intensità e la frequenza degli orgasmi, quasi fossimo macchine a gettone.

L'uomo che non ha l'erezione, trova una bella bionda che fa finta di essere un terapeuta, e glielo fa rizzare; la donna che non ha l'orgasmo, non trova ancora un giovanotto, però le vengono indicate posizioni, modi e tempi da eseguire giornalmente, come esercizio, col suo partner.

Ci ricorda le case di tolleranza, ormai chiuse e non più proponibili in quei termini. La borghesia ha trovato una nuova formula, rispettando anche il processo di «emancipazione» femminile: il «trattamento» per tutti e due, maschio e femmina, la motivazione terapeutica e sotto il controllo medico.

ANATOMIA E FISIOLOGIA



Organi genitali femminili

Gli organi genitali femminili esterni nel loro insieme prendono il nome di **vulva**, sono:

monte di venere: cuscinetto adiposo che copre l'osso pubico e che, dopo la pubertà, è coperto di peli.

grandi labbra: cuscinetti di tessuto adiposo ai lati dell'apertura della vagina, con la funzione di conservare il livello di umidità dell'area più interna. Sono pigmentate e coperte da peli e fornite di ghiandole sebacee e sudorifere. Nell'infanzia le grandi labbra sono chiuse e proteggono gli organi genitali; nella donna adulta sono, generalmente, scostate l'una dall'altra.

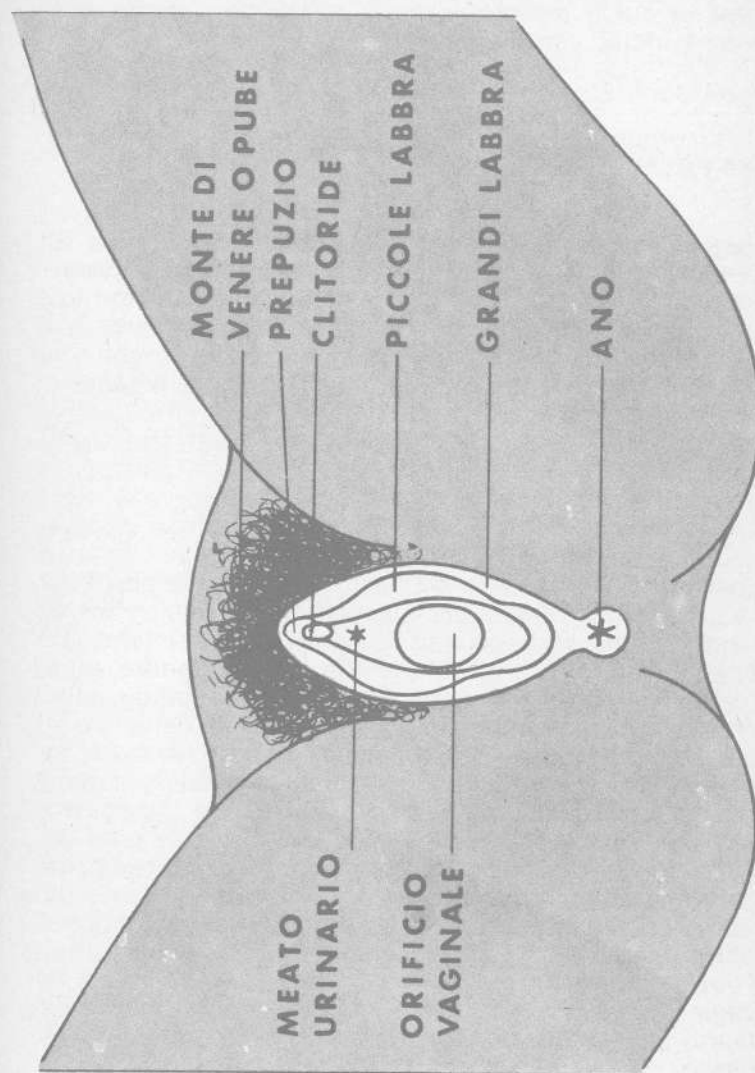
piccole labbra: pieghe di tessuto sensibile poste fra le grandi labbra. Si uniscono anteriormente, formando il prepuzio o cappuccio che copre la clitoride.

clitoride: è il più sensibile degli organi genitali femminili ed è protetta dal prepuzio o cappuccio della clitoride. La clitoride possiede una struttura erettile e numerosi recettori tattili che, quando vengono stimolati, concorrono a provocare l'orgasmo sessuale nella donna.

meato urinario: è l'apertura dell'uretra attraverso la quale l'urina viene espulsa dalla vescica. Si trova tra la clitoride e l'apertura vaginale.

ghiandole di Bartolino: due ghiandole situate ai lati interni dell'apertura vaginale, che secernono muco garantendo l'umidità dell'apertura vaginale. In condizioni di salute non sono visibili.

imene: è una sottile membrana che si trova all'ingresso della apertura vaginale. L'imene non chiude completamente la bocca della vagina, permettendo così al flusso mestruale di fuoriuscire. L'imene può essere di tessuto elastico o rigido, pertanto la rottura dell'imene può essere indolore o decisamente difficoltosa e conseguentemente priva di perdite di sangue o con perdite di



Organi genitali femminili esterni.

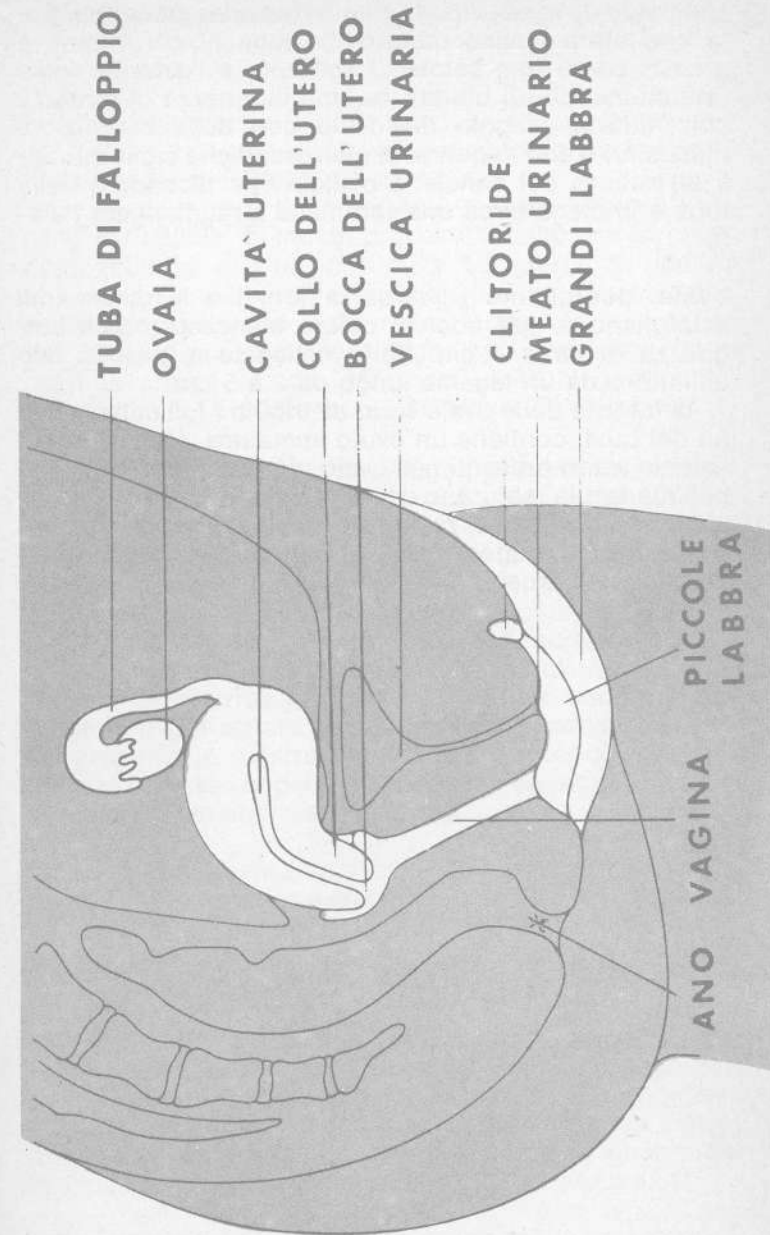
sangue. L'imene può venire progressivamente allargato con l'uso degli assorbenti interni. Molte donne si aprono da sé l'imene senza aspettare il primo atto sessuale. Nei casi in cui il tessuto è molto resistente, l'imene può essere inciso chirurgicamente.

Gli organi genitali interni sono collocati nella cavità del bacino (o pelvi); sono:

vagina: è un canale umido ed elastico lungo circa 10 cm. che si chiude intorno al collo dell'utero (o cervice). Le nicchie davanti e dietro la cervice si chiamano fornice anteriore e fornice posteriore, quelle ai lati fornici laterali. Normalmente le sue pareti elastiche vengono a toccarsi ma si estendono considerevolmente durante il rapporto sessuale e ancor di più durante il parto. Quando la donna è eccitata le pareti vaginali trasudano secrezioni mucose.

utero: è un organo muscolare cavo a forma di pera capovolta lungo circa 7 cm. e largo circa 5 cm. La sua caratteristica principale è l'elasticità che rende possibile la gravidanza. Dopo ciascuna gravidanza l'utero rimane leggermente più largo e così la cavità al suo interno. E' costituito da un «corpo» che è la parte superiore, e da un «collo» che è la parte inferiore, che sporge nella vagina dove è individuabile col dito. Il collo dell'utero si chiama anche cervice e il canale interno che mette in comunicazione l'utero e la vagina, si chiama canale cervicale. Internamente l'utero è rivestito da uno spesso tessuto spugnoso, l'endometrio, che si sfalda ogni 28 giorni circa col flusso mestruale se non interviene la gravidanza, oppure, se l'ovulo viene fecondato, gli dà nutrimento fino a che non si sono formati la placenta e il cordone ombelicale. La maggior parte delle donne ha l'utero anteroflesso, cioè inclinato in avanti, sopra la vagina, con cui forma un angolo retto. Posizioni diverse fanno classificare l'utero come retroverso oppure retroflesso.

tube di Falloppio: sono due canali sottilissimi che partono dai due lati della cavità dell'utero e terminano vicino



Organi genitali femminili visti in sezione.

alle ovaie dove assumono una forma allargata e frangiata che attira l'ovulo maturo. La tuba (il cui interno è grosso come una setola di spazzola e l'esterno come una cannuccia di bibita); ha una lunghezza di circa 10 cm. Aiuta il viaggio dell'ovulo con delle contrazioni muscolari e con l'agitarsi di microscopiche ciglia vibratili all'interno del canale. L'ovulo viene fecondato nella tuba e impiega circa una settimana a raggiungere l'utero.

ovaie: per quanto riguarda la forma e le dimensioni somigliano a due noci di colore biancastro della lunghezza di circa 4 cm. Sono collegate a ciascun lato dell'utero da un legame lungo da 2 a 5 cm.

All'interno delle ovaie sono distribuiti i follicoli ciascuno dei quali contiene un ovulo immaturo. Alla nascita si calcola siano presenti nell'ovaio più di 100.000 ovuli che nell'età fertile maturano uno alla volta o degenerano. Le ovaie secernono e riversano nel sangue gli ormoni estrogeno e progesterone importanti nel meccanismo del ciclo mestruale.

Il ciclo mestruale

Il ciclo mestruale (o ciclo ovarico) è il periodo che va dal 1° giorno di una mestruazione al giorno precedente l'inizio della mestruazione successiva.

La mestruazione è l'emorragia mensile composta da sangue, cellule e muco provocata dallo sfaldamento della mucosa uterina, che dura 3/5 giorni. Si verifica all'incirca ogni 28 giorni. Cicli più corti o più lunghi sono però assai frequenti e del tutto normali se nell'ambito dei 20/45 giorni, purchè abbiano una regolarità. Sono normali anche piccole variazioni della lunghezza del ciclo dovuto a stanchezza, tensione, cambiamenti di clima.

La prima mestruazione (menarca) si presenta in genere tra gli 11 e i 14 anni, è comunque ritenuto normale anche quando compare nel periodo dai 9 ai 16 anni. Il 5% delle ragazze ha la mestruazione tra i 16 e i 18 anni.

La mestruazione è spesso accompagnata da disturbi e dolori più o meno intensi al basso ventre. Nel caso di dolori forti si parla di dismenorrea. Amenorrea è l'assenza della mestruazione per mancanza del ciclo ovarico: si parla di amenorrea primaria quando non sono mai apparse le mestruazioni, e di amenorrea secondaria quando cessano le mestruazioni dopo un periodo di cicli normali. L'assenza delle mestruazioni spesso è dovuta a gravidanza (amenorrea gravidica).

Il ciclo mestruale è regolato dagli ormoni.

Gli ormoni sono «messaggeri» chimici che «istruiscono» gli organi del corpo a compiere certe funzioni. Va considerato che gli ormoni vengono trasportati in circolo dal flusso sanguigno.

L'ipofisi o ghiandola pituitaria (a sua volta controllata dall'ipotalamo) è collocata alla base del cervello ed è forse la ghiandola a secrezione ormonale più importante. Gli ormoni ipofisari chiamati ormone follicolo stimolante (FSH) e ormone luteinico (LH) controllano il ciclo mestruale stimolando le ovaie a produrre gli ormoni sessuali femminili: l'estrogeno e il progesterone.

Il ciclo mestruale si sviluppa come segue (lo schema è calcolato su cicli di 28 giorni, quindi è solo indicativo):

dal 1. al 5. giorno: mestruazione

Il ciclo comincia con la mestruazione ossia con lo sfaldamento dell'endometrio. Il basso livello ormonale nel sangue stimola, attraverso l'ipotalamo, l'ipofisi, una ghiandola collocata alla base del cervello, a secernere l'ormone FSH che stimola sulla superficie delle ovaie la crescita di numerosi follicoli, ciascuno contenente un ovulo. Questi follicoli in sviluppo producono a loro volta un ormone: l'estrogeno.

dal 6. al 13. giorno: fase proliferativa (chiamata anche fase estrogenica e fase follicolinica)

L'estrogeno, prodotto dai follicoli stimola l'endometrio a proliferare, cioè permette che le pareti interne dell'utero, sfaldate durante la mestruazione, si ricostituiscono. Inoltre causa cambiamenti nel muco cervicale che diventa particolarmente fluido per favorire il movimento e la penetrazione degli spermatozoi nell'utero.

Man mano che il livello dell'estrogeno si alza nel sangue si abbassa automaticamente l'FSH di modo che l'ipofisi viene stimolata a secernere un altro ormone, l'LH, che fa sviluppare un follicolo (uno solo) più intensamente degli altri.

14. giorno circa: ovulazione

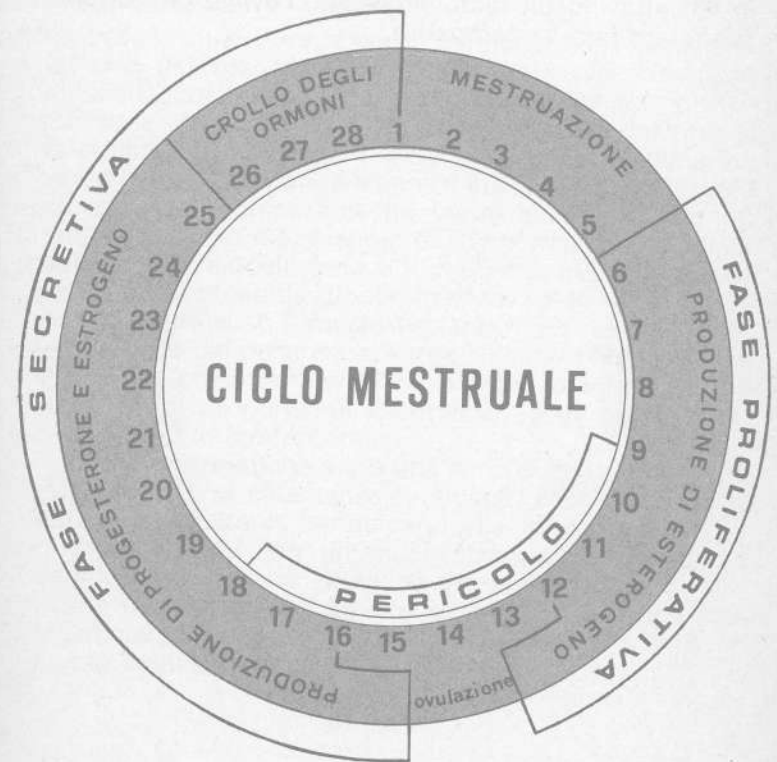
L'ovulazione è la fuoriuscita dell'ovulo dal follicolo per opera dell'improvviso aumento dell'LH. L'estremità frangiata della tuba di Falloppio cattura l'ovulo nella tuba. Il follicolo rotto che ha liberato l'ovulo si allarga e si trasforma assumendo una nuova funzione. Da questo momento si chiama corpo luteo.

dal 15. al 25. giorno: fase secretiva (chiamata anche fase progestativa e fase luteinica)

Il corpo luteo produce il progesterone che, insieme all'estrogeno, favorisce l'ispessimento della mucosa uterina, che diventa un tessuto ricco di vasi sanguigni in preparazione all'annidamento dell'eventuale ovulo fecondato. La produzione di progesterone e di estrogeno blocca la produzione degli ormoni ipofisari (FSH e LH). Se l'uovo non viene fecondato il corpo luteo comincia a degenerare.

dal 26. al 28. giorno: fase secretiva premestruale

Con la morte del corpo luteo scompare la secrezione di estrogeno e progesterone. Il conseguente basso livello ormonale nel sangue causa contrazioni dei vasi



Il ciclo mestruale che abbiamo illustrato è un ciclo standard di 28 giorni. Evidentemente tutte le donne con cicli più brevi o più lunghi avranno tutte le fasi spostate, compresa l'ovulazione. Per applicare il metodo di Ogino Knaus, non fare riferimento solo a questo schema, ma consultare il capitolo relativo.

sanguigni che terminano nell'endometrio, e pertanto piccoli vasi si rompono.

E' l'inizio della mestruazione e il ciclo ricomincia.

Il ciclo sopradescritto si ripete per tutta la vita fertile della donna, ad eccezione che durante la gravidanza e l'allattamento, fino alla menopausa. Infatti intorno a 45/50 anni, in un lento processo, l'ovulazione diventa irregolare fino a scomparire.

Organi genitali maschili

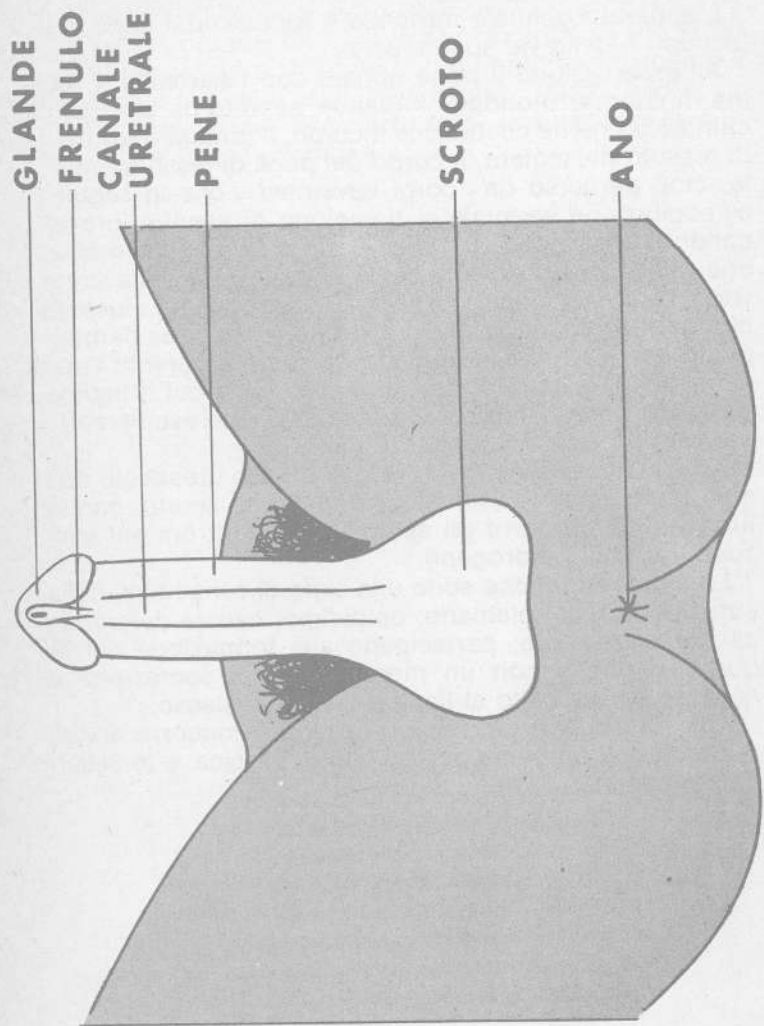
L'apparato genitale maschile è formato dal pene, dai testicoli e dalle vie spermatiche.

All'osservazione il **pene** appare con l'estremità a forma di cono arrotondato, il glande, seguito da una parte cilindrica che ne costituisce il corpo. Il **glande** è formato di tessuto muscolare, il corpo del pene di tessuto erettile, cioè percorso da corpi cavernosi, che in seguito all'eccitazione sessuale si riempiono di sangue, provocandone l'erezione. Il pene è attraversato dall'**uretra**, che parte dalla vescica e serve al passaggio delle urine verso l'esterno. Quando il pene è in erezione un muscolo blocca la comunicazione tra uretra e vescica, permettendo così solo il passaggio dello sperma durante l'eiaculazione. L'eiaculazione è il momento in cui il liquido seminale contenente gli spermatozoi viene espulso all'esterno attraverso il meato urinario.

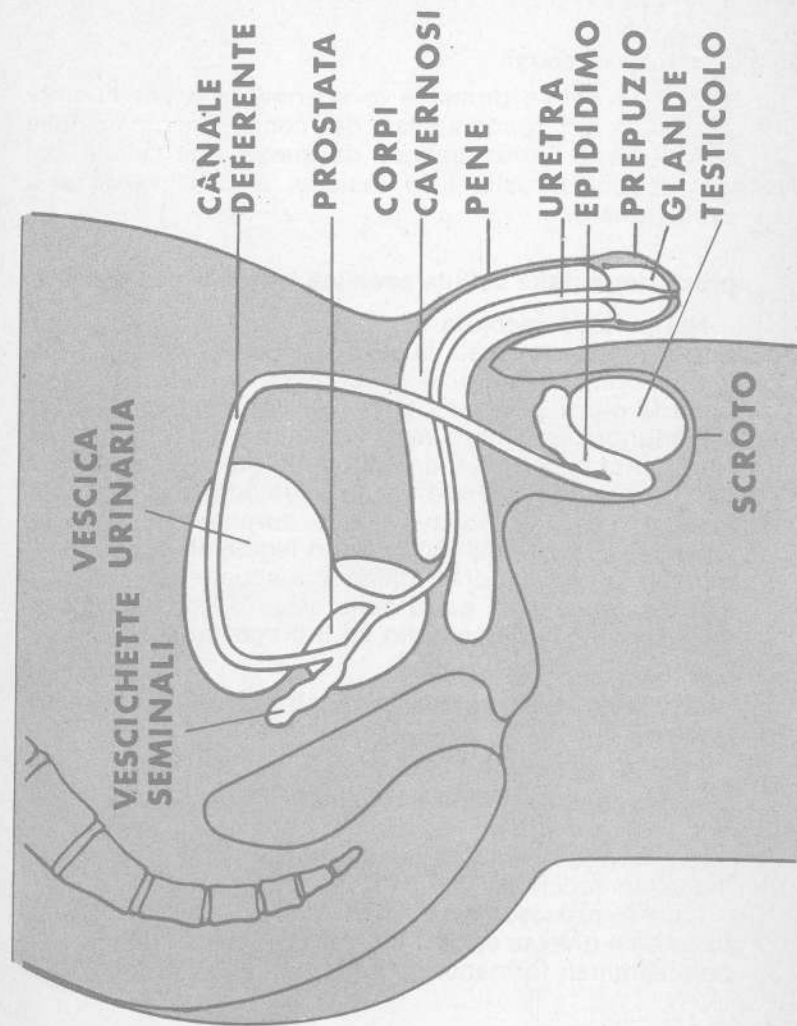
Alla base del pene (asta, verga) vi sono i **testicoli**, due ghiandole poste in una sacca di pelle, lo scroto, con la funzione di produrre gli spermatozoi e gli ormoni sessuali maschili (androgeni).

Le **vie spermatiche** sono una serie di canali che, nella successione, si chiamano: epididimo, canale deferente, canale eiaculatore; partecipano alla formazione del liquido seminale con un meccanismo di secrezione e servono da deposito al liquido seminale stesso.

Alla formazione del liquido seminale concorre anche la prostata, ghiandola posta sotto la vescica, e le vescichette seminali.



Organi genitali maschili esterni.



Organi genitali maschili visti in sezione.

Le cellule sessuali e il concepimento

le cellule sessuali

L'ovulo per la donna e lo spermatozoo per l'uomo sono i fattori fondamentali del concepimento e della riproduzione. Tutto dipende da queste due cellule, dal loro incontro, dalla loro fusione, e dalla successiva evoluzione.

produzione delle cellule sessuali femminili (ovogenesi)

Nel periodo fecondo compreso fra la prima mestruazione e la menopausa, la mestruazione avviene generalmente ogni 28 giorni e l'ovulazione a metà del ciclo, circa 14 giorni prima di ogni mestruazione. Cicli più corti o più lunghi sono però assai frequenti e del tutto normali. Altrettanto frequenti e normali sono piccole oscillazioni del giorno di ovulazione; meno frequente, ma possibile, il caso di una doppia ovulazione durante un ciclo. Le vicende del ciclo mestruale sono legate all'azione dell'ipotalamo e dell'ipofisi, ghiandole situate nel cranio, e alla produzione da parte delle ovaie degli ormoni sessuali femminili: l'estrogeno ed il progesterone.

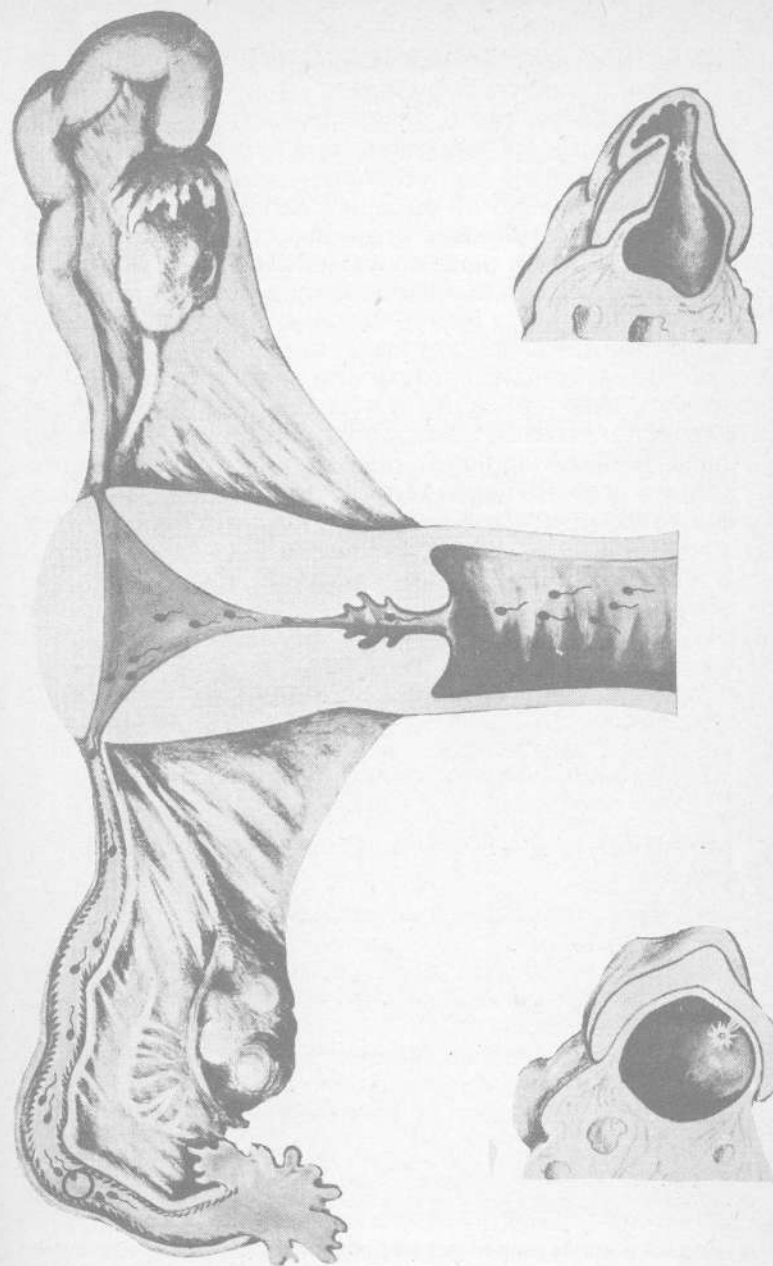
produzione delle cellule sessuali maschili (spermatogenesi)

La spermatogenesi è la formazione e la maturazione degli spermatozoi, come prodotto di un processo proliferativo continuo ed incessante, che inizia con la pubertà e prosegue per tutta la vita, riducendosi progressivamente in vecchiaia.

Questo processo avviene nei testicoli. Gli spermatozoi insieme a diverse secrezioni della prostata e delle vescicole seminali formano lo sperma o liquido seminale.

la fecondazione

Tutti gli spermatozoi immessi in vagina durante un rapporto sessuale sono potenzialmente in grado di raggiungere l'ovulo, a condizione naturalmente che l'ovulo ci sia e che non incontrino ostacoli sul loro



La fecondazione.
Particolare del follicolo maturo e dell'ovulo che esce dal follicolo.

cammino e che riescano a superarli. Gli spermatozoi immessi in vagina vi trovano un ambiente sfavorevole alla loro sopravvivenza, a causa del suo grado di acidità. Devono quindi sottrarsi molto rapidamente all'ambiente vaginale nel quale non possono sopravvivere più di 6-8 ore, e vengono attratti dal muco cervicale che li veicola nella cavità uterina della quale percorrono le pareti fino alle tube. E' nella parte superiore della tuba, vicino alla ovaia, che avviene di solito l'incontro dello spermatozoo con l'ovulo, cioè la fecondazione. A questo punto scatta il meccanismo che consente ad uno solo dei molti milioni di spermatozoi di penetrare nell'ovulo, impedendo l'ingresso agli altri, che degenerano rapidamente. Una volta avvenuta la fecondazione, l'ovulo fecondato inizia il suo viaggio di discesa lungo la tuba verso l'utero. Arrivato nella cavità uterina, se le condizioni dell'endometrio sono favorevoli, l'ovulo fecondato vi si annida: ha così inizio la gravidanza.

Vogliamo Conoscere tutto
Vogliamo Scegliere
Non Vogliamo Essere Ruolizzate

MEZZI

- Pillola estro-progestinica
- Minipillola (solo progestinica)
- Dispositivi intrauterini (iud)
- Diaframma
- Preservativo
- Creme spermicide

METODI

- Ogino Knaus
- Temperatura basale
- Coito interrotto
- Astinenza

TECNICHE

- Vasectomia
- Salpingectomia

MEZZI D'EMERGENZA

- Pillola del giorno dopo

ABORTO

L'Aborto garantisce il rispetto della salute della donna e delle sue scelte

L'Aborto garantisce la libera scelta degli anticoncezionali

L'Aborto garantisce la copertura dei fallimenti degli anticoncezionali

L'Aborto garantisce contro la speculazione delle case farmaceutiche

Poiché non esiste una contraccezione totalmente sicura e indiscriminatamente innocua, sembra opportuno che ogni donna conosca i margini di errore e le controindicazioni e contribuisca in prima persona alla gestione del proprio corpo.

SULLA EFFICACIA DEGLI ANTICONCEZIONALI

Una componente importante per la scelta dell'anticoncezionale è la sua efficacia.

Alla domanda «questo contraccettivo che efficacia ha?» la risposta più diffusa è fuorviante: «la pillola è sicura al 99,9%; l'intrauterino ha una sicurezza del 98%; il preservativo solo dell'80%; il diaframma intorno all'80%; l'Ogino Knaus al 75%, anzi serve per fare i figli».

Le persone che rispondono in questi termini molte volte sono in malafede perché legate alle case farmaceutiche, ma nella stragrande maggioranza dei casi manifestano una profonda confusione fra «efficacia teorica», che in genere è accreditata alla pillola e agli intrauterini, e «efficacia d'uso» che viene considerata per il preservativo, il diaframma e l'Ogino ecc.

E' evidente che la persona informata in questi termini tenderà ad usare il preservativo e il diaframma solo se ha motivazioni molto serie che impongono di evitare la pillola e lo iud.

Per **efficacia teorica** si intende l'efficacia massima, cioè l'efficacia di un mezzo usato senza errori, in accordo perfetto con le istruzioni, da una persona con una disponibilità totale.

Invece l'**efficacia d'uso** è valutata statisticamente su qualsiasi consumatore, cioè su persone che usano il mezzo o il metodo anticoncezionale con cura o senza cura.

In genere l'efficacia teorica è propagandata dalle case farmaceutiche che ovviamente tendono ad alzarne i valori.

E' chiaro che un medico, un consulente, possono fuorviare dando percentuali di sicurezza teorica per i mezzi anticoncezionali che preferiscono, e percentuali di sicurezza d'uso per i metodi che vogliono frenare. Senza parlare delle case farmaceutiche che normalmente istruiscono medici e consulenti (quando non foraggiano economicamente i consultori privati come l'Aied) e che chiaramente hanno tutto il vantaggio a spingere i mezzi ormonali o gli intrauterini per ovvie ragioni di profitto.

In sintesi il mezzo o metodo anticoncezionale più valido e che darà nel tempo un grado più alto di efficacia, è quello che fa sentire la persona o la copia più a suo agio. Cioè è quel mezzo che verrà usato correttamente e regolarmente senza difficoltà. Esempio: se una donna ha resistenza verso la pillola, ne dimenticherà qualcuna, la vomiterà, interromperà frequentemente: cioè entrerà nel rischio; mentre se una donna simpatizza per il diaframma, non le darà fastidio infilarlo: quindi lo userà correttamente e regolarmente, raggiungendo una sicurezza intorno al 97%. Così dicasi per il preservativo. Anzi, preservativo più crema spermicida viene valutato ad una sicurezza che raggiunge il 99%. (*Contraceptive Technology*, New York '76/'77).

All'AED notiamo una percentuale altissima di giovani che interrompono la pillola per un litigio col compagno, per una improvvisa preoccupazione di salute, perché il ragazzo deve partire (e poi non parte, o torna all'improvviso), perché stanno poco bene, e in quella interruzione restano incinte. Questa realtà nelle valutazioni di efficacia della pillola non è mai considerata. Nè può essere superata, come fanno certi medici, abolendo l'interruzione annuale e invitando a proseguire per 4/5 anni consecutivi.

Per queste ragioni si suggerisce ad ogni donna di disporre di un diaframma - anche se fa uso della pillola - per coprire tutte le emergenze.

E' anche opportuno tenere presente che due mezzi o metodi abbinati fra loro aumentano la protezione anticoncezionale.

indice di Pearl o tasso di gravidanza

La formula più diffusa, anche se recentemente contestata, per statistiche di efficacia dell'anticoncezionale, è l'indice di Pearl che esprime il numero di gravidanze che si hanno in 100 donne che usino il metodo per un anno, oppure in una donna che usi il metodo per 100 anni fertili.

indice di Pearl = numero di gravidanze x 1200 (n. di mesi in 100 anni)

numero dei mesi d'uso del metodo

esempio: 200 donne usano un metodo per 2 anni (24 mesi) con l'insorgenza di 4 gravidanze:

indice di Pearl = $4 \times 1200 = 1$ gravidanza su cento donne all'anno
200x24

SULLA SPERIMENTAZIONE

ricorda che la sperimentazione senza l'autorizzazione della donna è un abuso pertanto se un medico di un ospedale o di un consultorio, o anche un privato non ti avverte che il prodotto è in fase di sperimentazione **lo devi denunciare**, comunque hai il dovere di informare un gruppo femminista alternativo.

Ricorda che in ogni città le case farmaceutiche (ossia l'industria della medicina) hanno uno o più riferimenti per le sperimentazioni: quasi tutti gli ospedali e le cliniche ostetrico-ginecologiche delle università. Per esempio: a Roma principalmente la clinica ostetrica e ginecologica dell'università; a Bergamo, principalmente l'ospedale di Trescore; a Termoli (CB) l'ospedale civico; a Verona, la clinica ostetrica e ginecologica della università; a Palermo, la clinica di endocrinologia ginecologica; a Bari, l'istituto di patologia ostetrica e ginecologica; a Genova, la clinica ostetrica e ginecologica dell'università ecc. E, evidentemente, l'Aied.

prassi teorica per le sperimentazioni

In teoria, quando un prodotto è nuovo, si effettua una sperimentazione clinica su almeno 25 donne per vari mesi (ossia si valutano gli effetti sulle persone) che serve a determinare la dose e la formula ottimale. Quando si è determinata la dose ottimale il prodotto appare pronto per le prove cliniche su larga scala, esso viene provato su alcune centinaia di donne per la durata di almeno un anno. Sia per le prove cliniche che per il successivo uso commerciale, è necessaria l'autorizzazione.

Nei vari Paesi le norme che regolano il commercio dei farmaci variano in serietà. Particolarmente rigide sono le regole e le restrizioni della FDA (Comitato per la sicurezza dei farmaci negli Stati Uniti), un po' meno, anche se consistenti, quelle del CSD (Comitato per la sicurezza dei farmaci in Inghilterra), facilmente sormontabili quelle italiane.

E' evidente che nessun governo del capitalismo avanzato permette sperimentazioni su larga scala sulla pro-

pria popolazione. Per questo scopo usano i Paesi sottosviluppati (i Paesi del Terzo mondo, Italia inclusa).

Le nostre leggi si stanno adeguando a questa nostra funzione di cavie: nel novembre del 1975 la Regione lombarda, all'unanimità, ha approvato per prima in Italia (rendendo legale una prassi che era già in vigore) una legge secondo cui la sperimentazione sul corpo umano di nuovi farmaci è del tutto lecita. Non solo: le industrie interessate «saranno rimborsate per le spese del personale, per l'uso delle attrezzature, e per il materiale di consumo». In altre parole il favore reso all'industria farmaceutica sarà doppio: disporrà di centinaia di pazianti-cavia e riceverà pure un rimborso. — Quando si dice che la legge la fa il padrone! —

Questo già avviene anche nei consultori familiari, là dove si sono costituiti.

Le cavie

Leggiamo su *Amica* del febbraio '76: «E' pronto il nuovo contraccettivo che sostituirà la pillola». L'ideatore: il prof. Lerner, statunitense. All'intervistatore che domanda quando troveremo in commercio questo nuovo prodotto, Lerner risponde: «ci vorranno almeno 5 anni per poter fare un'ampia sperimentazione sulle donne ed essere sicuri che non avrà controindicazioni»... «una volta trovata la formula e provato il composto, mi sono trasferito qui a Milano su richiesta della *Lepetit* che mi ha garantito un'ampia area di ricerca».

Quante donne italiane da allora, in quanti ospedali italiani, avranno subito «l'iniezione» entro il terzo mese della gravidanza per vederne l'efficacia essicatrice sulla placenta? (il prodotto impedirebbe il proseguimento della gravidanza). Non lo potremo mai sapere.

La stampa nazionale, che è in buona misura in mano ai capitali dell'industria farmaceutica, è il tramite per creare nella donna, attraverso articoli trionfalistici, la disponibilità all'uso dei prodotti «nuovi».

Alcuni esempi: nel 1972 lancio del *Ta.ro cap* garantito

dall'Aied al 99%. Alla stampa non interessó pubblicare che la sperimentazione non era stata fatta e che il prodotto conteneva fenilmercurio (leggi denuncia AED). Il prodotto è ancora in commercio.

Poi appaiono gli articoli sull'iniezione trimestrale (nome commerciale *Depo-provera*) tuttora in commercio da noi sebbene negli Stati Uniti, dove è stato prodotto, non ne sia autorizzata la vendita. (vedi capitolo sui prodotti ormonali in netta fase di sperimentazione).

Nel 1974/'75 fu la volta dell'iniezione mensile *Unimens*. «Un miglioramento della pillola» disse la nostra stampa nazionale. L'*Unimens* prodotto in Inghilterra, veniva lanciato sul mercato italiano e dei Paesi del Terzo Mondo per la sperimentazione. In Inghilterra non è autorizzato. (vedi denuncia AED pag.).

Negli stessi anni c'è il lancio degli intrauterini al rame, *Copper 7*, *Copper T*. Con l'attenuante che almeno questi ultimi li stanno sperimentando anche in Inghilterra.

Quest'anno la stampa si è occupato del *No-Gravid*, un intrauterino al rame prodotto dalla *Irmed* di Verona. Questo prodotto nostrano che lungo la strada ha perfino subito modifiche nella forma, è in fase di sperimentazione clinica, grazie alle prestazioni di donne ignare alle quali viene garantito come l'ultimo modello, e quindi come uno iud migliore degli altri. Nonostante sia sconosciuto a tutti gli organismi internazionali, trova collocazione, prima ancora di essere autorizzato al commercio, nei libri per medici, ed è riuscito perfino a scivolare nelle riviste femministe.

Stessa azione per lo iud *ML Cu 250* della *Multilan-Friburgo* (distributore *Vister*).

Ora la stampa ci sta preparando ad accettare i cosiddetti intrauterini al progesterone e le capsule sottocutanee.

E poi c'è un'altro problema molto vicino a quello appena trattato. **Dove smaltiscono gli stock di prodotti superati da altri piú recenti?**

Sul *The Guardian* del 6/7/'77 leggiamo che la licenza di produzione del *Lyndiol 2,5 mg.*, pillola contraccettiva



ad alto dosaggio di estrogeno, sarà cancellata entro i prossimi mesi. La *Organon* che la produce ha interrotto nel marzo di quest'anno (1977) la produzione e la distribuzione del prodotto in Inghilterra. Era dal 1969 che il Comitato inglese per la sicurezza dei farmaci aveva segnalato rischi di tromboembolia.

Sempre sul *The Guardian*, il Dott. Snowden, capo di un centro di Exeter, commenta: «subito dopo che vi sono state critiche su un prodotto negli Stati Uniti succede che il prodotto viene spedito in Asia. Le industrie scaricano le scorte. Prodotti che sono sospetti o poco sicuri o perfino inefficaci vengono distribuiti nei Paesi meno sviluppati». Per esempio nel novembre del 1975 i contraccettivi contenenti il Megestrol Acetate (*MPA*, nome commerciale *Depo-provera*) furono ritirati dal mercato statunitense e da molti altri Paesi occidentali. L'iniezione contraccettiva trimestrale che contiene *MPA* continua ad essere usata nei Paesi del Terzo mondo. In Italia è tutt'oggi in commercio ed è usata preferibilmente sulle proletarie. Altro esempio è il *C film* che, scartato per inefficacia in Inghilterra, sta avendo il suo lancio commerciale in questo periodo in Italia.

Ma le lamentele dei Paesi del Terzo mondo e le nostre, non hanno risonanza sulla stampa occidentale in quanto tutti i programmi di pianificazione familiare sono quasi interamente gestiti e sovvenzionati dagli Stati Uniti, Inghilterra, Canada e Paesi dell'Europa.

Anche in Italia se ne parla poco, perché parlare del Terzo Mondo, significherebbe per prima cosa parlare della situazione italiana. E questo è rischioso, potrebbe comportare il taglio delle sovvenzioni.

Pertanto è necessario che i consultori femministi siano autofinanziati e provvedano, prima di accettare un prodotto, ad informarsi se è usato dalle popolazioni di «1a categoria».

A quelli che a questo punto domanderanno: le sperimentazioni allora dove si possono fare? Rispondiamo: se l'obiettivo è la salute e non il prodotto (cioè l'interesse della casa farmaceutica), il medico non avrà difficoltà ad informare la donna che il prodotto è in fase sperimentale. E' evidente che la sperimentazione fatta senza trucchi richiede periodi di tempo più lunghi, e deve

uscire dalla dimensione consumistica e concorrenziale che vede l'imposizione sul mercato di un intrauterino o di una pillola con gli occhi del commerciante di jeans e con le regole della concorrenza privata.

Seguendo i convegni internazionali per la pianificazione della famiglia, si ha l'esatta misura di come si sia dimenticato l'obiettivo per cui queste organizzazioni «di ricerca» dicono di esistere, per entrare nella sperimentazione pura, dove per il ricercatore l'obiettivo è l'indagine in tutte le direzioni e applicando al corpo femminile qualsiasi elemento fisico o chimico che gli passa per la testa, per vedere come reagisce il corpo dell'animale-donna.

Donne e animali-femmine da laboratorio si alternano sugli schermi di questi «corsi di aggiornamento» con la pancia aperta, le ovaie, le tube, gli uteri a vista.

Forse a questo punto vale la pena di ricordare che l'obiettivo di «fare i figli che si desiderano» è raggiungibile anche infilandosi un preservativo o un diaframma che non implicano vivisezioni su animali e tantomeno sperimentazioni sulle donne. Se l'impegno economico di miliardi impiegato dagli Stati per gli apparati di ricerca nel settore fosse stato indirizzato ad una maggiore informazione della anatomia e della fisiologia dell'apparato genitale, e ad una maggiore responsabilizzazione del maschio, tutto questo «squartare» sarebbe inutile.

Ma alla «scienza» non interessa una società più «giusta», interessa invece una «medicina» che vada avanti, incurante di noi, nel controllo del corpo umano. I complessi meccanismi della riproduzione, ancora in parte sconosciuti, vengono scoperti frugando nel corpo della donna, con l'alibi di aiutarla. E' così che la società raggiunge il suo obiettivo: il controllo sulla vita.

Controllo che fin'ora è stato raggiunto tenendo le donne subalterne e obbedienti, e quindi amministrando attraverso le leggi e i costumi la loro capacità procreativa che gli uomini non hanno. Ma oggi questa obbedienza può finire, pertanto il potere, attraverso la ricerca, studia sul nostro corpo per rubarci il segreto della vita e poterlo amministrare in proprio anche nel futuro.

MEZZI ORMONALI

Pillola estro-progestinica combinata

E' un preparato a base di ormoni sintetici (estrogeno + progestinico) che sostituiscono gli ormoni naturali (estrogeno e progesterone) che il corpo femminile produce durante il ciclo mestruale.

Anche nella pillola a più basso dosaggio, la quantità di ormoni sintetici contenuti in ogni confetto è superiore a quella prodotta dalla donna nel processo naturale delle 24 ore, e pertanto si verifica un'azione di freno sull'ipotalamo e l'ipofisi con conseguente riduzione o blocco di tutto il meccanismo del ciclo mestruale.

Le pillole oggi usate contengono uno dei due estrogeni sintetici seguenti: Etinilestradiolo e Metil-Etinil-Estradiolo (Mestranolo) e uno dei nove tipi circa di progestinici, in genere divisi in due grosse famiglie: derivati del 17-alfa-idrossi-progesterone e derivati del 19-nor-testosterone.

Siccome la componente estrogenica della pillola combinata è la responsabile della più parte degli effetti collaterali e delle complicazioni, è **importante** che per uso contraccettivo non venga superata la dose di 0,05 mg di estrogeno e che venga scelto il tipo adatto di progestinico sulla base della sua attività estrogenica o anti-estrogenica.

In USA e in Inghilterra il 90-98% delle donne che usano la pillola combinata assumono 0,05 mg di estrogeno o meno. In Italia molti medici danno dosaggi superiori, incuranti degli effetti collaterali, e non conoscono i gradi di attività del progestinico e pertanto passano empiricamente da una pillola all'altra, senza una ragione precisa. In USA e in Inghilterra sono in commercio pillole a dosaggio ancora più basso: 0,02/0,03 mg di estrogeno. Riteniamo che la ragione per cui in Italia non sono disponibili, stia nel fatto che le case farmaceutiche vogliono smaltire le scorte di pillole da 0,05 mg.

In USA le donne non prendono la pillola senza l'indicazione del ginecologo o dell'endocrinologo, in Italia può essere prescritta da qualsiasi medico della mutua e ci sono pressioni per la distribuzione della pillola senza indagini cliniche preliminari.

Questo mezzo anticoncezionale, in qualche periodo della vita, soprattutto nei momenti di sessualità particolarmente intensa, porta notevole sollievo alla donna. Però va detto che la società per le sue esigenze demografiche e gli uomini per la loro completa comodità e deresponsabilizzazione ce la stanno calcando addosso come compito sociale. Impegni e rischi gravano esclusivamente sulla donna, considerando che la pillola è in fase sperimentale anche se avanzata, e che i medici sono poco aggiornati.

come agisce la pillola

La pillola combinata agisce principalmente a tre livelli:

- impedisce il processo ovulatorio e quindi arresta in fase precoce la maturazione dei follicoli con atrofia delle ovaie e blocco dell'ovulazione.
- modifica l'endometrio in senso atrofico e pertanto ostacola l'annidamento dell'ovulo nell'eventualità di una ovulazione.
- rende più denso il muco cervicale per opera del progestinico, e pertanto impedisce la risalita degli spermatozoi attraverso il canale cervicale.

queste tre azioni parallele o indipendenti sono la ragione della particolare efficacia della pillola combinata

efficacia

La pillola presa correttamente è sicura quasi al 100% (leggi capitolo sulla «efficacia teorica» e «efficacia di uso»). L'efficacia esiste sin dal 1. mese se si inizia dal 5. giorno della mestruazione nei cicli di 28 giorni o più, e dal 1. giorno della mestruazione nei cicli più brevi di 27 giorni. L'effetto anticoncezionale si mantiene anche durante i 7 giorni di pausa fra una serie di pillole e quella successiva. Comunque è opportuno nei primi 10 giorni della prima confezione usare uno spermicida o altro.

L'efficacia è posta in discussione:

- nei casi di malattia intestinale con diarrea, in quanto non esiste la certezza che il confetto giornaliero venga assorbito.
- quando si usano le purghe (leggeri lassativi non pregiudicano l'efficacia)
- se si vomita entro due ore dall'assunzione (si deve prendere un'altra pillola subito)
- quando l'assunzione avviene immediatamente dopo un parto o un aborto (es.: quando si prende la prima pillola al 5. giorno dall'aborto)
- se si passa da una pillola ad alto dosaggio di estrogeno ad una a dosaggio più basso
- quando si usano certi farmaci, soprattutto per lunghi periodi: tutti i barbiturici, la Rifampicina (antibiotico), l'Idantoina (anticonvulsivo per l'epilessia), alcuni sedativi ipnotici e, sembra, anche gli antiinfiammatori al fenilbutazone e derivati (es.: Tanderil, Tantum ecc.).

Per mantenere nella realtà l'efficacia massima della pillola è importante farsi dare dal ginecologo o dall'ostetrica, insieme alla ricetta per la pillola, la misura del diaframma. Infatti l'alto numero di gravidanze che avvengono per improvvisa interruzione di questo mezzo, o durante la pausa annuale di 2 mesi, porta la reale efficacia della pillola al 90/95% di sicurezza (da *Contraceptive Technology '76-'77*).

cosa fare prima della somministrazione della pillola

1. Visita ginecologica che contempla:

- corretta anamnesi generale (indagine della salute), ginecologica e familiare, per escludere controindicazioni
- esame fisico
- misurazione della pressione del sangue
- palpazione del seno
- misurazione del peso
- indicazione della misura del diaframma per le interruzioni.

2. In laboratorio:

- pap-test
- controllo del glucosio nelle urine
- esami del sangue, se motivati.

cosa fare durante la somministrazione della pillola

1. Dopo 3/4 mesi, senza interrompere l'uso della pillola, fare gli esami del sangue:

| | |
|-----------------------------------|---|
| Glicemia | ricerca del glucosio (zucchero) nel sangue |
| Transaminasi | ricerca di sostanze presenti in caso di danneggiamento della cellula (per lo più epatica) |
| Bilirubina | ricerca di eventuale bile nel sangue |
| Fosfatasi e Colinesterasi | ricerca di enzima presente in caso di danneggiamento della cellula epatica |
| Colesterolo e Trigliceridi | ricerca dei grassi nel sangue |
| Lipoproteine | ricerca dei grassi legati alle proteine presenti nel sangue |
| Antitrombina III | potere di coagulazione del sangue in relazione al buon funzionamento del fegato |

Per le analisi andare a digiuno e fare presente che si prende la pillola.

2. Annualmente rifare una completa visita ginecologica, il pap-test e gli esami di laboratorio. Alcuni ritengono necessaria una visita semestrale.

3. E' prassi cauta interrompere ogni anno per due mesi l'uso della pillola. L'interruzione è necessaria per verificare che l'uso di prodotti ormonali non abbia causato il blocco della funzione ovarica. La preoccupazione di eventuali gravidanze durante questa sosta non ci pare ragione sufficiente perché il medico sconsigli le pause annuali. Piuttosto va sollecitata, durante queste pause una categorica responsabilizzazione del maschio.

Le giovanissime, che non hanno ancora completato lo sviluppo corporeo, usino con senso critico questi prodotti. Per loro è più facile l'insorgenza di un blocco del complesso meccanismo dell'ovulazione, pertanto ha una giustificazione la richiesta di interruzione dopo i primi tre mesi per verificare questa eventualità.

Alla sospensione del trattamento è frequente un ritardo mestruale di 10/20 giorni: nulla di grave. Si verificano però anche casi nei quali la mestruazione non compare per uno o due anni. Converrà attendere senza terapie ormonali per 6 mesi e intervenire successiva-

mente se le mestruazione non si normalizzano. Esistono rari casi di menopausa precoce. E' fondamentale, nei mesi successivi all'interruzione della pillola, non fare uso del metodo Ogino Knaus in considerazione di queste irregolarità. Usare preservativo, diaframma o astinenza.

controindicazione

(si intendono le malattie che possono essere aggravate dall'uso della pillola).

la pillola non deve in assoluto essere usata nei seguenti casi:

- insufficienza circolatoria o eccessiva coagulazione del sangue: flebiti (vene varicose gravi), tromboflebiti (coaguli di sangue nelle vene delle gambe), tromboembolie e emboli polmonari, malattie circolatorie cerebrali e retiniche (degli occhi).
- malattie gravi del fegato: epatiti, ittero, ecc.
- cancro al seno e agli organi genitali e se questi disturbi sono marcatamente presenti in famiglia.
- disfunzioni ipofisarie: ossia mancanza di mestruazione in donne giovani, o marcate irregolarità mestruali in donne che hanno la mestruazione, in quanto la pillola accentua una atrofia ovarica già esistente.
- malattie renali o cardiache
- ipertensione
- diabete
- severi mal di testa
- malattie della cistifellea
- perdite di sangue anormali non diagnosticate
- epilessia
- ipotiroidismo
- gravidanza
- allattamento
- 35/40 anni: oltre questa età si verifica una incidenza superiore di casi di tromboembolia
- cloasma

può essere usata sotto assiduo controllo medico nei seguenti casi:

- mal di testa
- obesità
- disposizione al diabete
- fibromi all'utero
- vene varicose
- asma
- depressione
- lievi insufficienze epatiche

effetti collaterali

(si intendono i disturbi legati all'uso degli ormoni e che in genere passano dopo un periodo di adattamento dell'organismo o alla sospensione).

- *nausea e vomito*: in genere vincolati al 1. e 2. mese (spesso superabili prendendo la pillola dopo il pasto serale)
- *stanchezza*: sonnolenza e stanchezza durano in genere uno o due mesi fino a che il corpo non s'abituata al nuovo equilibrio ormonale.
- *aumento di peso*: generalmente dopo 2/3 mesi si normalizza (può essere causato da ritenzione idrica provocata dall'estrogeno, e da un aumento dell'appetito per via del progestinico)
- *aumento del volume del seno e sensibilità dolorosa*: dovrebbero essere vincolati ai primi 2 mesi
- *riduzione della mestruazione*: la perdita di sangue che si ha tra un ciclo di pillole e il successivo non è una vera mestruazione, è una fuoriuscita di sangue condizionata dal tipo di pillola usata. (Le pillole con prevalenza di estrogeno provocano un flusso normale o abbondante, quelle con prevalenza di progestinico un flusso ridotto).
- *mancanza di mestruazioni in donne che prima dell'uso della pillola avevano cicli regolari*: se non sono state dimenticate delle pillole, è improbabile che sia una gravidanza, comunque, pur continuando il trattamento, è bene fare un tempestivo test di gravidanza, e se negativo rivolgersi al medico
- *perdite di sangue intermestruali - spotting* - nel 1. e 2. mese, vanno ignorate, possono essere dovute a irregolarità nell'ora di assunzione della pillola; se persistono, significa che l'effetto estro-progestinico sull'endometrio è troppo basso.
- *più problemi di infezioni vaginali in genere, comprese le malattie veneree*: è dovuto al progesterone che abbassando i livelli di acidità vaginale naturali, espone la vagina ai miceti, ai batteri, ai protozoi e ai virus
- *perdite vaginali*: sono comuni perdite vaginali non necessariamente legate a un'infezione, ma all'azione dell'estrogeno
- *più frequenti infezioni del tratto urinario*
- *depressione, cambiamenti di umore*: il problema è complesso, in quanto la depressione può avere origine da un eccesso di estrogeno o di progestinico, ma anche da un livello di estrogeno troppo basso
- *possibile mancanza di desiderio sessuale*: può essere superata passando ad una pillola più estrogenica il che significa un maggior rischio di tromboembolie. Per contro, molte donne senza paura della gravidanza, verificano un più intenso desiderio sessuale
- *acne*: può essere causata da pillole con prevalenza di progestinico quelle con prevalenza di estrogeno possono migliorare l'acne
- *cloasma*: chiamata anche maschera di gravidanza, si presenta con macchie bruno-gialle sulla pelle del viso, a volte sono irreversibili
- *un effetto collaterale senz'altro positivo è la scomparsa del dolore mestruale*
- *è meno probabile l'anemia*

effetti collaterali gravi che richiedono un empestivo controllo medico

- **forti mal di testa** (possono indicare punte di ipertensione)
- **disturbi della vista** (possono indicare punte di ipertensione)
- **forti dolori alle gambe** (può essere da coagulo del sangue)
- **forti dolori al petto o mancanza di respiro** (può indicare coaguli nei polmoni o infarto miocardico)
- **forti dolori addominali** (possono indicare malattie della cistifellea)

come si usa

- Per cominciare a prendere la pillola devi aspettare il flusso mestruale.
- Ingerisci la prima pillola al 5. giorno dall'inizio della mestruazione, seguitando con un confetto al giorno, circa alla stessa ora, per 21 giorni consecutivi, fino a esaurire i confetti dell'astuccio. Lascia passare 7 giorni prima di iniziare una nuova confezione; all'8. giorno prendi la prima pillola del nuovo astuccio, indipendentemente dal fatto che la mestruazione, verificatasi durante la pausa, sia già terminata o perduri.
risulta quindi un ritmo di tre settimane di trattamento e una settimana di pausa.
- Se hai cicli inferiori ai 27 giorni devi prendere la prima pillola il 1. primo giorno della mestruazione e usare un secondo metodo anticoncezionale (preservativo, diaframma, spermicidi) per 10/15 giorni a titolo cautelativo.
- Se associ l'atto del prendere la pillola a qualche attività quotidiana (come lo svegliarsi, la cena, il caricarsi) è meno facile dimenticare la pillola.
- Se dimentichi una pillola, prendi quella dimenticata non appena ti accorgi, e quella «del giorno» alla solita ora, anche se questo implica prenderne due nello stesso giorno.
Ricorda che se non sono trascorse 36 ore (cioè un giorno e mezzo) dall'ultima pillola, permane l'effetto anticoncezionale; se invece sono passate più di 36 ore può avvenire l'ovulazione in un momento qualsiasi del ciclo e quindi l'efficacia massima non è più garantita. Abbina un altro mezzo anticoncezionale per il resto del ciclo.
- Se dimentichi una o più pillola, e non compaiono le mestruazioni fai un test di gravidanza prima di continuare.

Minipillola

La differenza fondamentale tra le pillole — combinata e sequenziale — e la minipillola, è che quest'ultima è composta da uno solo dei due ormoni contenuti nelle altre pillole: il progestinico (cioè progesterone sintetico).

Poiché l'estrogeno è assente e il contenuto di progestinico è basso, l'ovulazione non viene quasi mai bloccata e l'azione anticoncezionale è a livello, per così dire, periferico.

come agisce

- rende il muco cervicale denso e impenetrabile agli spermatozoi: questo è il principale meccanismo di azione del farmaco.
- rende l'endometrio atrofico e inadatto ad accogliere l'ovulo eventualmente fecondato.
- pare interferisca sulle tube con probabile azione di rallentamento del transito dell'ovulo. Questo può causare due problemi: come rallenta il passaggio dell'ovulo nella tuba può aumentare l'incidenza di gravidanze extrauterine, oppure può avvenire un impianto regolare nell'endometrio ma con ovulo parzialmente degenerato e quindi con possibili conseguenze sul feto.

efficacia

L'«efficacia teorica» è valutata intorno al 98%. L'«efficacia d'uso» è sensibilmente inferiore soprattutto quando la pillola non viene presa giornalmente alla stessa ora. Inoltre non esiste protezione durante il 1. mese di trattamento e c'è una incidenza di rischio maggiore nei primi 3/6 mesi.

controindicazioni

- le controindicazioni gravi indicate per la pillola combinata valgono anche per la minipillola anche se non si sa se ci sono rischi di tromboembolie.
- perdite di sangue anormali non diagnosticate.

effetti collaterali

- frequenti perdite di sangue intermestruali e possibilità di metrorragie soprattutto nei primi 3-4 mesi.
- periodi senza mestruazioni (amenorrea): qualche donna ha cicli regolari, ma molte donne presentano irregolarità; si verificano casi di una o due mestruazioni per anno.
- raramente si accusano nausea, vomito, aumento di peso, acne, diminuzione della libido.

come si usa

- la prima pillola si prende il 1. giorno di una qualsiasi mestruazione; poi si continua con una pillola al giorno per tutto l'anno senza interruzione, compreso il periodo della mestruazione
- è importante prendere questa pillola sempre alla stessa ora
- se si dimentica una pillola la si prende non appena ci si accorge; e quella del giorno alla solita ora. In questa evenienza, per sicurezza, è bene abbinare un secondo metodo anticoncezionale fino alla mestruazione.
- se si verifica un ritardo mestruale superiore ai 15 giorni, si fa un test di gravidanza.

ricordare che l'uso della minipillola durante la gravidanza può danneggiare il feto.

Questa pillola è indicata quando si verificano controindicazioni all'uso dell'estrogeno. E' preferita anche per quelle donne che hanno un passato di ipertensione e di mal di testa. E per quelle giovanissime nelle quali è meglio non bloccare l'ovulazione dato che i cicli mestruali sono appena iniziati.

MEZZI ORMONALI IN NETTA FASE DI SPERIMENTAZIONE

Iniezioni a deposito

In Italia sono reperibili in commercio, sebbene non siano autorizzate in USA, due tipi di iniezioni: il *Depo-provera* e l'*Unimens*.

Depo-provera

| | |
|--------------|------------------------------------|
| Iniezione di | 50 mg di progestinico al mese |
| | 150 mg di progestinico ogni 3 mesi |
| | 500 mg di progestinico ogni 6 mesi |
| | 1000 mg di progestinico ogni anno |

La più diffusa è l'iniezione trimestrale che contiene 150 mg di progestinico (MAP) che, iniettato per via intramuscolare, sopprime l'azione dell'ipotalamo e quindi l'ovulazione e la ciclica proliferazione endometriale. L'iniezione viene fatta entro il 5. giorno del flusso mestruale; può provocare i soliti effetti collaterali legati all'assunzione degli ormoni, soprattutto: lievi perdite di sangue intermestruali, amenorrea, metrorragia ecc., con l'aggravante che la loro durata non è controllabile ma perdura finché gli ormoni iniettati non sono stati completamente smaltiti.

Questa iniezione protegge quasi al 100%, e alla sospensione del trattamento il ritorno alla fertilità viene dopo qualche mese, spesso dopo uno o più anni. Si ritiene che l'uso prolungato di questo prodotto induca ad una sterilità definitiva.

Il Depo-provera, proibito e ritirato negli Stati Uniti nel novembre del 1975 per l'azione cancerogena riscontrata sulle cagne da esperimento, è usato nei Paesi del Terzo mondo e fra le proletarie e le popolazioni rurali in Italia.

Giacché raramente il medico informa la donna della possibilità di una conseguente sterilità permanente, l'uso di questo prodotto equivale ad un programma di sterilizzazione clinica non volontaria effettuata dai governi ufficialmente o ufficiosamente attraverso la classe medica.

Unimens

Iniezione mensile di 150 mg di progestinico + 10 mg di estrogeno. Questa iniezione viene fatta all'8. giorno dall'inizio della mestruazione.

Comunicato stampa del 17 marzo 1975 sulla iniezione anticoncezionale mensile (Unimens)

L'AED, Associazione Educazione Demografica, denuncia che ancora una volta nel settore degli anticoncezionali il criterio della speculazione economica calpesta la dignità e l'integrità fisica della donna. Titoli di chiaro sapore trionfalistico a favore dell'Unimens sono recentemente comparsi su rotocalchi, settimanali, quotidiani di tiratura nazionale.

In realtà con la somministrazione unica mensile si iniettano 150 mg di progestinico ad azione deposito e 10 mg di estrogeno, pure ad azione deposito. Nel corso dei 21 giorni, con la pillola di più largo impiego, si assumono complessivamente 5,25 mg di progestinico e 1,05 mg di estrogeno.

Questo divario quantitativo già così evidente, tende col tempo ad accentuarsi in quanto, come è ben noto, mentre i prodotti orali vengono eliminati nelle 24 ore, i prodotti delle iniezioni a deposito non si esauriscono completamente nell'arco dei 28 giorni che intercorrono fra una iniezione e la successiva. Ne consegue che, ad ogni somministrazione mensile, va aggiunto il quantitativo di sostanze residue in circolo dall'intervento precedente; quantitativo, questo, che varia da soggetto a soggetto per caratteristiche individuali e che porta, specialmente dopo alcuni mesi, ad un accumulo di ormoni attivi veramente altissimo.

Prescindendo dalla opportunità di prediligere un metodo che ottiene gli stessi risultati con una quantità notevolmente minore di farmaco e, perciò, con minore incidenza di effetti secondari, a sfavore della somministrazione di prodotti deposito sta soprattutto il fatto che, alla sospensione di questo trattamento, si instaura un

blocco della ovulazione, variabile dai 4 ai 14 mesi, e la frequente comparsa di amenorrea prolungata per più mesi (mancanza del flusso mestruale) per turbe dirette sulla funzionalità della mucosa uterina e sui regolatori ipotalamo-ipofisari della steroido-genesi ormonale. Questa ultima evenienza rende particolarmente sconsigliabile questa metodica nelle giovani.

Un altro importante elemento che induce a diffidare, quale contraccettivo d'elezione, dell'iniezione mensile di prodotti deposito, è la notevole quantità di estrogeni che viene somministrata ogni volta. L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) e la Drug and Food Administration (Organismo americano di controllo dei farmaci) hanno vivamente raccomandato che, nella contraccezione prolungata non venga mai superata la soglia giornaliera di 0,05 mg di estrogeno per la possibile azione stimolante di forme tumorali dell'apparato genitale o delle mammelle con dosi maggiori. Orbene, ogni mese con l'iniezione vengono introdotti ben 10 mg di estrogeno in una sola dose la quale viene eliminata lentamente e incompletamente durante i successivi 28 giorni.

Le sopra esposte considerazioni devono giustamente mettere in allarme chi, sconsideratamente, ricorre alla fiala mensile per il blocco della ovulazione e mettere in guardia da certa propaganda fatta con evidenti scopi lucrativi.

Occorre infatti segnalare che anche la cosiddetta «comodità di somministrazione» ha, come contropartita durante il trattamento, le frequenti irregolarità mestruali, le perdite ematiche dell'intermestruo, cefalee, nausea e aumento di peso in percentuale significativamente superiore ai casi nei quali la terapia estro-progestinica di blocco della ovulazione è praticata con la pillola quotidiana.

Invocare come generica motivazione a questa alternativa anticoncezionale la presunta «smemoratazza» di talune donne equivale, prima di tutto, a incentivare l'atteggiamento maschilista ideologico che fa di ogni donna una sciocca e provvede dispoticamente a risolvere la sbadataggine congenita con un provvedimento che è allo stesso tempo offensivo e dannoso.

Le indagini di mercato o i sondaggi esperiti che avrebbero documentato come proprio le donne preferi-

scono una iniezione al mese anzichè 21 pillole giornaliere avevano evidentemente taciuto alle intervistate gli aspetti negativi dell'iniezione.

C'è di più: i giornalisti che vanno riportando frasette virgolettate, mutate dai discorsi dei baroni della medicina, si guardano bene dal riportare le stesse dichiarazioni espresse dalla Casa Farmaceutica «Orma» produttrice dell'Unimens nei propri depliants.

In uno di essi si legge: «I Paesi in cui l'Unimens viene usato da circa 2 anni sono: il Kenia, lo Zaire, lo Zambia, l'India, il Vietnam, la Corea del Sud, ecc.». Oggi, anche l'Italia.

In calce al depliant compare invece l'elenco dei Paesi in cui l'Unimers viene solo «preparato»: e qui figurano i Paesi cosiddetti avanzati, che difendono chiaramente i diritti civili dei propri cittadini, anche se a spese dei diritti civili e dell'integrità fisica dei cittadini dei Paesi «sottosviluppati».

E' così che Inghilterra, Israele, Germania Occidentale e Svizzera si limitano a «preparare» quel prodotto che l'Italia insieme al Kenia, allo Zaire e allo Zambia è tenuta a consumare. Intanto che questo processo di sperimentazione sulle cavie del sottosviluppo viene attuato su scala mondiale, i Paesi cosiddetti avanzati rimangono in dignitosa attesa dei «risultati».

Perché tutto ciò avviene in Italia? Perché a lato della classe dirigente reazionaria di ieri che vedeva e vede la donna in funzione della procreazione, sta sorgendo e sviluppandosi un'altra classe dirigente altrettanto reazionaria, preoccupata solo del contenimento delle nascite. Questo nuovo indirizzo, abilmente camuffato nel messaggio per la liberazione e emancipazione della donna attraverso gli anticoncezionali e la educazione sessuale, in effetti è ispirato ideologicamente ad una politica demografica che segue i criteri del «population planning» (pianificazione della popolazione) che è espressione degli interessi USA in campo demografico.

L'AED rinnova il suo impegno a favore dell'«individual planning» (scelta individuale) in relazione all'autonomia della donna, e al rispetto dell'individuo.

Capsule sottocutanee

Capsule che si impiantano sotto la cute, nella zona pubica, con l'obiettivo di realizzare una contraccezione a lungo termine: 1/3/5 anni. La gomma al silicone «silastic» consente l'emissione in circolo del progestinico contenuto nella capsula. Oltre i soliti effetti tipici dell'ormone, si può avere una azione tardiva del prodotto (per accumulo), azione al di fuori dell'organo bersaglio, frequenti perdite di sangue intermestruale e una frequenza di gravidanze extrauterine in caso di fallimento.

Anelli vaginali

Anelli leggermente più piccoli di un normale diaframma (50/60 mm), collocati nella volta vaginale mensilmente dopo le mestruazioni, e lasciati in loco, ciascuno, per 21 giorni. L'anello dimette lentamente del progestinico. Oltre i soliti inconvenienti tipici dell'ormone vanno ricordate le lesioni da decubito che l'anello provoca in vagina.

Pillola del giorno dopo

Si dà questo nome a dei prodotti che possono essere usati dopo un rapporto avvenuto in periodo fecondo senza precauzioni, al fine di impedire una gravidanza. La pillola del giorno dopo è in fase sperimentale in due opposte direzioni:

con dosaggi di progestinico

Consiste nella somministrazione di progestinico in dose sufficiente da indurre nella mucosa dell'endometrio una modificazione così rapida e anticipata da ostacolare l'impianto dell'ovulo eventualmente fecondato. Viene somministrato nei cinque giorni successivi al rapporto pericoloso, iniziando entro le 12 ore, al massimo 24 ore.

Gli inconvenienti sono stanchezza, depressione e possibile nausea. Si sospetta l'interferenza sul feto.

con alti dosaggi di estrogeno sintetico

L'estrogeno, agendo in senso opposto al progesterone naturale prodotto dalle ovaie, protrae una situazione che impedisce all'endometrio di giungere a quelle modificazioni che consentono l'annidamento dell'ovulo fecondato (cioè protrae la fase proliferativa) e provoca una particolare motilità tubarica che spinge l'ovulo nell'utero troppo presto.

Sia in pillole che in iniezioni, il prodotto va somministrato per cinque giorni consecutivi, iniziando entro le 24 ore dal rapporto pericoloso, massimo 72 ore. L'efficacia di questo mezzo è più alta della somministrazione di progestinico. Oltre le controindicazioni tipiche dell'ormone, che richiedono una anamnesi preventiva, si presentano effetti collaterali come forti nausea, ecc. Quando il prodotto non agisce sono state dimostrate interferenze sul feto, soprattutto rischi di cancro alla vagina nella progenitura femminile, durante l'adolescenza. Pertanto la FDA sottolinea la convenienza di abortire dopo l'uso di questo prodotto.

Prostaglandine

Le prostaglandine sono un gruppo di sostanze biologicamente attive che si trovano in molti tessuti animali, soprattutto nel liquido spermatico dell'uomo e di altri mammiferi, e in modo rilevante nell'utero durante la mestruazione. Prodotte a livello sintetico, tra le varie possibilità di azione, le prostaglandine hanno l'effetto di stimolare la muscolatura delle fibre lisce dell'utero e quindi di provocare le contrazioni uterine e di far degenerare il corpo luteo, agendo come abortivo.

In uso negli ospedali inglesi, attualmente vengono utilizzate a livello sperimentale anche in alcuni ospedali italiani per provocare l'aborto in stadi avanzati, o per indurre il travaglio di parto. Vengono somministrate per via endovenosa e intraamniotica.

Le prostaglandine sono in corso di sperimentazione anche sotto forma di ovuli o gelatina, che introdotti in vagina nei primissimi giorni di ritardo mestruale provocherebbero la mestruazione.

Pillola per l'uomo

Anche nell'uomo la produzione e la maturazione delle cellule sessuali è regolata da ormoni prodotti dall'ipofisi e dai testicoli. Perciò è facile immaginare la possibilità di un intervento ormonale esterno, simile a quello della pillola per la donna, che blocchi temporaneamente la fertilità maschile.

Dapprima la «ricerca» si è orientata sulla contraccezione femminile, in quanto essendo le donne subordinate ai maschi e essendo sempre le donne che del rapporto sessuale pagano lo scotto, sono le più disposte ad accettare la contropartita della contraccezione.

Ma all'equilibrio demografico, non interessa che siano le donne o gli uomini ad usare i mezzi anticoncezionali, interessa il risultato finale: il decremento. Pertanto c'è un avvio in questo senso che verrà stimolato solo quando il rapporto di forze alla base, tra maschi e femmine, prenderà dei connotati di parità. Oggi, da una posizione economica di forza, l'uomo compra la donna e il servizio completo.

Se aggiungiamo la collaborazione dei settori della «ricerca» che è in mano a personale maschile, abbiamo concluso il quadro.

A parte però le varie promesse che da 10 anni ci elargisce la stampa, la pillola per uomo è solo una curiosità. Il ciproterone acetato, il clomifene citrato, il danazol-testosterone, il testoviron depot, l'«AF1312 e AF1890» ecc. continuano ad essere usati in sperimentazioni ristrette nei manicomi e nelle carceri in omaggio alla «ricerca».

Nel III seminario internazionale sul controllo della fertilità, svoltosi a Genova nel 1977, non si è neppure accennato alla pillola maschile. Il ciproterone-acetato, che era una promessa in questo senso, venne presentato per formulare la possibilità di una ennesima pillola per la donna.

MEZZI MECCANICI INTERNI

Dispositivi intrauterini - IUD (Intra Uterine Device)

Il dispositivo intrauterino è un filamento di plastica flessibile, di forma e misura diverse che viene collocato nell'utero per impedire la gravidanza.

Negli anni recenti questi dispositivi di plastica sono stati avvolti con fili di rame o integrati con progesterone al fine di aumentarne l'efficacia. In questo caso vengono chiamati iud medicati, cioè che dimettono delle sostanze chimiche.

Tutti gli iud sono in fase di sperimentazione, quelli medicati in una fase iniziale di sperimentazione.

come agisce

Il meccanismo di azione non è stato ancora determinato con sicurezza:

- secondo una teoria lo iud provoca una infiammazione asettica dell'endometrio, (reversibile se l'utero è sano), impedendo in tal modo l'annidamento dell'ovulo.
- altri ritengono che avvenga un distacco meccanico dell'ovulo impiantato nell'endometrio.
- e ancora che lo iud provochi una presenza di anticorpi che attaccherebbero gli spermatozoi e l'ovulo.

efficacia

L'efficacia teorica è valutata intorno al 95/98%. Con i modelli al rame e al progesterone pare che la sicurezza teorica sia lievemente superiore.

Lo iud non protegge il primo mese pertanto è necessario usare un altro mezzo anticoncezionale parallelo. Inoltre è opportuno l'uso di uno spermicida anche nel II e III mese.

Per la efficacia dello iud entrano in gioco vari elementi: la difficoltà nell'inserzione, l'abilità del medico, le possibilità di espulsione, la rapidità con cui una donna individua l'espulsione, ecc.

tipi di intrauterini

Nel mondo ci sono circa 80 tipi di intrauterini, in quanto in ogni nazione ci sono uno o più case farmaceutiche che vogliono gestire il mercato.

Vasto è il disaccordo su quale sia il miglior tipo di iud.

gli iud raccomandati negli Stati Uniti sono:

- Lippes Loop: che è sul mercato statunitense e mondiale dal 1959 ed è il più usato.
- Saf-T-Coil: è quasi altrettanto diffuso del Lippes Loop.
- Copper 7: prodotto di più recente sperimentazione medicato al rame.

all'opposto

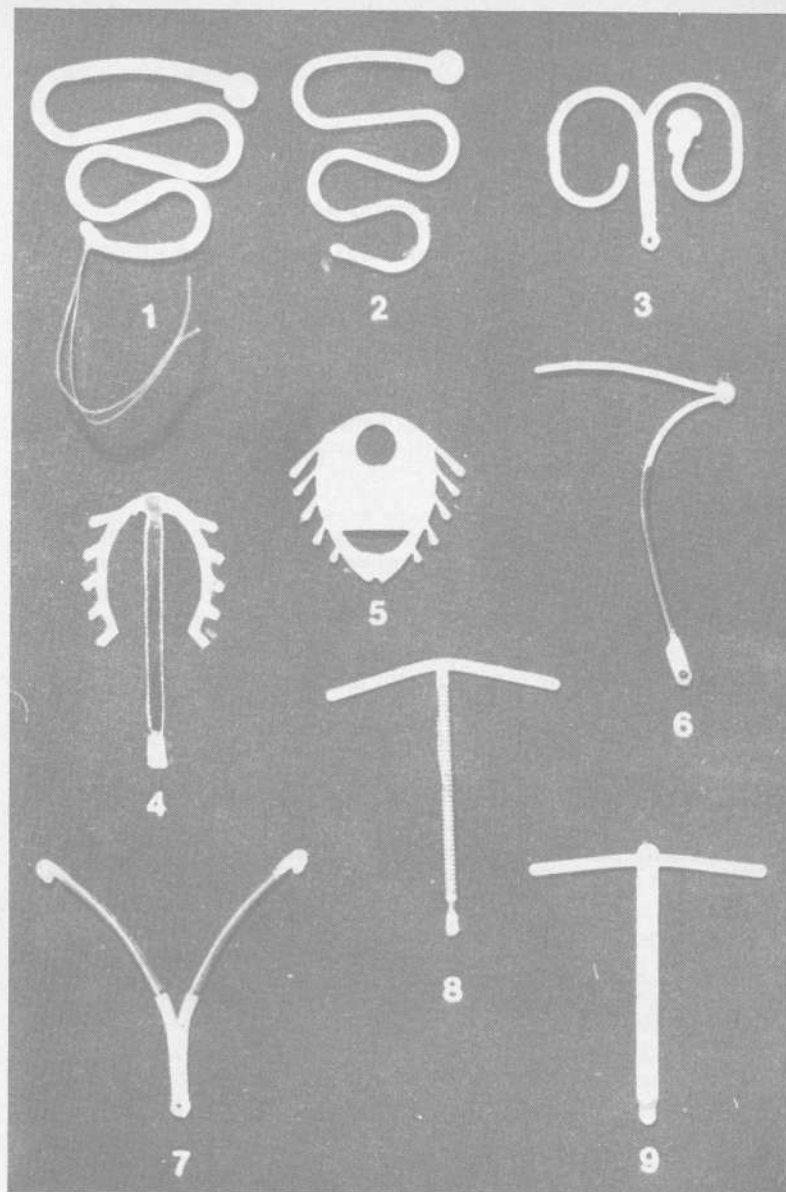
- Dalkon Shield: era molto diffuso ed era considerato una promessa tra gli intrauterini; nel 1975 è stato ritirato dal mercato degli Stati Uniti, a causa di infezioni intrauterine al II trimestre di gravidanza e di alcuni decessi.
- Copper T (al rame), Ypsilon Y e Progesterone T non sono ancora autorizzati negli Stati Uniti.

gli iud in commercio in Italia:

- Lippes Loop nelle 4 misure
- Copper 7 (al rame)
- Copper T (al rame)

Con la scusante che tutti gli intrauterini sono più o meno in fase sperimentale, in Italia da un anno circa è in corso una sperimentazione clinica (forse sarebbe meglio precisare di massa) del No-Gravid, intrauterino al rame prodotto dalla *Immed* di Verona. Quando cominciò la sperimentazione a tradimento, un anno fa circa, il No-Gravid aveva una forma diversa da quella che ha attualmente. Lungo la strada hanno modificato il prodotto: adesso questo iud porta agli apici dei gancetti che in partenza non aveva. Quante donne alle quali è stato inserito sono state informate di questa evoluzione?

Altro iud che sta per essere lanciato sul mercato italiano è l'*ML Cu-250* della *Multilan-Friburgo*. Le statistiche che ci portano per farcelo piacere sono di un ospedale degli Stati Uniti dove il prodotto non è autorizzato.



Intrauterini in grandezza naturale:

- 1 e 2) Lippes Loop misura C e A — 3) Saf-T-Coil — 4) ML Cu-250
— 5) Dalkon Shield — 6) Copper 7 — 7) No Gravid — 8) Copper T
— 9) Progesterone T.

Nella scelta dello iud il fattore principale è la competenza del ginecologo o della ostetrica nell'inserire lo iud che consiglia, in quanto molte situazioni difficili nascono da una mancanza di esperienza del «tecnico».

introduzione e estrazione dello iud

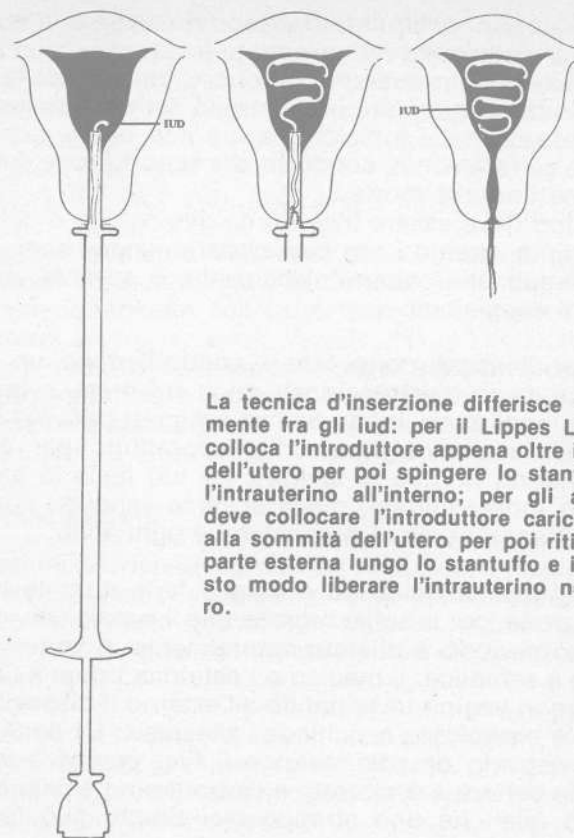
L'introduzione dell'intrauterino in genere è effettuata negli ultimi due giorni della mestruazione in quanto, oltre a garantire l'assenza di una gravidanza, permette una più facile introduzione dato che il canale cervicale è leggermente più dilatato. Può essere introdotto anche in corrispondenza della metà del ciclo che pure presenta una dilatazione del collo dell'utero. Dopo un parto o un aborto si attendono 6 settimane prima di introdurre lo iud.

Prima dell'introduzione va eseguito un pap-test per evidenziare eventuali alterazioni del collo dell'utero e eventuali infezioni vaginali che, se non curate, potrebbero essere trasportate nella cavità uterina; è richiesta una visita ginecologica in periodo extramensuale, sia per eliminare le controindicazioni all'uso, sia per valutare la dimensione e la posizione dell'utero.

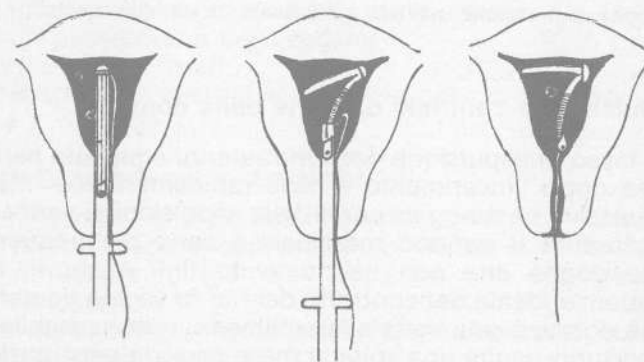
L'introduzione vera e propria consiste nel disinfettare la cervice e nel misurare la profondità dell'utero con l'isterometro, quindi l'introduttore carico dello iud viene inserito nel canale cervicale e spinto nella cavità uterina. A questo punto si libera il dispositivo nell'utero dove riprende automaticamente la sua forma originaria, grazie alla sua elasticità. Il filo agganciato allo iud viene lasciato sporgere in vagina di circa 5 cm. Se il filo di nylon è tagliato correttamente né la donna né l'uomo avranno disturbi nel rapporto.

Nelle donne che hanno avuto figli l'introduzione è per lo più rapida e indolore. L'anestesia non è richiesta salvo nei casi particolari: donne che non hanno avuto figli, presenza di utero piccolo o restringimenti del canale cervicale. Però vi sono casi in cui si accusa dolore, aritmia cardiaca ecc.

Dopo l'introduzione dello iud vi è quasi sempre una perdita di sangue, se il flusso presenta una particolare gravità verrà consultato il medico. Subito dopo l'inser-



La tecnica d'inserzione differisce leggermente fra gli iud: per il Lippes Loop si colloca l'introduttore appena oltre il collo dell'utero per poi spingere lo stantuffo e l'intrauterino all'interno; per gli altri si deve collocare l'introduttore carico sino alla sommità dell'utero per poi ritirare la parte esterna lungo lo stantuffo e in questo modo liberare l'intrauterino nell'utero.



zione (anche per un mese), sono frequenti delle manifestazioni dolorose simili a crampi mestruali e dolori alle reni. Se dopo l'inserzione c'è febbre, dolori addominali e perdite di sangue, fare un controllo perchè può indicare una infezione. Le infezioni da iud non curate possono, anche se raramente, condurre alla asportazione dell'utero e perfino alla morte.

Lo iud deve essere inserito da ginecologo o ostetrica esperti, in quanto i rari casi di perforazione sono quasi tutti legati alla cattiva introduzione e sovente anche i casi di espulsione.

Dopo l'introduzione fare i controlli dopo un mese (terminata la mestruazione), dopo tre mesi, e regolarmente ogni anno. Il pap-test va eseguito ogni 6/12 mesi insieme all'esame ematocrito, soprattutto per chi ha abbondanti perdite di sangue. Lo iud resta in loco un tempo indeterminato, quelli al rame vengono sostituiti ogni 2 anni, quelli al progesterone ogni anno.

L'estrazione dello iud è meglio farla durante la mestruazione, per la solita ragione che il canale cervicale in questo periodo è dilatato naturalmente. A volte l'estrazione è semplice: il medico o l'ostetrica tirano il filo che sporge in vagina trascinando all'esterno il dispositivo. A volte è complesso e richiede l'anestesia. La donna non deve estrarlo da sola, tirando il filo, perché a volte il canale cervicale è otturato e l'intrauterino è collocato in modo tale che uno strappo mal diretto può lacerare l'utero.

la donna deve disporre di un documento scritto dove il medico attesti quale tipo di intrauterino è stato introdotto, al fine di ridurre le difficoltà di rimozione quando è effettuata da un altro medico.

espulsione e controllo da parte della donna

Il tasso di espulsione degli intrauterini è più alto nel 1. mese dopo l'inserimento e cade rapidamente nei mesi successivi. La maggior parte delle espulsioni si verificano durante il periodo mestruale e sono più frequenti nelle donne che non hanno avuto figli e aborti. La frequenza ideale del controllo del filo in vagina da parte della donna è una volta alla settimana, indispensabile e opportuno risulta una volta al mese dopo la mestruazio-

ne. Per il controllo la donna introduce un dito in vagina fino a toccare la bocca dell'utero: se avverte il filo tutto è a posto; se manca significa per lo più che lo iud è stato espulso inavvertitamente. In questo caso bisogna fare un test di gravidanza e se negativo bisogna eseguire una radiografia per vedere se lo iud è nell'utero e come è collocato. In casi rari può avere perforato la parete uterina.

Quando la donna avverte il dispositivo uscire dalla bocca dell'utero significa che c'è una espulsione in atto. Va immediatamente tolto dal tecnico e, se del caso, reinserto.

Con lo iud è bene evitare l'uso dell'assorbente interno che può agganciare il filo dello iud e trascinarlo con sé durante l'estrazione.

controindicazioni

- infezioni pelviche (vaginiti, cerviciti, salpingiti): curare a fondo l'infezione prima di introdurre lo iud
- tumori dell'utero di qualsiasi genere
- perdite di sangue intermestruali non diagnosticate
- fibromi
- endometriti
- flussi eccessivamente abbondanti o dolorosi
- malformazioni dell'utero (utero bicornuto, utero eccessivamente piccolo, rigidità della cervice ecc.)
- retroversioni uterine fisse
- anemia
- malattie della valvola cardiaca (espongono la donna a possibile endocardite batterica subacuta)
- un passato con gravidanze extrauterine
- un passato con parti cesarei
- gravidanza in atto
- sospetto di allergia al rame (nel caso di iud medicati)

effetti collaterali e complicazioni

- *infiammazione pelvica*: quando si verifica normalmente si cura con antibiotici senza la necessità di rimuovere lo iud. Se l'infezione non scompare va rimosso.
- *modesto aumento della secrezione cervicale*: nei primi 3 mesi.

- *perdite di sangue intermestruali*: è il disturbo più frequente, in genere limitato ai primi mesi. Se sono persistenti e abbondanti (metrorragie) lo iud va rimosso.
- *nei primi tre mesi le mestruazioni possono essere dolorose e abbondanti (dismenorrea e menorragia)*: Se il fenomeno non si risolve lo iud va rimosso. E' un fatto frequente che la mestruazione sia anticipata di uno o due giorni da lievi perdite.
- *crampi uterini e dolenzia*: si avvertono in alcuni casi nel I mese dopo l'inserzione, poi scompaiono. Se si accusano dolori particolari va rimosso.
- *perforazione uterina*: la maggior parte se non la totalità delle perforazioni avviene al momento dell'inserzione. Qualche volta è senza sintomi. In genere però si accusano dolori uterini rilevanti e i fili scompaiono. L'intrauterino, caduto nel peritoneo, va rimosso con un tempestivo intervento che comporta la laparoscopia o laparotomia, dopo una radiografia dell'addome che evidenzia dove è collocato lo iud.
- *espulsione*: vedi paragrafo pertinente.
- *possibili gravidanze extrauterine*.
- non si conoscono ancora i possibili effetti collaterali a lungo termine del rame sulla mucosa dell'endometrio e sul feto.

effetto sulla gravidanza

Nel caso subentri una gravidanza accidentale, è meglio rimuovere l'intrauterino per il pericolo di serie perforazioni o di aborti spontanei in fase avanzata della gravidanza o di perforazione della placenta. Rimuovendolo c'è però il rischio di interrompere la gravidanza al suo inizio. Alcuni testi italiani insistono sulla non necessità della rimozione, probabilmente perché siamo in un Paese antiabortista e questa possibilità può frenare la diffusione dello iud.

inserimento dello IUD nelle nullipare

Dopo che la donna ha avuto un figlio l'utero rimane leggermente più grande e la cervice un poco più dilatata, e questo rende l'introduzione molto più semplice. La

cosa è più problematica per le donne che non hanno avuto figli (nullipare), alle quali alcuni medici rifiutano lo iud. Infatti, molte, se non la maggior parte delle donne che non hanno avuto figli (o aborti) hanno dolori e crampi nei giorni immediatamente successivi all'introduzione. Il dolore non è talvolta più forte di quello di normali crampi mestruali, in qualche caso però si ha svenimento e il dolore è così forte da rendere necessaria la rimozione del dispositivo. Tutte le nullipare hanno maggiore tendenza all'espulsione e il tasso di gravidanza durante l'uso del dispositivo è notevolmente più alto. Inoltre la possibilità di una infezione non curata o curata male può dare adito a qualche raro caso di sterilità.

MEZZI MECCANICI LOCALI FEMMINILI

Diaframma e spermicida

Il diaframma è una coppa poco profonda di gomma morbida, con un bordo resistente ma flessibile. Inserito in vagina prima di ogni rapporto incappuccia il collo dell'utero e mantiene la crema spermicida a contatto dell'apertura cervicale di modo che gli spermatozoi non vi penetrino.

Questo mezzo anticoncezionale che potremmo chiamare «preservativo femminile» per le sue caratteristiche di praticità, ha avuto ottima fortuna nei Paesi del nord. Da noi è ancora poco diffuso: viene usato per ora dalle donne che lo identificano con la prova tangibile della padronanza del proprio corpo.

In Italia questo mezzo non si è diffuso a causa della resistenza della classe medica, anche se ha una notevole sicurezza e assenza di effetti collaterali.

La ragione principale di questo boicottaggio la individuiamo nel fatto che il medico non vuole perdere tempo nell'insegnare alla donna come usare un diaframma. E' più spiccica la pillola e più redditizio l'intrauterino.

A sostegno di questo atteggiamento anti-diaframma la classe medica porta tre motivazioni, tutte false e irritanti.

La prima è che l'anticoncezionale deve essere il più sicuro possibile sotto il profilo dell'efficacia; con ciò molte donne che non amano essere manipolate a livello endocrino o chirurgico sono costrette dai medici a rinunciare ad una contraccezione seria, come quella del diaframma, continuando a affidarsi a metodi precari.

La seconda motivazione è che le donne hanno difficoltà a toccarsi in vagina, cioè manifestano quello che gli intellettualoidi chiamano «resistenze psicologiche». Anche qui riteniamo che il comportamento dei medici non stia assecondando le donne, ma solo inducendole a scegliere sempre quei mezzi che mettono la donna in balia del medico, in balia quindi di una medicina che tende a renderci dipendenti anziché autonome. Infatti il

diaframma ha di positivo rispetto agli altri mezzi che dopo una visita per stabilire la misura del diaframma e insegnare come va introdotto, la donna è libera da tutta una serie di esami di controllo.

La terza motivazione sarebbe che le donne non sanno collocare il diaframma correttamente. La sfiducia in questo caso è smaccatamente maschilista. Infatti ci andrebbe spiegato come mai le donne sappiano usare l'assorbente interno, che è più difficile da collocare in vagina di un diaframma.

efficacia

L'efficacia teorica è valutata intorno al 97%. Cioè la sicurezza è alta quando la donna è determinata, corretta e regolare nell'uso.

Diversamente, come per tutti i mezzi meccanici esterni, l'efficacia crolla.

chi dà la misura del diaframma

Per prendere la misura del diaframma e sapere come inserirlo è necessario recarsi a un centro alternativo per sapere quale gruppo di self-help, quale ostetrica o quale ginecologo ha gli anelli standard per la misurazione.

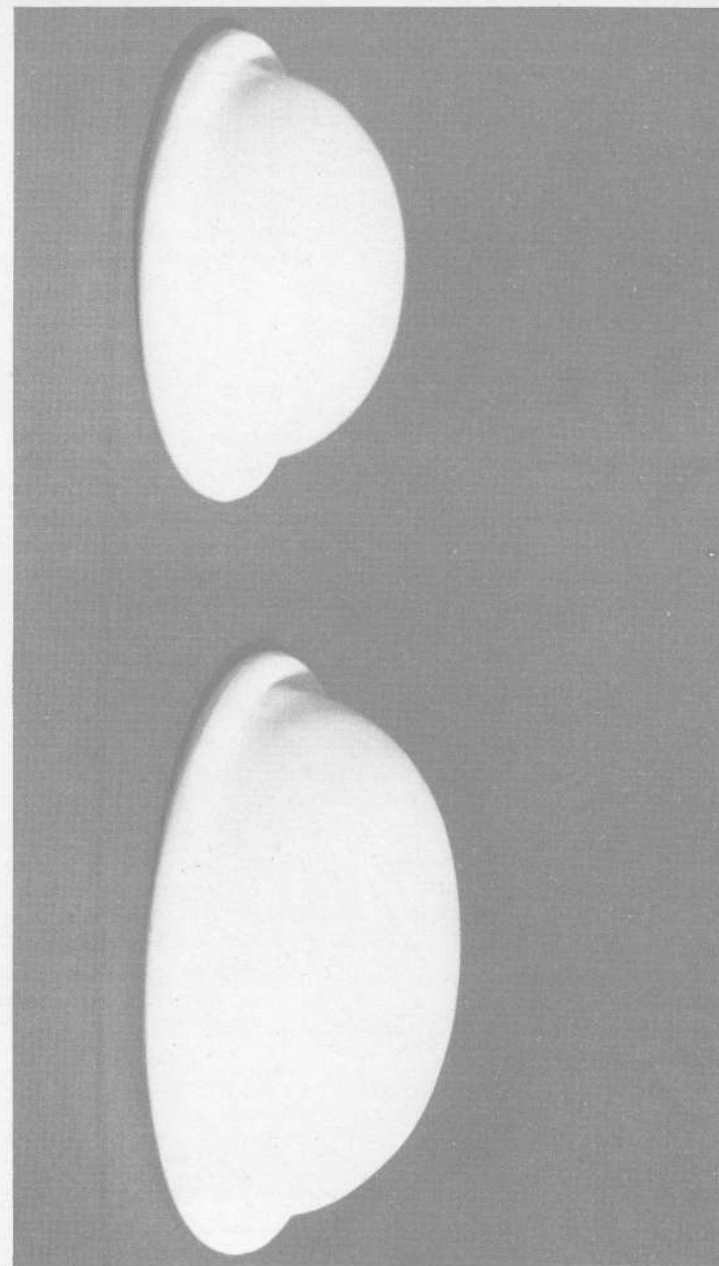
L'elemento principale nella scelta del diaframma è la misura. La misura valida è quella più grande fra le misure che possono essere calzate senza disagio. Infatti il diaframma copre la zona che va dal fornice posteriore dietro al collo dell'utero alla base del pube. (Il tecnico deve fare attenzione che la misura non si arresti al fornice anteriore dell'utero).

La misura del diaframma dovrebbe essere controllata almeno ogni 2 anni e comunque dopo un parto, un aborto, o in seguito a diminuzione o aumento di peso di circa 5 kg.

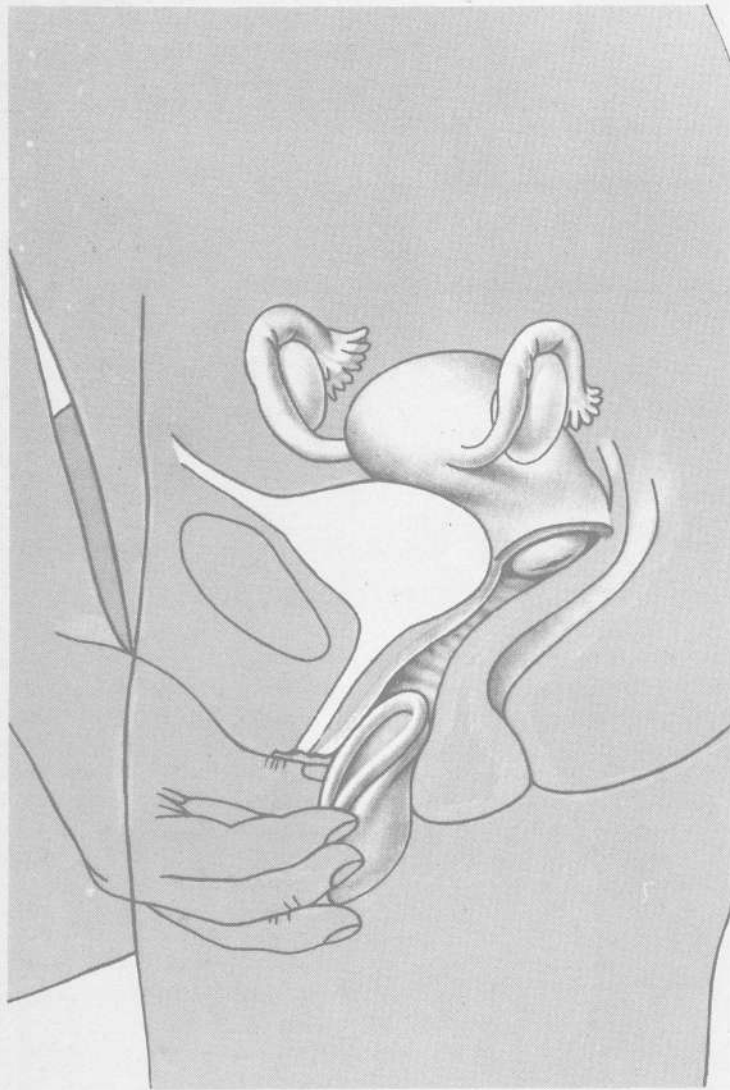
Il diaframma si acquista in farmacia senza ricetta medica.

come si usa

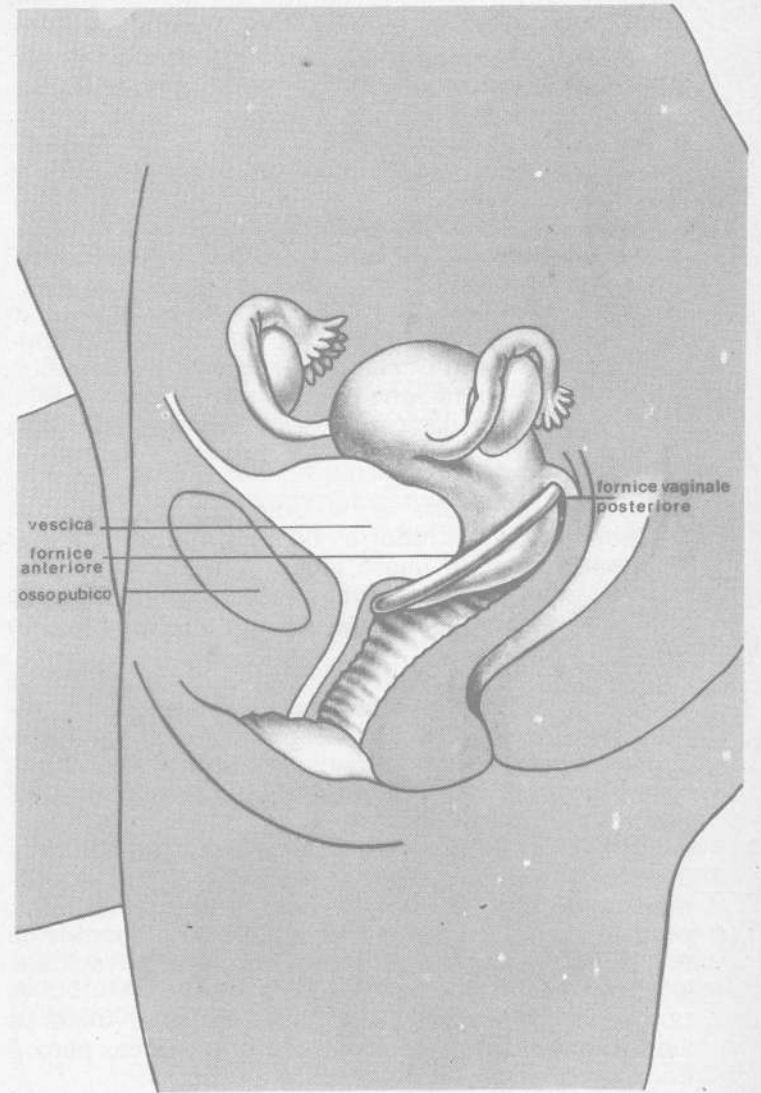
- il diaframma va inserito in vagina prima del rapporto sessuale: si sprema nel diaframma l'equivalente di uno o due cucchiaini di spermicida in crema o gelatina. Con la mano destra la donna stringe i bordi del diaframma fino a fargli assumere una forma stretta e



Diaframmi in grandezza naturale.



Inserimento del diaframma.



Diaframma in posizione corretta.

lunga, con la mano libera scosta le labbra vaginali e, quindi, inserisce il diaframma avendo l'accortezza di spingere verso il basso e il fondo della vagina. In questo modo il bordo posteriore del diaframma non cozza contro il collo dell'utero che sporge in vagina, ma lo supera e gli si incastra dietro, mentre il bordo anteriore automaticamente si colloca sotto l'osso pubico.

Non importa quale parte del diaframma è a contatto con il collo dell'utero, ma qualunque sia, deve essere spalmata di crema.

- ci si può facilmente accertare della buona collocazione del diaframma toccando con un dito il collo dell'utero che risulterà coperto dalla gomma.
 - Il diaframma va inserito nella posizione accucciata, in piedi con una gamba sollevata, o anche nella posizione sdraiata. Così enunciata, ad alcune donne potrebbe sembrare un'operazione complessa, ma in realtà, dopo poche introduzioni, bastano 10 secondi. Tutto sta nel capire come si deve orientare il diaframma durante l'introduzione.
- Comporta le stesse e le sole difficoltà che si presentano nell'introdurre un assorbente interno: spingendo verso il basso e facendo scorrere il diaframma lungo la parete inferiore della vagina si evita di battere contro il collo dell'utero che esce come uno sperone dall'alto.
- il diaframma può essere introdotto immediatamente prima del rapporto o anche alcune ore prima. Se trascorrono più di 2 ore dall'inserimento, bisogna introdurre in vagina un'altra dose di spermicida. Se si hanno rapporti ripetuti inserire dell'altro spermicida, senza rimuovere il diaframma.
 - il diaframma non va rimosso prima che siano trascorse 8 ore dall'ultimo rapporto. Né si devono fare lavaggi interni (vaginali) prima che siano trascorse le 8 ore, perché questo è il tempo necessario allo spermicida per distruggere gli spermatozoi che sono in vagina.
 - il diaframma in vagina non crea nessun disturbo: si può andare a spasso, fare il bagno, urinare. Anche se viene dimenticato per tante ore non nuoce, però è bene cercare di non superare le 24 ore.
 - può essere usato quando si hanno rapporti in periodo, mestruale per raccogliere il sangue.
 - per togliere il diaframma basta introdurre un dito

all'imbocco della vagina e agganciare il bordo anteriore del diaframma; lo si abbassa e lo si sfilava verso l'esterno.

- annualmente, eseguire il pap-test.

effetti collaterali

- la possibilità di rare allergie alla gomma o allo spermicida.
- se lasciato più di 24 ore consecutive in loco può dar adito alla formazione di microrganismi.

controindicazioni

- erosioni del collo dell'utero: vanno prima curate.
- non può essere usato da chi ha prolasso dell'utero o di una parete vaginale (cioè abbassamento di un organo rispetto alla posizione naturale), perché è impedita la possibilità di un aggancio del diaframma. Lo stesso per la donna che presenta una grave retroversione o anteflessione dell'utero. Esistono però riferimenti dove questi problemi vengono in buona misura superati con l'uso di diaframmi speciali.

come preservare il diaframma

Il diaframma si lava con sapone neutro e acqua tiepida; sciacquato e asciugato si cosparge di talco neutro o, meglio, di maizena e si ripone nel contenitore. Ogni qualche tempo la donna esaminerà che il diaframma non sia danneggiato, soprattutto lungo il bordo.

Bisogna infine raccomandare di non usare mai disinfettanti per detergere il diaframma, poiché questi possono alterare la gomma. Se la donna, nel periodo in cui fa uso del diaframma è in cura per una infezione vaginale è bene disinfettarlo immergendolo per circa 4 ore in soluzione medicata analoga a quelle che si consigliano per le lavande vaginali (in concentrazione doppia).

MEZZI MECCANICI LOCALI MASCHILI

Preservativo

E' una guaina di gomma sottile e delicata, chiusa ad una estremità, che si infila sul pene eretto e raccoglie lo sperma evitando che entri nella vagina.

Il preservativo è chiamato anche profilattico e condom. E' l'unico mezzo anticoncezionale maschile. Ha una larga diffusione. Negli anni recenti è stato però notevolmente danneggiato dai «sessuologi» che insistono sul concetto di «mezzo barbaro e superato» per spostare l'impegno della contraccezione interamente alla donna che risulta in questo modo completamente immersa nel nuovo ruolo sessuale.

Il piccolo disturbo di infilare il preservativo viene considerato motivo valido per impillolare la donna vita natural durante; la lieve diminuzione di sensibilità viene enfatizzata come se fosse un problema più serio della salute della donna.

«E' la donna che rifiuta il preservativo» dicono i «sessuologi» dando la copertura «scientifica» ai maschi che ingravidano la loro «compagna» perfino nel mese di sospensione annuale della pillola. Anche alcune donne, ossequianti alla volontà «sessuologica», si lasciano convincere che è liberatorio, femminista, addossarsi interamente il compito della contraccezione. E se questo è vero in certi casi: quando non si conosce bene l'uomo con cui si ha il rapporto e non ci si fida, oppure quando il «compagno» ha delle difficoltà fisiche, non lo è per nulla in tutti quei casi dove la coppia è fissa e il disturbo della contraccezione può quindi essere diviso (almeno se la donna lo ritiene).

Le ragioni estetiche portate avanti dagli «estetisti italiani», sono solo condizionamenti culturali di comodo, che vanno chiariti. Basti pensare che nei Paesi con un passato di contraccezione più lungo, il preservativo è usato come mezzo erotico.

efficacia

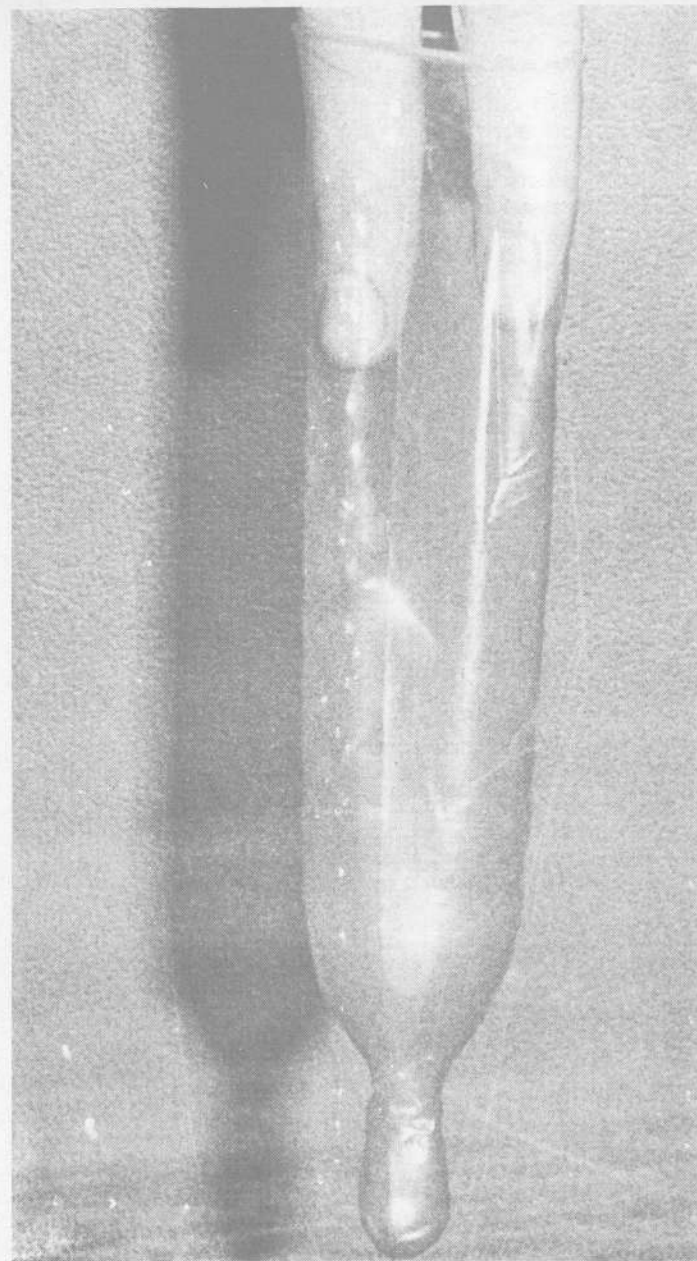
L'efficacia teorica è del 97% se usato regolarmente e correttamente. Diversamente l'efficacia crolla. Il preservativo abbinato a crema spermicida porta ad una protezione completa. I preservativi, che vengono venduti arrotolati in confezioni sigillate, hanno una scadenza: due anni lontano da fonti di calore, dopo di che sono possibili le rotture.

come si usa

- il preservativo va infilato sul pene eretto prima della penetrazione e non un attimo prima dell'orgasmo, poiché durante il coito possono verificarsi delle perdite spermatiche sufficienti a provocare una gravidanza. Mentre si infila il preservativo sul pene eretto è bene schiacciare il serbatoio, per fare uscire l'aria evitando così il pericolo di rottura. Per i preservativi senza serbatoio lasciare un centimetro di spazio privo d'aria sulla punta.
- dopo l'eiaculazione si deve togliere il pene dalla vagina mentre è ancora in erezione, tenendo fermo il preservativo alla base del pene con la mano per evitare che si sfili e resti all'interno della vagina con conseguente fuoriuscita di spermatozoi.
- bisogna avere cura di non toccare i genitali esterni femminili con le mani o parti del corpo o indumenti sporchi di sperma.
- dopo aver tolto il preservativo controllare sempre che non si sia rotto, nel quale caso la donna deve inserire immediatamente in vagina una dose di crema spermicida.
- i preservativi lubrificati diminuiscono i rischi di rottura e le irritazioni.
- non si deve mai usare la vasellina o altri grassi simili come lubrificanti, perché tali sostanze distruggono la gomma.
- nel periodo fecondo, per maggiore sicurezza, è opportuno affiancare della crema o gelatina spermicida.

effetti collaterali

- in rari casi si possono sviluppare reazioni allergiche alla gomma, sia nell'uomo che nella donna. Se c'è



Preservativo.

- questa particolare sensibilità si può passare al preservativo di pelle (intestino di pecora e di altri animali).
- alcuni uomini non riescono ad avere, o a mantenere l'erezione. In certi casi, però, la lieve attenuazione del piacere può permettere una più lunga erezione.

controindicazioni

- nessuna.

altre caratteristiche

- protegge contro le malattie che si trasmettono sessualmente.
- nel caso di contratta infezione è da usarsi fino a quando la cura è conclusa e accertata la guarigione.

MEZZI CHIMICI LOCALI O SPERMICIDI

Gli spermicidi sono costituiti da vari preparati chimici che vanno introdotti in vagina prima di ogni rapporto sessuale. Schiume, creme, gelatine, ovuli e compresse, collocati profondamente in vagina creano una barriera meccanica alla bocca dell'utero e parallelamente neutralizzano e distruggono gli spermatozoi. Anche questo, a dispetto dell'apparenza e della propaganda, è un mezzo destinato alla donna, infatti è la donna che lo deve trattenere per varie ore in vagina.

Questi preparati hanno un lieve potere protettivo dalle infezioni vaginali.

Nota: alcune creme o gelatine come il *Lorophyn* e il *Koromex*, o cialde come il *TA-RO cap*, contengono fenilmercurio acetato o nitrato. Sebbene questa sostanza forse non costituisce in una situazione di normalità un pericolo per la salute, la presenza di lacerazioni nella vagina o erosioni alla cervice aumentano le possibilità di assorbimento del mercurio. Data la disponibilità di altri preparati è bene evitare i prodotti con mercurio organico.

efficacia

Le case farmaceutiche la valutano intorno al 95/97%, ma si rifanno a delle prove in vitro, cioè fatte in laboratorio, non sulla donna. Altri affermano che l'efficacia del prodotto usato regolarmente e correttamente, varia dall'80 al 95%. Comunque siccome nella pratica il rischio è accentuato è opportuno associare sempre gli spermicidi ad altri mezzi o metodi anticoncezionali.

effetti collaterali

- rari processi irritativi, di solito lievi, a carico della vagina, più raramente del pene. Sovente cambiando marca scompare l'irritazione.

controindicazioni

- da evitarsi quando ci sono lacerazioni all'utero e erosioni alla cervice.

spermicidi aerosol, gelatine e creme

Si tratta di preparati in bombolette aerosol o in tubetti. Quando l'applicatore è colmo è meglio sdraiarsi e introdurre l'applicatore nella vagina il più profondamente possibile e premere lo stantuffo. Ad ogni nuovo rapporto sessuale si deve usare un'altra dose di spermicida.

Sono da evitare le lavande interne prima che siano trascorse 8 ore, per non asportare lo spermicida.

Questi tipi di preparati hanno una efficacia immediata. L'aerosol pare dia una barriera più omogenea e più sicura, seguito dalla gelatina e dalle creme.

ovuli e compresse vaginali

Gli ovuli dovrebbero fondersi a contatto del calore vaginale.

Le compresse dovrebbero creare una schiuma a contatto con l'umidità della vagina.

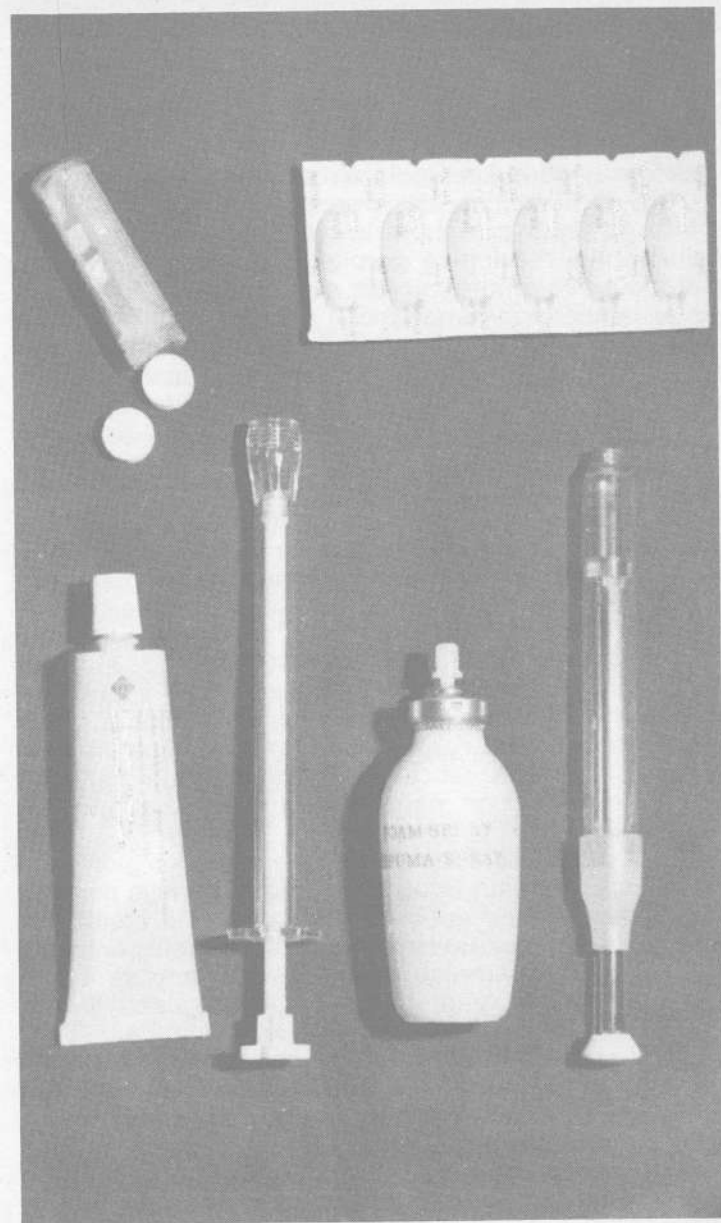
Vanno introdotte col dito il più profondamente possibile, calcolando che questi preparati si sciolgono da 15 minuti a un'ora dopo l'inserimento in vagina. Per via di questa attesa, questi prodotti sono meno efficaci degli aerosol e delle creme e gelatine.

foglietti e cialde spermicide

E' recente la distribuzione commerciale in Italia di preparati in foglietti e cialde. Questi preparati, a parte la maggiore simpatia che possono superficialmente suscitare per il fatto che vengono propagandati come unisex, restano delle soluzioni poco o nulla efficaci.

Sul *C-film* riportiamo tradotto, qui di seguito, una pubblicazione del *British Medical Journal* del 2 novembre 1974:

«Nell'aprile del 1973 la *Family Planning Association* iniziò una sperimentazione clinica per cercare di appurare l'efficacia e accettabilità del *C-film* usato da solo come metodo anticoncezionale. Questa prova fu ese-



Spermicidi.

guita su richiesta della fabbrica del *C-film*, Potter e Clarke Ltd...¹

Delle 45 donne incluse nella ricerca, 9 restarono incinte... dimostrando una percentuale di gravidanza nell'efficacia d'uso di n. 62 su 100 donne all'anno. 2 gravidanze avvennero nel 1. mese d'uso, 1 nel secondo, 2 nel quarto e le altre 4 nel quinto mese o nei successivi...

Oltre alle 9 donne che restarono gravide, altre 25 si ritirarono dalla prova sperimentale di cui 4 per effetti collaterali (irritazioni e perdite), due per difficoltà col metodo e 19 per altre ragioni non connesse al metodo... molte lamentarono la difficoltà ad inserire il foglietto in modo corretto. Questo, e il fatto che il *C-film* può non sempre sciogliersi completamente può essere almeno in parte responsabile dell'alta percentuale di fallimenti.

Considerata la percentuale inaccettabilmente alta di fallimenti, la *Family Planning Association* inglese decise d'interrompere la sperimentazione nel giugno del 1974. L'associazione non raccomanda l'uso del *C-film* come metodo contraccettivo da usare da solo nei suoi centri. Se il *C-film* può avere un ruolo come coadiuvante di altri metodi contraccettivi resta ancora da verificare».

Comunicato stampa AED sul TA. RO cap — 1973

«Da oltre un anno viene propagandato soprattutto sulla stampa femminile, uno spermicida di nome *TA.RO cap* prodotto dalla *Farmacosmici di Villa Guardia (Como)*. Il prodotto fu lanciato il 26 gennaio del 1972 per opera dell'Aied che ne garantiva l'efficacia quasi al 100%.

Lungi dal credere che sia leggerezza dei giornalisti italiani ma piuttosto fiducia dei medesimi nelle persone o associazioni che speculano sulla propria credibilità, pensiamo di poter contare sulla Vostra collaborazione affinché i danni arrecati da un anno di intensa e sorprendente propaganda di tale prodotto siano limitati da una doverosa controinformazione.

L'Associazione Educazione Demografica, denuncia che nei consultori di informazione anticoncezionale sono frequentissime le gravidanze per *TA.RO cap*.

Oggi sono troppe le donne che hanno subito questo affronto ma non possono parlare: l'aborto è proibito... e sull'aborto proibito prospera la speculazione o la truffa».

1. in Italia distribuito dalla *Geymonat*

Barriere e spermicidi fatti in casa

Queste indicazioni possono sembrare superflue e magari, ad alcune, perfino nocive, data la disponibilità di spermicidi più efficaci in commercio.

Noi riteniamo di dover dare comunque queste indicazioni per una completa informazione e soprattutto per la eventualità di una opposta politica contraccettiva.

- cuscinetti vaginali di stoffa bianca e morbida
- tamponi di seta o di cotone grandi circa come un uovo di gallina
- spugne naturali, di gommapiuma
(a queste barriere verrà fissato nel centro un filo morbido e robusto per l'estrazione).

queste barriere usate con le sostanze spermicide sotto elencate, vengono introdotte in vagina fino a coprire il collo dell'utero.

- aceto e acqua oppure limone e acqua: una parte di acido mescolata a 20 parti di acqua calda bollita.
 - olio: qualsiasi olio purificato, olio dolce o da cucina o qualsiasi grasso, compreso burro e margarina.
 - soluzione saponosa: sciogliere 1-1,5 cm di sapone puro in un litro di acqua calda bollita. (evitare saponi forti e detersivi perché possono ledere gravemente l'interno della vagina).
- Come per gli altri spermicidi commerciali non si devono togliere, né fare lavande vaginali prima delle 8 ore.

Lavande vaginali

Sebbene antichissime, sono del tutto inutili. Infatti gli spermatozoi sono in grado di entrare nell'utero già 9 secondi dopo l'iaculazione.

METODI DI ASTINENZA PERIODICA (RITMICI)

Si basano sulla astensione dai rapporti con penetrazione durante il periodo fecondo di ogni ciclo mestruale.

Sono:

metodo di Ogino-Knaus o del calendario
metodo della temperatura basale o termico
metodo della ovulazione o Billings o test della chiara d'uovo

Questi metodi nonostante abbiano una efficacia minore dei mezzi chimici e meccanici, presentano una qualità importante: permettono alla donna di conoscere i meccanismi legati alla riproduzione e le caratteristiche del proprio corpo. Quindi vanno comunque studiati e visti, nell'ambito della contraccezione, come strumenti di autonomia.

Metodo di Ogino-Knaus

Si basa su un calcolo matematico: l'ovulazione avviene, generalmente, una volta per ogni ciclo mestruale, da 12 a 16 giorni prima della mestruazione che si sta attendendo. Siccome però lo spermatozoo può vivere nell'utero 72 ore (3 giorni) e l'ovulo 48 ore (2 giorni), è necessario astenersi dai rapporti con penetrazione 3 giorni prima e 2 giorni dopo il presunto periodo della ovulazione: ossia da 19 a 10 giorni prima della mestruazione prevista.

Quindi il periodo fecondo di una donna con un ciclo mestruale standard di 28 giorni precisi è dal 9. al 18. giorno del ciclo: $28 - 19 = 9$ (primo giorno fecondo), $28 - 10 = 18$ (ultimo giorno fecondo).

Ma la maggior parte delle donne ha cicli irregolari, pertanto prima di applicare questo metodo è necessario annotare su un calendario, ogni mese, l'inizio della mestruazione per 12 mesi consecutivi in modo di ricavare la durata degli ultimi 12 cicli. (Tale registrazione deve continuare durante l'uso del metodo perché non sfugga un eventuale accorciamento o allungamento dei cicli).

Il ciclo mestruale è il periodo che va dal 1 giorno di una mestruazione al giorno precedente l'inizio della mestruazione successiva. Se, ad esempio, la mestruazione inizia il 1 febbraio e la successiva il 26 febbraio, il ciclo è di 25 giorni.

Stabilito il ciclo più breve e il ciclo più lungo si applicherà la seguente formula:

ciclo più breve - 19 = primo giorno fecondo
ciclo più lungo - 10 = ultimo giorno fecondo

Impreviste variazioni del ciclo mestruale possono essere provocate da cambiamenti di clima, malattie, tensioni nervose molto forti, e dall'uso di particolari medicinali quali: tranquillanti, ormoni, ecc.

Dopo un parto o un aborto si dovrà riosservare la durata dei cicli per 6 mesi circa.

Le donne giovani con cicli molto irregolari e le donne

**DURATA DEL CICLO
NEGLI ULTIMI 12 MESI:**

| | |
|----|--------|
| 28 | GIORNI |
| 29 | " |
| 31 | " |
| 28 | " |
| 30 | " |
| 29 | " |
| 27 | " |
| 28 | " |
| 27 | " |
| 28 | " |
| 30 | " |
| 28 | " |

CICLO PIÙ BREVE: 27 GIORNI
CICLO PIÙ LUNGO: 31 GIORNI

27-19=8 PRIMO GIORNO FECONDO

31-10=21 ULTIMO GIORNO FECONDO



DALL' 8° AL 21° GIORNO DEL CICLO
PROBABILE PERIODO FECONDO.

Esempio di applicazione del metodo Ogino Knaus.

prossime alla menopausa corrono concreti rischi di gravidanza.

Se i cicli sono molto brevi il pericolo può sussistere anche durante la mestruazione.

efficacia

Nelle coppie molto costanti è stato valutato intorno all'85%, ma è giudizio diffuso che l'efficacia d'uso si aggiri intorno al 60/75%. Invece le statistiche cattoliche più pessimistiche riferiscono l'80% e sostengono la possibilità di efficacia del 90-95%.

A ridurre sensibilmente la percentuale d'insuccessi può contribuire la misurazione della temperatura basale, mediante la quale riesce più facile stabilire il momento della avvenuta ovulazione.

Nota: All'AED abbiamo notato che sono molte le donne che prediligono il metodo Ogino-Knaus. Purtroppo però hanno informazioni imprecise o sbagliate: applicano quasi tutte l'astinenza come se avessero cicli di 28 giorni precisi, oppure praticano una generica astinenza a metà del periodo tra le due mestruazioni. Cioè non tengono conto dei propri cicli e quindi fanno un'astinenza che non serve.

Non ci sentiamo quindi di imputare i vari casi di aborto che ne conseguono al metodo, ma piuttosto ai detrattori del metodo, che boicottano l'informazione o diffondono una errata informazione a causa della loro stessa ignoranza.

Metodo della temperatura basale

La temperatura basale è la temperatura più bassa di un corpo sano nel momento del risveglio.

La donna che prova la temperatura giornalmente nota come il suo ciclo mestruale manifesta due fasi: nella 1^a fase che va dal primo giorno della mestruazione alla ovulazione la temperatura si mantiene sotto i 37° C con una punta più bassa immediatamente prima della ovulazione; nella 2^a fase che va dalla ovulazione alla successiva mestruazione la temperatura sale di 2-5 decimi di grado nel giro di 1/2 giorni e si mantiene al disopra dei 37° C fino quasi alla fine del ciclo.

Questo fenomeno segnato giornalmente su un apposito foglio quadrettato evidenzia una curva termica che ci permette di determinare il momento della ovulazione.

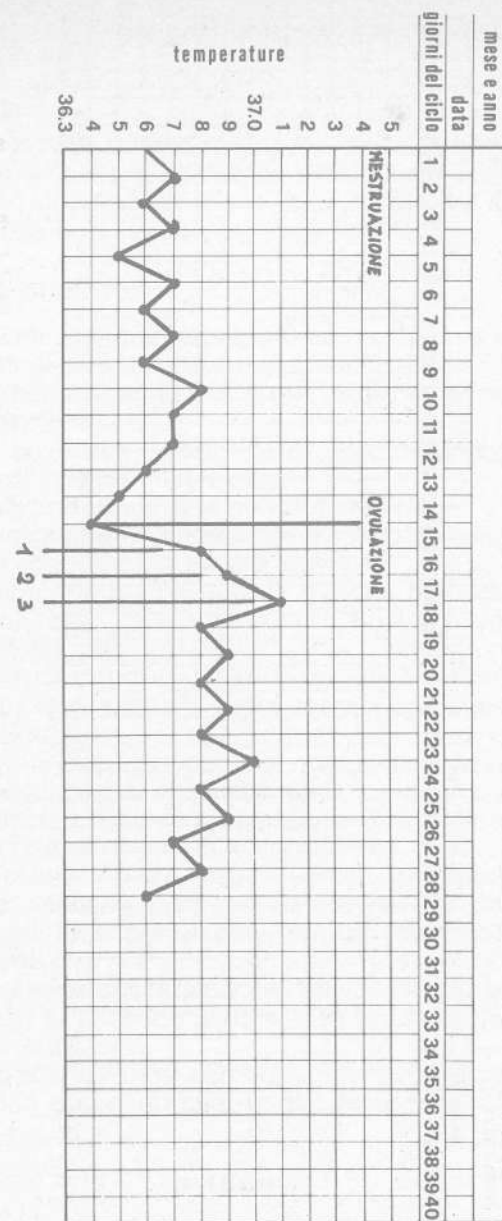
quando il rialzo della temperatura è stato registrato per 3 giorni consecutivi significa che il periodo fecondo è terminato. In altre parole la donna è infecunda dopo il 3. giorno dell'aumento termico fino alla mestruazione.

Questo metodo applicato rigidamente comporta l'astenersi dai rapporti con penetrazione dall'inizio di ogni ciclo fino a dopo il terzo giorno di rialzo della temperatura. Così applicato ha una efficacia teorica valutata al 99%. Richiede però che sia capito e praticato in modo esatto.

Per ridurre l'astinenza richiesta da questo metodo, si può applicare un metodo misto: valutare il primo giorno fecondo in base all'Ogino-Knaus e l'ultimo in base alla misurazione della temperatura. Evidentemente in questo caso l'efficacia anticoncezionale è inferiore.

altri usi del metodo della temperatura

- può stabilire se è in corso una gravidanza: in questo caso il rialzo della temperatura non decresce in concomitanza con la fine del ciclo, ma si mantiene alta per via della proprietà termogena del progesterone. In altre parole se il tipico aumento della temperatura della 2^a metà del ciclo si protrae oltre i 14/18 giorni



Esempio di grafico della temperatura basale.

Metodo della ovulazione

Utilizza le variazioni della secrezione cervicale che si manifestano durante il ciclo ed evidenziano con le perdite vaginali giornaliere: dopo le mestruazioni si presentano alcuni giorni senza alcun tipo di perdita. Sono questi i «giorni asciutti». A loro volta seguiti da giorni con la presenza di muco: un muco biancastro e opaco di consistenza adesiva che col passare dei giorni diventa sempre più trasparente fino ad assumere un aspetto limpido e filoso come il bianco d'uovo crudo. Queste perdite particolarmente fluide durano 1/2 giorni, si chiamano «sintomo di punta» e precedono di circa 24 ore l'ovulazione. Dopo l'ovulazione la perdita vaginale diventa spessa e opaca e diminuisce di quantità.

Questo metodo esige l'astinenza dei rapporti con penetrazione a partire dal momento in cui appaiono le prime perdite vaginali fino al 4. giorno successivo il sintomo di punta.

Chi ha cicli brevi può usufruire solo dei giorni inferti dopo il 4. giorno di punta, in quanto la mestruazione può mascherare i sintomi del muco.

Altro fenomeno fisico individuabile durante il ciclo sono le variazioni del collo dell'utero che possono essere indagate con l'autovisita: per esempio un allargamento della bocca dell'utero prima della ovulazione. Inoltre ci sono donne che accusano i disturbi della ovulazione — sintomi di Mittelschmerz —: sensazioni di pesantezza, di gonfiore, possibile disagio o dolore all'ovaia e al retto.

Tutti questi sintomi possono essere di aiuto, di complemento, per una maggiore sicurezza della temperatura basale e del metodo di Ogino-Knaus.

ALTRI METODI

Coito interrotto

Il coito interrotto consiste nella estrazione del pene dalla vagina prima che abbia luogo l'eiaculazione, per depositare lo sperma lontano dai genitali esterni della donna.

Una seconda penetrazione dopo un primo rapporto richiede che il maschio urini per liberare l'uretra dagli spermatozoi della precedente eiaculazione, e si lavi accuratamente i genitali.

Anche quando è praticato correttamente c'è il rischio che gli umori uretrali che il pene secerne prima della eiaculazione possano contenere spermatozoi sufficienti per dare origine a una gravidanza.

L'efficacia del metodo se usato regolarmente, da chi ha autocontrollo è valutato all'85% circa.

Coito riservato

E' un coito che si protrae a tempo indeterminato e senza eiaculazione. L'uomo esaurisce la sua libido in un alternarsi di coiti e di stasi.

Anche per il coito riservato va sottolineato che possono verificarsi perdite spermatiche. L'efficacia si presume equivalente a quella del coito interrotto.

Rapporti sessuali senza penetrazione

Qualsiasi effusione desiderata dalla coppia che eviti la penetrazione del pene in vagina.

Alcuni gruppi femministi propongono questo tipo di rapporto in quanto identificano la penetrazione con un atto di autoritarismo. E' comunque evidente che una sessualità nuova in cui l'atto della penetrazione sia smitizzato risolve di per sé molti problemi legati al sesso.

Astinenza

Significa evitare il rapporto sessuale per periodi brevi o lunghi. Ciò può avvenire per paura delle conseguenze del rapporto o per scelte di vita.

La prima categoria è destinata lentamente a scomparire a motivo dell'ausilio degli anticoncezionali; la seconda categoria, quella di coloro che si astengono per scelta, ha vita difficile a causa del diffondersi del dogma pansessuale che confonde la liberazione, ed in particolare la liberazione femminile, con la pratica sessuale.

TECNICHE CHIRURGICHE

La sterilizzazione è una pratica anticoncezionale che provoca una sterilità definitiva, cioè irreversibile. Le notizie sulla possibilità di ripristino della fertilità, allorché si cambia idea, sono legate alla ricerca e a limitate sperimentazioni cliniche.

La sterilizzazione è proibita in Italia. In altri Stati dove è permessa, nonostante parole altisonanti sulla volontarietà dell'intervento, ha dato origine a soprusi inauditi (vedi capitolo Consultori dello Stato)

Sterilizzazione maschile (vasectomia)

Consiste nella incisione dello scroto ai due lati in alto e nella doppia legatura dei dotti deferenti con recisione del tratto che si trova tra le legature. Questo intervento blocca gli spermatozoi nei testicoli, cosicché il liquido seminale, o sperma, risulta privo di spermatozoi e solo lievemente ridotto. La sterilità non sopravviene subito dopo l'intervento. Bisogna aspettare almeno 8 settimane e fare 2 esami microscopici dello sperma per verificarne la negatività.

E' un intervento che può essere praticato in ambulatorio ed è notevolmente più semplice dell'intervento sulla donna.

Sterilizzazione femminile (salpingotomia) o resezione tubarica

Al contrario della vasectomia, la sterilizzazione della donna è un'operazione delicata che comporta anestesia totale e una degenza in ospedale. Consiste nella incisione della parete addominale (laparatomia), nell'asporta-

zione di un tratto delle tube e nella legatura delle estremità recise, di modo che l'ovulo non può raggiungere l'utero.

Ci sono altre tecniche di sterilizzazione che puntano sulla rapidità e rientrano nei piani di sterilizzazione di massa dei Paesi del Terzo Mondo. Es.: il *transvaginal sterilization instrument*.

Questa è una canula che immette nella vagina in due minuti sostanze a base di formaldeide, capaci di necrotizzare i tessuti: si possono verificare infiammazioni croniche e emorragie.

La elettrocoagulazione che, attraverso un tubo a forma di telescopio infilato tra i muscoli della pancia (laparoscopia) tenta di distruggere un tratto di 2/3 cm di tuba. Possono verificarsi scottature o perforazioni all'intestino e alla vescica.

L'applicazione di clips ostruttive tramite laparotomia o laparoscopia.

Instillazione, attraverso l'utero, di plastica liquida al silicone che si indurisce nelle tube occludendole, ecc.

MEZZI D'EMERGENZA

Pillola del giorno dopo

L'argomento è sviluppato nel capitolo «Mezzi ormonali in netta fase di sperimentazione».



RITARDO MESTRUALE

Nelle donne che hanno rapporti, il primo pensiero va alla gravidanza. Molto spesso, tuttavia, l'assenza della mestruazione alla data prevista, il cosiddetto «ritardo», può essere legata a fattori diversi.

E' inutile rivolgersi a un ginecologo per conoscere se si è incinte nei primissimi giorni di ritardo. La risposta più immediata la dà il test di gravidanza.

Le donne che registrano accuratamente la temperatura basale possono capire con 10/15 giorni di anticipo rispetto al test di gravidanza se sono incinte.

Comunicato stampa - 24 giugno 1977

Ritardo mestruale: l'AED dice no all'uso degli ormoni (test di gravidanza agli steroidi)

E' prassi molto diffusa la somministrazione di ormoni (steroidi) per via orale o sotto forma di iniezioni all'atto di un ritardo mestruale per troncare una possibile gravidanza al suo inizio, o anche come test anticipato rispetto a quello di laboratorio per l'accertamento della stessa.

Questa abitudine richiede oggi un **immediato e tempestivo alt!** alla luce di ricerche che hanno messo in rilievo la pericolosità del trattamento e al tempo stesso la sua inefficacia.

Questa consuetudine ha cinque aspetti negativi:

1. Gli ormoni femminili (estrogeno e progesterone) assunti nei primi mesi di gravidanza possono alterare il normale sviluppo del feto a livello cardiovascolare; espongono il feto a possibile riduzione degli arti e trasmettono alla progenitura femminile rischi di carcinoma vaginale durante l'adolescenza e di virilizzazione.
2. Le donne trattate con gli steroidi, oltre ad accusare disturbi soggettivi immediati quali nausea, tensione

mammaria, ritenzione di liquidi, ecc., sono sottoposte ad altri disturbi, talvolta seri, legati all'eccesso dell'ormone (soprattutto le donne affette da disfunzioni epatiche e da squilibri endocrini).

3. E' senz'altro inefficace a sbloccare una gravidanza in atto, e nel caso di semplice ritardo mestruale tende a ritardare la normale ripresa della mestruazione.
4. Non dà sufficienti garanzie di validità come test di gravidanza: infatti è stato indicato il 19% di falsi positivi (ossia l'iniezione non provoca la mestruazione anche se la donna non è gravida).
5. Se la donna decide di abortire, è comunque prudente non farne uso, perché provoca congestione dell'utero e quindi favorisce fenomeni emorragici.

La donna che si reca dal ginecologo impaurita per il ritardo è molto facilmente preda della speculazione: ed ecco che, nonostante nessun medico o professore che sia possa stabilire nei primi 10/15 giorni di ritardo se la donna è sicuramente incinta, paternalisticamente ci fanno mettere a gambe larghe, ci dicono con un sospiro che «forse sì forse no», ci somministrano alcune fiale di ormoni per non sentirsi troppo in colpa dell'inutile visita, e in cambio della salata parcella stringiamo fra le mani la ricetta magica: *Duogynon, Emmenovis, Ginaekosid, Lutovociclina, Lut-estron, Estril, Luteonor, Gestotest, Regulene, Premarin*, ampie dosi di contraccettivo orale, ecc... perfino il *Biocrinol* e l'*Unimens*.

Da un'indagine condotta all'AED su 1500 casi recenti risulta che i dosaggi vanno da un minimo di 4 mg di estrogeno e 40 mg di progesterone somministrati in due giorni ad un massimo che raggiunge anche i 30 mg di estrogeno somministrati in 6/12 giorni o 1000 mg di progesterone. (4 mg corrispondono a quasi 4 mesi di pillola — 30 mg a due anni e mezzo di pillola).

Se la donna è gravida la mestruazione non viene, ma se viene, la donna è pronta ad addebitarlo all'intervento magico-scientifico, e avrebbe difficoltà a credere che la semplice attesa sarebbe stata altrettanto efficace. E' su questo equivoco che medici e ostetriche costruiscono la loro fama e le loro fortune e germoglia la speculazione (c'è chi fa endovenose, chi somministra fiale che vengo-

no dalla Svizzera e dall'America: il prezzo è in proporzione...).

Ci sono medici che intervengono mensilmente con questi prodotti per periodi di tempo anche di un anno o più per regolare cicli che se non sono standard non pertanto sono necessariamente patologici.

Alcuni medici potrebbero obiettare che le statistiche sulle quali queste conclusioni sono state ricavate sono numericamente modeste per essere prese per definitive; noi riteniamo che una «spigliatezza sperimentale» ad oltranza ci farebbe impelagare in esperimenti, proteste, eccezioni; invece **ci si deve tempestivamente muovere sulla base dell'elemento certo**, cioè il fatto che l'uso di questi prodotti è inutile: non sblocca la gravidanza e contiene un rischio concreto.

Quindi eliminare la pratica del test di gravidanza agli steroidi non danneggia nessuno mentre la donna non corre inutili rischi.

Alcuni potrebbero anche manifestare una certa incredulità in quanto le anomalie dei bambini appena nati sono negli ultimi anni diminuite, nonostante l'inondazione di ormoni. Risponde a questo dubbio una ricerca effettuata a New York nella quale vengono confrontati due periodi: il 1963/'67 (periodo in cui l'uso degli ormoni, compresa la pillola estro-progestinica era basso) e il 1968/'73. Dice questo studio che nel mentre le anomalie generiche sono diminuite del 6%, le anomalie specifiche agli arti hanno raggiunto il 33% nel secondo periodo, nonostante ci fosse l'aborto autorizzato e pertanto fosse presumibile che la più parte delle donne abbia, dopo l'intervento chimico, abortito. (In effetti e a conferma, su 1500 casi presentatisi all'AED con già somministrati gli ormoni, solo 80 hanno portato avanti la gravidanza).

Altri potrebbero sottilizzare sulle differenze tra la diversa azione degli ormoni sintetici e di quelli naturali. Dato ma non concesso che ci sia una diversità negli effetti, domandiamo: quanti medici, quante ostetriche, e perfino quanti ginecologi conoscono la differenza tra questi due tipi di preparati?

Evidentemente, essendo sotto accusa l'assunzione di

ormoni femminili durante i primi mesi di gravidanza, si richiama l'attenzione anche sui rischi collegati alle terapie ormonali di sostegno in caso di minaccia d'aborto e alla gravidanza inaspettata mentre la madre usa i contraccettivi orali.

La responsabilità di questa situazione, evidentemente, è di una medicina che, in armonia con i ritmi capitalistici e consumistici della nostra società, ha dimenticato lo scopo per cui è nata per diventare industria e fonte di profitto, e di una ricerca che coi suoi interessi economici e di mercato diventa il fine e non un mezzo di aiuto della salute pubblica.

Ecco che le multinazionali farmaceutiche dietro presentazione di «ricerche» su animali (pratica da più parti considerata inutile e addirittura deviante) ottengono dall'istituto superiore della Sanità e dal ministero della Sanità l'autorizzazione alla vendita, avvallando in questo modo una sperimentazione di massa incongrua e dannosa, della quale l'unico beneficiario sono l'industria e i lacché che l'hanno autorizzata. Potenza dei miliardi!

Quando gli errori sono macroscopici e le sperimentazioni troppo manifeste e «scoppiano fuori», come nel 1975 a proposito dell'Unimens - fiala mensile (comunicato AED), la stampa tace col pretesto di non scuotere la fiducia della gente e così possiamo continuare a essere animali da laboratorio per il mondo della ricerca medico-scientifica moderna. I veri animali da laboratorio siamo noi.

Altro responsabile è il medico che si uniforma ai volantini descrittivi delle varie case farmaceutiche, che forse presume più competenti di lui, e diventa l'esecutore di sperimentazioni di massa; ciò è avvallato da un atteggiamento paternalistico e di sfiducia nei confronti della donna che non è considerata persona pensante, ma una nevrotica da tenere a bada in qualche modo e con qualche «medicina».

Aggiungiamo la passività generalizzata nel rapporto con l'autorità in genere e medica in particolare; il non raro caso di donne che raddoppiano la dose somministrata dal medico nella speranza di una maggiore efficacia e di donne che si rivolgono a più medici accumulando in corpo più ormoni.

Resta il problema di come risolvere la tensione che il ritardo mestruale provoca. Di come superare quei 12 giorni di attesa per il test di gravidanza. Questo problema ovviamente non sorgerebbe se ci fosse l'aborto libero. Infatti sia la tensione della donna che gli interventi chimici pericolosi nascono da una legge punitiva e tutta funzionale alla classe dominante.

Queste conclusioni, oltre che da un'esperienza di sette anni di consultorio femminista alternativo, sono ricavate da qualificate pubblicazioni straniere che mettiamo a disposizione in lingua originale e in traduzione italiana.

Alle compagne femministe chiediamo di assumersi la responsabilità di diffondere in ogni città queste informazioni.

organizziamo consultori alternativi autogestiti autofinanziati - per la difesa della nostra salute

TEST DI GRAVIDANZA

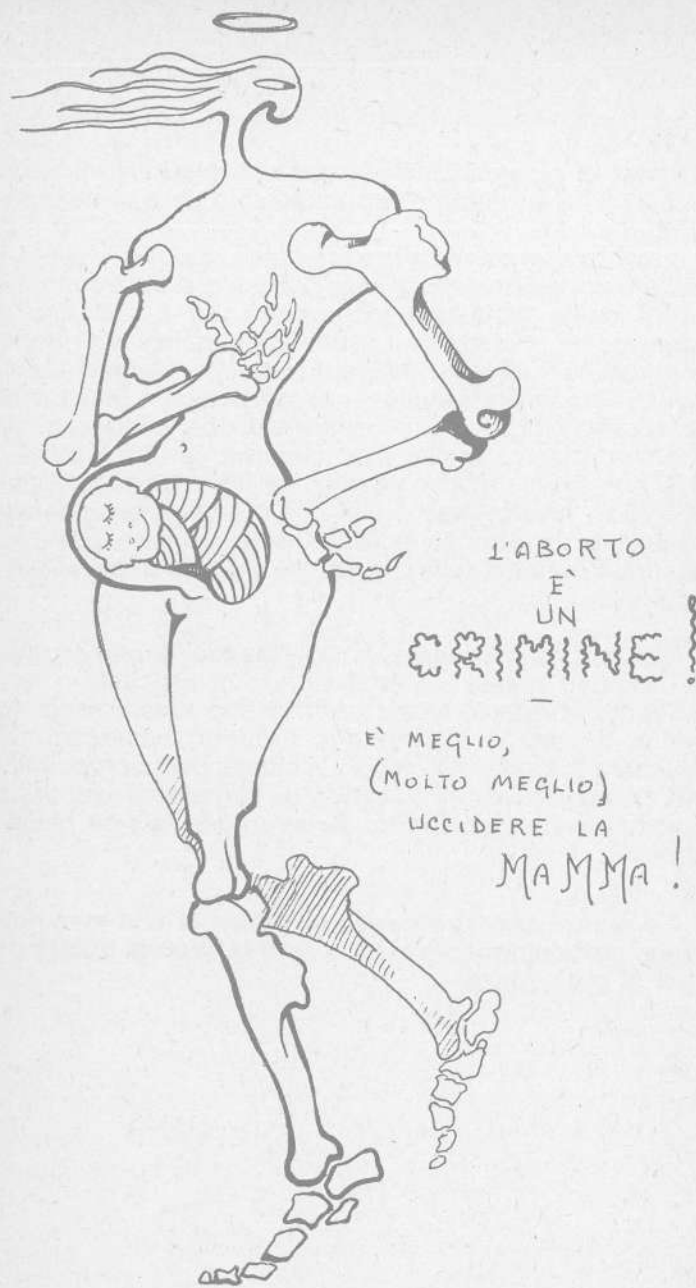
Il test di gravidanza evidenzia la presenza di ormoni placentari che vengono riscontrati solo nelle urine delle donne gravide.

Il test di gravidanza viene effettuato dopo il 40. giorno dall'ultima mestruazione regolare, vale a dire dopo 12 giorni dalla mancata mestruazione. Se il test risulta positivo, si è incinta; se il risultato è negativo e il ritardo continua, è prudente ripetere il test dopo una settimana. Se persiste l'esito negativo una opportuna e immediata visita ginecologica chiarisce la situazione: infatti in qualche raro caso le analisi sono negative per 2 o 3 mesi.

Si può avere un falso negativo se il test viene effettuato troppo presto, cioè prima che ci sia un quantitativo sufficiente di ormone nelle urine; e un falso positivo, quando l'ormone della gravidanza è presente per malattia non comune.

L'esame di gravidanza si fa portando la prima urina del mattino presso un laboratorio, un ospedale o una farmacia attrezzati. Questo esame può essere eseguito anche a casa acquistando il prodotto necessario in farmacia (ce ne sono 4 tipi) e attenendosi scrupolosamente alle istruzioni. Quando si fa l'esame dell'urina bisogna avere l'avvertenza di bere poco la sera precedente.

La donna che all'improvviso presenta una mestruazione particolarmente ridotta avrà la cautela di fare un test di gravidanza.



ABORTO

«Mio Dio, risparmiami i dolori fisici, ai dolori morali ci penso io».

Aspetto tecnico

Lo stadio della gravidanza si calcola dall'ultima mestruazione regolare a motivo della eventualità di ovulazioni anticipate.

Giacché non si può sapere prima di un test di gravidanza se la donna è sicuramente gravida, il periodo più precoce in cui si esegue un aborto è quindi alla 6. settimana (12 giorni dopo il ritardo). Il periodo tra la 6. settimana e l'8. è considerato il periodo più indicato per un intervento con il minimo di rischio. L'aborto in una situazione di legalità, è tecnicamente attuabile senza particolari difficoltà fino alla 13./14. settimana.

prima dell'intervento

- fare l'esame del sangue per conoscere il gruppo sanguigno e il fattore RH. Se la donna ha l'RH negativo soprattutto la donna che non ha figli, farà entro 72 ore dopo l'intervento una iniezione di immunoglobuline.
- se l'intervento è fatto in anestesia locale il digiuno sarà di 3/4 ore.
- se l'intervento viene fatto in anestesia totale è indispensabile un digiuno preventivo di 6-7 ore (niente acqua né caffè), in quanto l'anestesia può causare conati di vomito. L'anestesia totale a livello ambulatoriale è usata solo se particolarmente richiesta dalla situazione, per la possibilità di complicanze cardiocircolatorie.
- le donne che hanno avuto figli e che presentano la bocca dell'utero già dilatata, con il metodo dell'aspirazione possono fare l'intervento senza anestesia se sono all'inizio della gravidanza. Accusano dolori forti quanto quelli di una dolorosa mestruazione.
- si esegue una visita ginecologica per determinare la misura dell'utero, se è retroverso o retroflesso, se ci

sono infiammazioni gravi (in questo caso è meglio curarle prima), polipi, cicatrici o uteri malformati.

- quindi si inserisce lo specolo per tenere aperta la vagina si disinfetta la cervice e si praticano nella zona prossima alla cervice, 1/2 iniezioni per l'anestesia locale. Con una sonda detta «isterometro» si misura la profondità dell'utero e l'angolatura. Entro le 8 settimane è necessaria una dilatazione minima del collo dell'utero. Se necessaria viene praticata con vibratore o con dilatatori di diametro progressivamente crescente.
- E' il momento di praticare l'aspirazione (isterosuzione) Viene introdotta nell'utero una cannula collegata ad un apparecchio elettrico che aspira, cioè provoca il vuoto nell'utero risucchiando all'esterno sangue e tessuti endometriali sfaldati. L'intervento varia da 5 a 10 minuti nelle prime 8 settimane e si protrae di poco negli stadi più avanzati.
- terminato lo svuotamento permane un modico senso di peso e dolenzia addominale che entro 10 minuti circa scompare completamente.

Oltre alla tecnica dell'aspirazione, di recente acquisizione, che si sta diffondendo per la sua praticità, esiste la classica tecnica del raschiamento che tutt'ora è la più diffusa negli ospedali italiani e che può essere indispensabile per completare un intervento con aspirazione soprattutto quando la gravidanza è a uno stadio piuttosto avanzato. Il raschiamento richiede una maggiore dilatazione del collo dell'utero pertanto è più doloroso e necessita di anestesia totale o almeno locale.

Oltre la 14. settimana le pratiche chirurgiche dell'aspirazione e del raschiamento non sono più attuabili e si passa ad una prematura induzione del parto. La pratica più diffusa e della quale i medici hanno più esperienza è l'iniezione salina in anestesia locale: si inserisce un ago dentro l'utero attraverso la parete addominale o il canale cervicale, si asporta un po' di liquido amniotico e lo si sostituisce con la soluzione salina. Alcune ore più tardi la donna avrà le contrazioni forti come quelle di un parto e l'espulsione del feto.

Lo stesso obiettivo lo si raggiunge con l'iniezione intramniotica di prostaglandine, che anzi sono particolarmente rapide nell'ottenere l'espulsione del feto.

L'esperienza però è limitata, in quanto sono ancora in fase sperimentale.

dopo l'intervento

- usare un antibiotico a titolo cautelativo per diminuire le possibilità di infezione.
- usare un antiemorragico per 3/5 giorni, salvo diversa prescrizione.
- possibilmente restare riposate per 24 ore e non strapparsi per tutto il mese (questa raccomandazione è soprattutto per le casalinghe).
- se si accusano dolori al basso ventre meglio usare un antiflogistico (che toglie l'infiammazione), oppure un analgesico (che toglie il dolore).
- tenere controllata la temperatura.
- dopo l'intervento è meglio non bere bevande calde per almeno 24 ore. Si possono mangiare cibi solidi e non caldi.
- è assolutamente da evitare il bagno per immersione almeno fino a 5 giorni dopo la completa scomparsa del sanguinamento, meglio se fino alla mestruazione successiva. Docce, bidet e lavaggio dei capelli non arrecano danno. Gli assorbenti interni non devono essere usati.
- un test di gravidanza di controllo post-aborto non deve essere fatto prima che siano trascorsi 10/15 giorni dall'intervento. Prima può risultare positivo.

Dopo l'intervento possono esserci perdite di sangue per 1 o 2 giorni; possono anche non comparire. A volte però persiste un gocciolamento irregolare per circa 10 giorni. Nel caso in cui le perdite fossero abbondanti, come o più di una mestruazione, è utile mettersi a letto immediatamente con la borsa del ghiaccio, praticare una iniezione antiemorragica e informare il consultorio.

La mestruazione regolare riprende dopo 30/40 giorni dall'intervento. Sarà bene evitare rapporti con penetrazione fino alla mestruazione successiva per evitare percuotimenti dell'utero e infezioni. In caso di rapporti tenere presente che in questo periodo l'unico mezzo è il preservativo. L'Ogino-Knaus non può essere usato prima che la registrazione di 4/6 mesi abbia riconfermato la lunghezza dei cicli.

La pillola maschera eventuali manifestazioni del dopo aborto, soprattutto le perdite di sangue che invece

devono essere annotate e comunicate al medico nella eventuale visita di controllo.

Lo iud è meglio collocarlo dopo 4/6 settimane dall'intervento. In sintesi durante questo mese sarebbe cosa utile trovare il tempo per rivolgersi ad un centro alternativo per le informazioni sugli anticoncezionali.

complicazioni dell'aborto

Le complicazioni immediate dell'aborto sono in genere collegate a emorragia e infezioni che però sono prevenibili e curabili.

Durante l'intervento possono verificarsi lacerazioni cervicali (più frequenti con raschiamento) e rare perforazioni (più addebitabili all'aspirazione). La sicurezza massima dell'aborto è data da una pronta diagnosi di gravidanza e da una immediata e seria esecuzione dell'intervento.

Per quanto attiene il rischio di morte per aborto nel 1° trimestre, in California nel 1970/'73 il dipartimento della salute di stato ha comunicato una percentuale di rischio dello 0,02 su 100.000 e, nello stesso anno, un rischio per gravidanza dello 0,3 su 100.000.

In un'altra statistica combinata (California 1967/'73 — New York 1970/'72) nel I trimestre è stato valutato un rischio di morte del 2,6 su 100.000. Negli Stati Uniti nel 1973 è stato valutato un rischio di morte per gravidanza di 16 su 100.000.

Evidentemente nel II trimestre le percentuali di rischio salgono. E' anche evidente che ci sono Paesi meno organizzati con percentuali di morte superiore.

Da notare che in Italia di gravidanza si muore e non lo si dice. Nel 1971 in Italia la mortalità materna durante o in seguito al parto è stata di 50,76 su 100.000 casi.

Fattore RH

Gli individui nei cui globuli rossi non esiste la sostanza chiamata fattore RH, sono chiamati RH- (negativi).

Gli individui, circa l'85%, nei cui globuli rossi è presente la sostanza chiamata fattore RH, sono chiamati RH+ (positivi).

Quando una madre RH- si unisce ad un uomo RH+ concepisce nella maggior parte dei casi un figlio RH+.

Come durante la gravidanza e il parto, anche durante l'aborto, soprattutto se fatto in stadi avanzati, può avvenire il passaggio di frammenti ovarici nel circolo materno che possono provocare una immunizzazione materna al fattore RH, per cui in una gravidanza successiva gli anticorpi anti-RH già presenti nel sangue della madre RH- possono superare la barriera placentare e aggredire i globuli rossi del feto provocandone l'emolisi ossia la distruzione. La malattia emolitica che non si verifica sempre ma nel 5% dei casi con queste condizioni, richiede una costante e continua trasfusione di sangue nel neonato fino a sostituire all'incirca l'80%. Cura molto rischiosa e delicata.

Pertanto, entro le 72 ore dopo l'aborto, si somministrano alle donne con RH- delle particolari immunoglobuline (*Rhesuman, Partobolin, Rogan*), soprattutto se non hanno avuto figli. Questo siero distrugge i globuli fetali RH+ eventualmente passati nel sangue materno, impedendo l'immunizzazione materna. La donna può così affrontare una successiva gravidanza senza rischi.

Se la donna è RH- e l'uomo è RH-, l'iniezione non è necessaria.

Aborto – aspetto politico

Soprattutto in questo momento conclusivo della battaglia per il diritto all'aborto noi donne dobbiamo vedere chiaro e sapere distinguere senza titubanze il ruolo che lo Stato ha nella nostra oppressione ed il ruolo che hanno i nostri «compagni», al fine di impostare una battaglia che non sia solo riformistica e inutile.

Lo Stato ci ha negato l'aborto fino ad oggi, lasciandoci morire di parto e di malattia con la connivenza della chiesa. Oggi lo Stato ci vuole permettere l'aborto a certe condizioni, per suo interesse demografico. Agire tempestivamente affinché l'aborto non sia amministrato, attraverso la formula dell'aborto legale, da burocrati al servizio dello Stato significa raggiungere la più elementare conquista di liberazione femminile. La completa liberazione di cui si parla, resterà favola senza questo passo fondamentale: liberare il corpo dalle catene della amministrazione di Stato.

Per questo obiettivo dobbiamo agire compatte senza farci condurre fuori strada dalla recente moda cattolico-riformista che sta propagandando il concetto dell'aborto = violenza.

Violenza è tutto ciò che è fatto contro la volontà della persona: violenza è un aborto non voluto, violenza è una maternità imposta, un tipo di vita non scelto. Ma queste stesse cose: l'aborto, la maternità, quello stesso tipo di vita possono essere la cosa più desiderata.

Lo Stato con le sue leggi entra nella nostra vita violentemente, imponendo, forzando, punendo e pertanto condizionando pesantemente anche il comportamento sociale. Questo è il vero nemico che l'unità femminista per l'aborto libero deve sconfiggere **subito**.

Diversa è la violenza del «compagno». Mentre professa il suo amore ci ingravida per una breve comodità, sfruttando i nostri sentimenti, la nostra subalternità economica, sovente l'ignoranza e il nostro isolamento. Gli uomini hanno usato e tuttora usano la forza che dà loro la legge dello Stato e della chiesa.

Questo tipo di oppressione dell'uomo sulla donna è più vicino allo squallore che alla violenza. E' sintomo di uno squilibrio di forze nell'area degli stessi subalterni, dove la donna è nettamente in svantaggio.

Questa seconda battaglia è più complessa e di più lunga portata e sarà vinta instaurando un nuovo rapporto mentale e fisico con i nostri «compagni», attraverso una presa di coscienza dei nostri diritti e del ruolo finora subito.

Comunque è certo che le leggi restrittive sull'aborto non impediranno la «violenza» dell'uomo sulla donna, l'esperienza del passato lo insegna, le leggi restrittive non cambiano i costumi, puniscono solo la donna.

Vogliamo l'aborto libero, non inquinato da motivazioni terapeutiche, eugenetiche, economiche e paternalistiche: in sintesi demagogiche e assistenziali

- per poter vivere serenamente il principio dell'autonomia decisionale
- per poterci organizzare senza il rischio della galera
- per non essere strumentalizzate da interessi demografici e economici
- per non essere in balia degli specialisti del comportamento
- per difenderci dalle conseguenze fisiche della violenza del maschio
- per difendere la nostra salute
- per poter veramente scegliere l'anticoncezionale più adatto
- per difenderci dai fallimenti degli anticoncezionali
- per proteggerci dalle speculazioni delle case farmaceutiche

Vogliamo il referendum abrogativo popolare

Aborto: proposta dell'AED - autunno 1976

L'AED presenta una propria proposta per l'aborto libero e significativamente in questo momento in cui le forze politiche stanno patteggiando fra loro per la realizzazione dell'aborto legale, al fine di sottolineare come l'aborto che la classe dirigente al potere ci vuole propinare, ossia l'aborto su autorizzazione, va rifiutato e ostacolato con tutti i mezzi, in quanto espressione e strumento tipico e inconfutabile della pianificazione autoritaria della popolazione.

Le motivazioni morali e sanitarie per regolamentare l'aborto addotte dalla classe al potere vorrebbero mascherare la sola vera ragione che guida il potere costituito, da sempre, nel controllo della fertilità dei «sudditi»: l'interesse di un equilibrio, economicamente funzionale e finanziariamente remunerativo per la classe egemone, fra il numero della popolazione e la cosiddetta produttività del paese.

Delegare la classe dirigente, tramite commissioni o singoli esperti, alla valutazione di ciascun caso di aborto significa dare spazio all'arbitrio degli «specialisti del comportamento» (psicologi, sessuologi, sociologi, ecc.) che adepti e rappresentanti di quella cultura che ha fatto di questo mondo un mondo diviso in un'assurda gerarchia di classi, non potrebbero che perpetuare l'oppressione sulle donne, ancor oggi - nonostante i mutati valori - considerate strumenti riproduttivi governabili secondo i mutabili interessi della classe al potere.

Accettare il principio dell'aborto regolamentato non significa solo accettare il principio di un intervento dello Stato sul «numero» della popolazione, ma anche e inevitabilmente un intervento dello Stato sulla «qualità» della popolazione, attraverso un ormai prossimo controllo eugenetico, «progetto» in auge nella Germania nazista, in seguito apparentemente scomparso e ora riemergente sotto le spoglie del cosiddetto buonsenso in tutte le strutture pubbliche di recente o di prossima costituzione.



Dall'idiota all'ispirato dicono che la morale lo disapprova. Ma la morale è fatta dagli uomini.

NO ALL'ABORTO LEGALE SU AUTORIZZAZIONE!

Non dimentichiamo l'esperienza di Seveso dove non passò il principio della libera scelta della donna, e dove i pochi casi di aborto furono accettati con motivazioni eugenetiche, le stesse che, purtroppo, anche i gruppi impegnati a favore dell'aborto sbandierarono per accattivarsi l'opinione pubblica.

Dosare la popolazione per ragioni economiche, eliminare i malformati, fa comodo a molti. La sola difesa che ci resta ad una pianificazione verticistica con intenti di supervisione quantitativa e qualitativa è la libertà di scelta degli individui.

La consapevolezza, ormai acquisita, che la contraccezione e l'aborto possano essere vissuti come pratiche liberatorie se scelti dall'interessata, o come pratiche repressive se controllati dall'alto, deve far uscire i tiepidi dall'equivoca posizione di chi accetta soluzioni intermedie tipo «aborto legale» come passaggio obbligato ad una situazione ottimale, cioè, nella fattispecie, aborto libero. Solo l'ignoranza o la malafede permettono questo equivoco.

Per il potere l'aborto legale è la situazione ideale in quanto lo «specialista», adducendo motivazioni sanitarie come alibi, può generalizzare nella pratica l'aborto libero quasi al cento per cento, oppure renderlo quasi inaccessibile contenendolo a percentuali limitate, se lo riterrà di «interesse sociale», o meglio di Stato.

Inoltre, la consapevolezza che la scelta individuale è inficiata sovente da una realtà esterna oppressiva, non deve condurre a involute posizioni intellettuali di contestazione alla libera scelta come frutto di un individualismo antisociale. Altre battaglie successive e parallele renderanno questo diritto più vero.

Questa è la nostra proposta con alcune considerazioni di chiarimento.

ART. 1 - Gli articoli 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551 del codice penale sono abrogati.

Sono stati abrogati tutti gli articoli del codice penale che si riferiscono all'aborto. A differenza di altre proposte non viene abrogato l'art. 552 del c.p. che vieta la sterilizzazione su persone consenzienti perchè senza una specifica concausa della sterilizzazione coatta la semplice abrogazione dell'art. 552 può dare il via a pratiche autoritarie tipo le sterilizzazioni sperimentali, o repressive, o di natura demografica.

Il 552 andrà abolito con una apposita legge che dovrà prevedere pene adeguate per la sterilizzazione di donne e uomini non consenzienti.

ART. 2 - L'aborto è un diritto specifico della donna, indipendentemente dall'età, entro 14 settimane dal concepimento e sono abilitati al relativo intervento esecutivo entro le prime 8 settimane dal concepimento stesso ginecologi e ostetriche mentre, entro le prime 14 settimane sono abilitati i soli ginecologi.

Considerando l'aborto un diritto specifico della donna, va da sé che l'aborto non è reato. Non si sono posti limiti di età per l'intervento in quanto si ritiene che una ragazza minorenni considerata da sempre "matura" per la maternità, nonostante tutti gli oneri che la maternità comporta, lo può anche essere per la scelta dell'aborto. Toccherà evidentemente al femminismo impegnato ed ai consultori alternativi il compito di creare quelle strutture di liberazione che rendano la donna, e la giovane in particolare, il meno vulnerabile possibile alle aggressioni esterne di tipo culturale e fisico.

Per quanto attiene il limite di tempo entro cui eseguire l'aborto, ci saremmo trovate più coerenti e più soddisfatte evitando di porre limiti di sorta.

Quale donna infatti avendo la possibilità di abortire ai primi stadi, nella libertà, gratuitamente o al prezzo di un mercato competitivo, non più clandestino, sceglierebbe di rimandare l'intervento? Ma la logica di chi ci governa è

di addebitare tutto alle classi subalterne, per cui i casi attuali di aborto in stadi avanzati non vengono imputati alla vergognosa situazione dell'aborto clandestino e al conseguente mendicare della donna da uno studio medico all'altro, ma viene meccanicamente addebitato alla leggerezza femminile. Ma, considerato che è difficile trasmettere alla classe medica, per lo più maschile e autoritaria, e per giunta strettamente legata agli interessi della borghesia, la profonda fiducia che noi abbiamo nelle donne in una situazione sanitaria civile e, considerato che una proposta di aborto libero senza limiti di sorta provocherebbe una defezione generalizzata della classe medica con conseguente svuotamento della proposta, abbiamo posto un limite tattico suggerendo oltre le 14 settimane la necessità che la richiesta della donna sia accompagnata da domanda scritta di un medico.

Il contenimento entro le 14 settimane tiene conto anche della opportunità di non sottovalutare le possibili strumentalizzazioni della donna da parte del maschio, in una società dove il rapporto all'interno della coppia è tutt'ora improntato ad una dipendenza economica quasi totale della donna con la conseguente dipendenza fisica e morale (gravidezze trascinate ai limiti estremi per permettere al maschio coiti senza precauzioni, mode consumistiche lesive della dignità della donna, ecc. p.), per quanto attiene la classe medica, sperimentazioni su feti sviluppati o su donne gravide con la tranquillità di potere poi cancellare il tutto con l'aborto eseguito anche in stadi avanzati).

Senza voler porre quindi le 14 settimane come limite educativo e punitivo, in quanto è ampiamente contemplata una soluzione oltre questo stadio, ci pare che questo limite possa essere una spinta all'autodifesa della donna perchè tiene conto della sua salute e dei suoi diritti.

Inoltre il criterio che ci ha condotto a scegliere le 14 settimane anziché le 20 o le 22 nasce dalla impostazione della nostra proposta che vede impegnati negli interventi abortivi non solo le strutture pubbliche ospedaliere ma anche strutture più snelle (vedi art. 3).

È evidente che tecniche nuove, miglio-

rate, amplieranno il limite massimo consentito nelle "strutture ambulatoriali" essendo l'unico giudizio valido per porre un limite alla salute e la integrità della donna.

Abbiamo distinto le prime 8 settimane dalle 14 come periodo più facile per l'intervento e coinvolto nell'esecuzione dello stesso la categoria delle ostetriche e non solo dei ginecologi che invece sono necessari negli stadi successivi. La ragione del coinvolgimento delle ostetriche nasce dalla persuasione giustamente diffusa nel femminismo che un intervento fatto dalle donne sulle donne possa essere meno "violento" dello stesso intervento eseguito da un ginecologo maschio. Non ci pare tuttavia che la risposta debba essere solo il self help, almeno inteso come "facciamolo tra noi" donne qualsiasi, ma debba intendersi come volontà di rivalutare e utilizzare le categorie femminili già tecnicamente preparate nel settore ostetrico con 4 anni di convitto. Non dimentichiamo che le ostetriche hanno la responsabilità della gravidanza e del parto in tutte le regioni d'Italia.

Tale preparazione integrata da aggiornamenti promossi dai gruppi femministi, dai consultori alternativi e dalle strutture pubbliche (lo stesso vale per i ginecologi) risolverebbe le carenze tecniche specifiche che una situazione di illegittimità ha provocato.

ART. 3 - Entro le 8 settimane l'intervento può essere eseguito nelle strutture pubbliche, nelle cliniche private, nei consultori alternativi, pubblici e privati, e negli studi dei ginecologi e delle ostetriche, mentre entro le 14 settimane l'intervento può essere effettuato nelle strutture pubbliche, nelle cliniche private, nei consultori alternativi, pubblici e privati e negli studi ginecologici.

La nostra proposta impegna nell'aborto non solo le strutture pubbliche ma anche strutture più snelle che permettano l'aborto tempestivamente con il minimo rischio. Nostra preoccupazione primaria essendo la tempestività dell'

intervento ed il rifiuto di farci impelagare nel pantano della elefantica macchina burocratica. La profonda convinzione che la struttura pubblica sia inadeguata a risolvere il problema dell'aborto, per ragioni di spazio, di disorganizzazione interna, di monopolio del potere politico in mano ai primari (non dimentichiamoci che i medici devono al primario obbedienza se vogliono far carriera) ci ha convinto che le attese di Seveso e la strafottenza dei primari devono essere rifiutate e possono essere evitate anche utilizzando gli studi di quei medici e di quelle ostetriche che sono disponibili all'esecuzione dell'aborto, e utilizzando altresì quelle strutture alternative e private che sono nate e stanno nascendo sotto la spinta di una volontà che intende affrontare e risolvere questo problema.

La pratica clandestina attuale, quella seria, ci insegna che questo è possibile. In effetti la necessità di ricorrere agli ospedali o alle cliniche entro le 14 settimane esiste solo in casi limitati, e sarà lo stesso ginecologo o ostetrica che consiglierà alla donna la struttura più organizzata.

E' preoccupazione di molti che la struttura privata e perfino quella alternativa (cioè dalla parte della donna) possano ostacolare la realizzazione dell'aborto gratuito attraverso i canali pubblici. Noi ci rendiamo conto di quanto importante è il gratuito per molte famiglie italiane e anche noi lo rivendichiamo. Nello stesso tempo siamo convinti per pratica di anni, che queste stesse famiglie non vogliono assolutamente mettere a repentaglio la propria libertà di scelta per la gratuità. Non può essere una volta ancora la pressione del bisogno (vedi le attese di Seveso, per lo più non esaudite) a smuovere la struttura ospedaliera.

Nè il veto della legge all'utilizzo di strutture private o alternative. Infatti questo veto si ritorcerebbe proprio contro quella classe sociale che apparentemente si dice di voler privilegiare rendendo obbligatorio l'aborto nella struttura pubblica. Se questa struttura non funziona e le altre sono vietate, ci ritroviamo a fare l'aborto illegale in una situazione di clandestinità. E' l'illegalità, la clandestinità, costa. E costa soprattutto ai poveri.

In sintesi vogliamo il gratuito e insieme vogliamo la possibilità di usufruire di aborto alternativo e privato non puniti.

Per quanto attiene la funzionalità e la sicurezza negli studi dei ginecologi e delle ostetriche noi siamo certi che, a parte forse un primo momento di assestamento, la stessa liberalizzazione dell'intervento e l'aumentato numero degli addetti ai lavori, innescherà un processo di aggiornamento tecnico e una dotazione di apparecchiature più idonee, oltre che una aperta collaborazione fra gli stessi, che ovvierà a quelle deficienze che oggi sono in massima parte imputabili alla clandestinità.

ART. 4 - Lo Stato garantisce la gratuità dell'intervento a chiunque ne faccia richiesta.

Lo Stato deve rendere possibile la gratuità dell'intervento su semplice richiesta della donna, senza la tradizionale e iniqua divisione fra chi ha la mutua e chi non ne usufruisce. Questo articolo non prevede espressamente i canali attraverso i quali lo Stato garantirà la gratuità dell'intervento, dato che in materia d'assistenza medico-sanitaria è in atto nel Paese un vasto dibattito e si presume una serie di riforme che potrebbero entrare in contrasto con qualsiasi indicazione di legge. Le strutture adibite all'intervento potranno cambiare a seconda dell'indirizzo politico sanitario del momento, l'importante è salvaguardare il principio della gratuità dell'intervento su semplice richiesta di ogni donna.

ART. 5 - L'aborto deve essere considerato a tutti gli effetti come un intervento urgente.

Un sistema per vanificare la libertà d'aborto potrebbe essere quello di rimandare, con diverse motivazioni, l'esecuzione dell'intervento, così da far superare il periodo previsto dalla legge per l'esecuzione dello stesso. Da qui la necessaria precisazione di questo articolo.

ART. 6 - Dopo un intervento abortivo la donna ha diritto ad un periodo di riposo minimo di 3 giorni a totale carico della mutua.

L'art. 6 tende a tutelare le donne lavoratrici, contro le pressioni dei datori di lavoro. A questo scopo, la donna che ha abortito ha la sicurezza di poter usufruire di 3 giorni di riposo a totale carico della mutua indipendentemente dalla presenza di patologie conseguenti all'intervento.

ART. 7 - I medici e le ostetriche che per motivi religiosi o politici non sono disponibili ad eseguire interventi abortivi debbono essere trascritti su appositi registri su richiesta degli stessi. Medici e ostetriche possono richiedere la trascrizione o la cancellazione dall'albo degli obiettori.

La tutela delle minoranze etniche o religiose è fondamentale.

Nessuna motivazione più o meno giusta potrà mai essere l'alibi per la repressione delle esigenze culturali, religiose, politiche, normative di gruppi o di individui. Far questo significa ripercorrere la millenaria strada della violenza contro i devianti. Si contribuisce a spezzare questa spirale riconoscendo ai singoli il diritto di essere diversi.

Il fatto che saranno i medici e le ostetriche contrari all'aborto a doversi iscrivere nell'apposito albo è dovuto alla consapevolezza degli estensori di questo progetto della liceità dell'aborto, e perciò del carattere particolare, anche se da tutelare, di chi è contrario a praticare l'aborto.

D'altra parte un progetto che preveda un albo per il personale abortista potrebbe acquistare sia pure inconsapevolmente dei connotati da ghetto che vanno assolutamente evitati.

Si ritiene che quei medici ed ostetriche che hanno motivate obiezioni personali contro l'esecuzione dell'aborto, troveranno accettabile l'iscrizione all'albo di fronte alla possibilità di non dovere eseguire un intervento contrario ai loro principi.

ART. 8 - Il medico o il personale paramedico che, per qualsiasi motivo rifiuta l'assistenza post-aborto è punibile con le pene previste per omissione di soccorso.

La tutela dell'obiezione di coscienza del personale medico e paramedico, non deve diventare in mano agli stessi uno strumento punitivo nei confronti di quelle donne che, ricorrendo all'aborto, si allontanano dai principi da questi professati.

Altrimenti la tutela della libertà individuale, e qui per di più della salute e della integrità fisica della donna, verrebbero garantiti a senso unico.

ART. 9 - Oltre le 14 settimane l'aborto è possibile su domanda della donna accompagnata da richiesta scritta di un medico.

Una situazione di totale libertà dell'aborto e di reale informazione nel settore esclude con ampio margine, eccetto forse per un breve periodo di assestamento, il ricorso all'aborto dopo le 14 settimane.

Oggi si verificano richieste oltre questo limite in quanto la donna è costretta a passare da un medico all'altro nella speranza di trovare una soluzione seria ed economica.

Medici preoccupati di non perdere il cliente e nello stesso tempo di non prendersi delle responsabilità sono i responsabili di questi ritardi, e ancor più la legge iniqua.

Per questo abbiamo proposto una semplice richiesta scritta da un medico, un medico qualsiasi, non necessariamente un ginecologo, non un personaggio preposto all'autorizzazione dell'aborto. Un medico di cui la donna abbia fiducia per avere una carta d'appoggio per quando si presenterà al ginecologo che, nella struttura pubblica, eseguirà l'intervento.

ART. 10 - Oltre le 14 settimane l'intervento va eseguito nelle strutture pubbliche e nelle cliniche private da medici ginecologi.

La consapevolezza che le tecniche

abortive e le difficoltà delle stesse variano a secondo dello stadio della gravidanza, consiglia l'obbligo dell'intervento stesso dopo la 14^a settimana presso quelle strutture e quel personale che si ritiene adeguato alle maggiori difficoltà dell'intervento.

ART. 11 - L'aborto su donna non consapevole è punito con la reclusione da 2 a 5 anni per chi lo esegue.

La stessa pena è prevista per chi concorre nel reato.

La pena è aggravata di un terzo per i medici e le ostetriche iscritti all'albo degli obiettori.

L'art. 11 punisce i casi in cui il ginecologo od altre persone, da sole o in concorso, eseguano aborti su donna non consapevole, con un aggravio di pena per chi si è iscritto all'albo degli obiettori. Nell'attuale fase in cui si cerca di imporre dall'alto il decremento demografico (population planning) il sovrappopolamento è l'alibi per la diffusione dei contraccettivi sempre più lesivi alla dignità ed alla salute della donna, le sperimentazioni diventano un fenomeno che coinvolge un numero sempre maggiore di donne. In questo quadro anche l'aborto può diventare un'arma subdola e coatta in mano ai teorizzatori della pianificazione demografica autoritaria (population planning), perciò è necessaria una legge che punisca con fermezza chiunque in prima persona o in concorso con altri pratica aborti su donne non consapevoli.

ART. 12 - I ginecologi e le ostetriche che effettuano l'aborto su donna consapevole nonostante la loro iscrizione all'albo degli obiettori sono punibili con la reclusione da 6 mesi a 2 anni.

Questo articolo prevede espressamente il caso di quei ginecologi ed ostetriche che pure iscritte nell'albo degli obiettori, praticano l'aborto, sia pure su donna consapevole. È evidente la frode che gli stessi commettono nei confronti delle donne, e il tentativo di utilizzare pretese motivazioni morali e religiose

come alibi a sordide speculazioni economiche o comunque traffici opportunistici.

ART. 13 - Le straniere residenti o domiciliate in Italia godono in materia di aborto degli stessi diritti delle donne italiane.

Questo articolo vuole introdurre un elemento di equità nei confronti di quelle donne che, sposate o conviventi a cittadini italiani, o in Italia per motivi di lavoro o politici, sono già oggetto di discriminazione in molti campi, e poco tutelate sotto troppi aspetti.

L'estensione dei diritti delle donne italiane alle straniere che in Italia sono residenti o domiciliate introduce un principio di parità che non può essere assolutamente eluso.

ART. 14 - Ogni legge in contrasto con la presente è abrogata.

Questo articolo serve a far sì che la legge presente non possa essere vanificata in toto o in parte con il ricorso a fonti legislative diverse da questa.

VISITA GINECOLOGICA

Attualmente la maggior parte delle donne riceve l'assistenza ostetrico-ginecologica da specialisti maschi. Questo è frutto di una politica, iniziata circa 20 anni fa, di esproprio di questo settore dalle mani delle donne.

Dopo la guerra, con l'avvento dello sviluppo dell'industria farmaceutica (è di questo periodo l'inondazione di farmaci di natura ormonale) sembra che il potere economico abbia avuto la necessità di sostituire l'ostetrica con un personaggio apparentemente più competente nel trattare una medicina improntata all'uso del farmaco. Amenorree, dismenorree, ritardi mestruali oggi vengono portati al ginecologo con un gran dispendio di energie (tempi di attesa), di soldi, con molto imbarazzo, e con il risultato di non avere mai ben chiara la causa del disturbo.

Una lenta e costante azione sulla stampa a favore degli specialisti maschi ha condotto l'ostetrica a un lento ridimensionamento e alla subalternità al medico perfino nelle cose più elementari. La legge mantiene condizioni assurde per chi voglia fare l'ostetrica conducendo la categoria alla scomparsa. Anche nei casi di donne ginecologhe si verifica nelle università un boicottaggio pesante che elimina quante non hanno la pelle dura.

Così siamo costrette a sopportare una situazione assurda che vede la popolazione maschile controllare i genitali di quella femminile (alcuni maschi in casa nel gioco sessuale, altri negli studi ginecologici per mantenerci penetrabili).

Ve la sapete immaginare una situazione invertita?

Ormai questa situazione è talmente scontata che ad una reazione di rifiuto o di imbarazzo da parte di una donna ad accettare la visita ginecologica si risponde con un sorriso di scherno. Eppure questa realtà è quanto mai assurda.

E poco vale la «comprensione» di alcuni medici che sviluppano un atteggiamento da «assistenza psicologica» piuttosto che da esperti di diagnosi e cure: anche



loro, e qualche volta più degli altri, ci immergono nel ruolo e favoriscono il sistema che ci distrugge in un rapporto subalterno, nei parti, nell'isolamento in casa, nel doppio lavoro, ecc. I nostri sintomi fisici vengono quasi sempre considerati emotivi e nevrotici: hai dolori mestruali? vai dallo psicologo, vuol dire che non accetti la mestruazione!?! Hai nausea con la pillola? Sono resistenze di natura psicologica. E così molte di noi, nonostante i ripetuti inviti a diffondere l'abitudine alla visita ginecologica, si rifiutano, oppure la effettuano solo quando è strettamente necessaria. Senza parlare delle partorienti che oggi, negli «attrezzati ospedali civili», hanno l'esperienza assurda di passare per le mani di 3/4 ginecologi e 2/3 ostetriche di turno e di trascorrere il travaglio da sole perché l'ostetrica di fiducia non ha libertà di accesso all'ospedale ed è proibito dal regolamento che qualcuno, madre o sorella, ti tenga la mano.

E' per queste ragioni che le donne devono impegnarsi nel settore ostetrico-ginecologico, nonostante i vari boicottaggi. Dobbiamo però avere presente che un impegno in questo senso deve camminare di pari passo con una analisi politica che chiarisca fino in fondo i meccanismi oppressivi della medicina attuale e che smascheri l'esigenza della medicina di diventare, sempre più «complessa» nella forma per rendersi incomprensibili alla gente creando prestigio e benefici economici ai laureati e il conseguente potere condizionante.

Il sistema sanitario attuale anche in mano a donne, se politicamente borghesi o opportuniste, non viene per nulla intaccato. Ne è la prova la struttura dell'insegnamento che è per lo più in mano a donne che non hanno saputo agire a favore della liberazione femminile, anzi, queste donne capillarmente disseminate nelle strutture statali sono nella maggior parte dei casi funzinarie che educano ai ruoli e ai valori femminili funzionali alla classe dominante. Altra prova, anche se in altro verso, è la situazione sanitaria nell'URSS, dove le donne medico sono la maggioranza ma ciò nonostante il loro prestigio sociale è ridotto in quanto il potere ha spostato a tecnici di rango più elevato (in genere maschi) la gestione della ricerca sanitaria riducendo le donne a semplici esecutrici.

Pertanto, se vogliamo conoscere le funzioni del nostro corpo, i meccanismi delle patologie che lo colpiscono,

avere parti meno traumatici, aborti senza autorizzazione di sorta e conoscenza dei meccanismi degli anticoncezionali dobbiamo appropriarci del settore ostetrico-ginecologico — nella qualità di ostetriche, ginecologhe e infermiere —, con la coscienza del femminismo, e parallelamente agire fin da ora attraverso il femminismo alternativo per liberare la donna dalla dipendenza dal medico, generalizzando quelle iniziative che sole ci possono difendere da una medicina violenta in senso fisico e culturale.

significato di ostetricia e ginecologia

Sono due specializzazioni sempre abbinate. L'ostetricia si riferisce alla maternità e al parto, la ginecologia alle alterazioni dell'apparato genitale femminile.

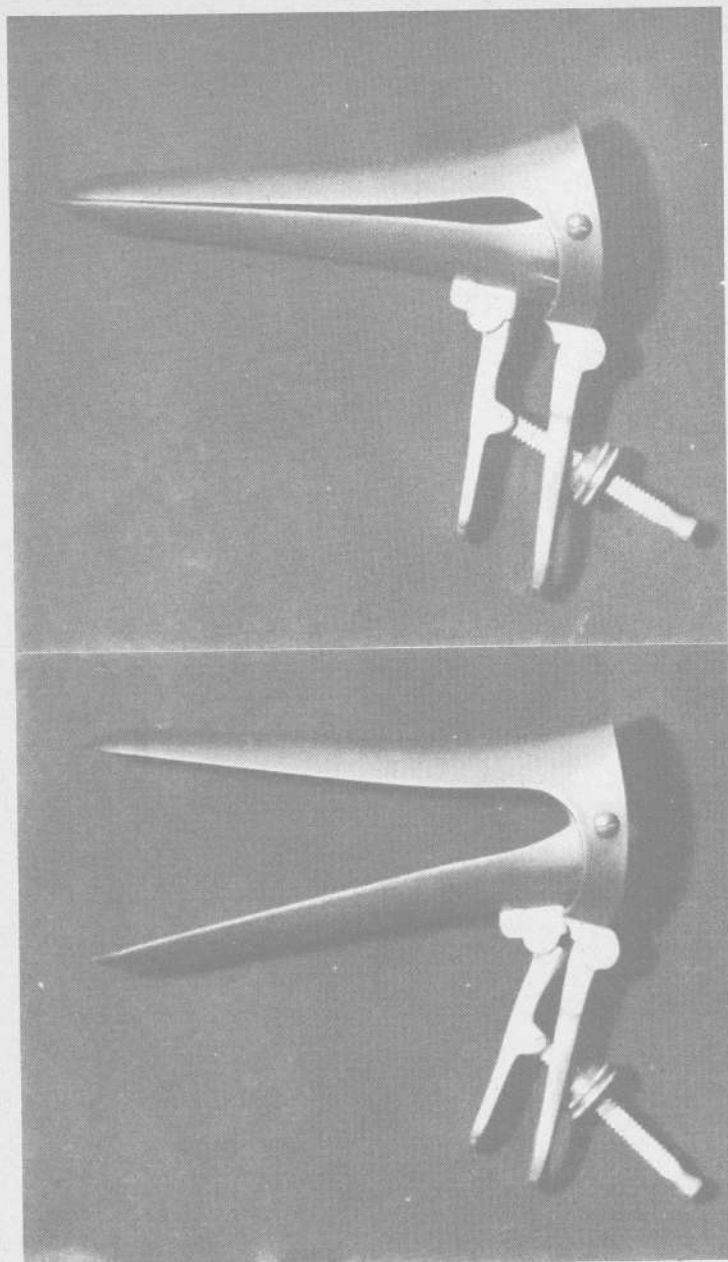
Questa pratica professionale è esplicitata dal ginecologo (uomo o donna) e dall'ostetrica. Il ginecologo è un laureato, l'ostetrica una diplomata (unica categoria di professioniste che comprende solo donne).

La professione di ostetrica richiede l'ammissione al terzo anno di una media superiore, un corso convitto di infermiera professionale (ossia studio e servizio in ospedale per la durata di 3 anni), quindi 2 anni in una scuola convitto presso l'università.

Queste dure e assurde condizioni e la scarsissima contropartita frenano l'iscrizione a questa categoria e servono probabilmente per scoraggiarla.



Lettino per la visita ginecologica.



Speculum o specolo.

Normalmente una donna non preparata da altre donne alla visita ginecologica, non capisce niente di quello che le succede. Soprattutto le giovanissime è bene che vadano con un'amica come sostegno perché non sono mai sufficientemente rilassate per capire la diagnosi del medico. L'astrusità del linguaggio del ginecologo peggiora la situazione.

inizia la visita

Il ginecologo invita la donna a sedersi alla scrivania dove le chiede il motivo della visita e domanda alcuni punti fondamentali per una diagnosi successiva:

- anamnesi familiare (ossia malattie della famiglia)
- anamnesi generale della paziente (ossia malattie passate e presenti della donna)
- anamnesi ginecologica (ossia caratteristiche del ciclo della donna)
- storia ostetrica (ossia il numero e le caratteristiche delle gravidanze)
- storia dei precedenti mezzi contraccettivi usati

Questi dati vengono trasferiti su una cartella, che viene aggiornata ad ogni visita di diagnosi e terapie, rendendo le visite successive più semplici e rapide.

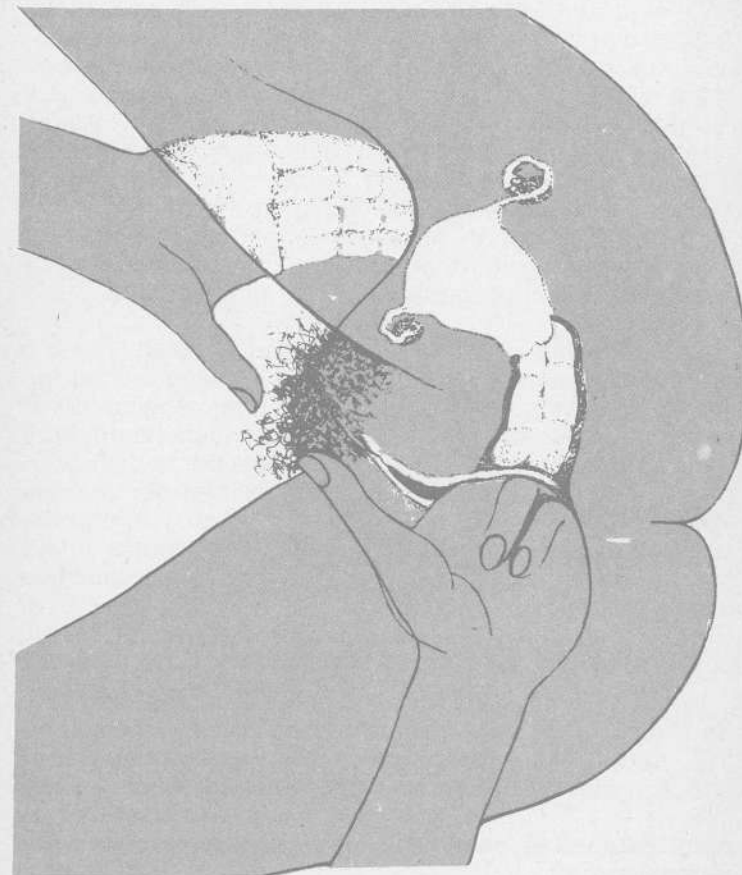
visita fisica

Per spogliarci useremo del paravento che c'è in ogni studio ginecologico che si rispetti. Se l'abito è ampio si possono togliere solo le mutande e slacciare il reggiseno, altrimenti avremo l'avvertenza di portare una sottoveste che indosseremo al momento se non vogliamo l'imbarazzo di muoverci nude.

La donna siederà sul lettino dove verranno esaminati seni, l'addome, il cuore e i polmoni. Viene misurata la pressione del sangue e il peso.

Quindi la donna si sdraierà appoggiando i fianchi proprio sul margine e infilando i piedi nei sostegni a staffa o le cosce sulle forcelle metalliche (dipende dal tipo di lettino). La posizione è piuttosto antipatica ma è opportuno rilassarsi.

- il medico esamina prima gli organi genitali esterni per notare eventuali arrossamenti e gonfiori (visita vulvare)
- poi introduce uno specolo in vagina per mantenere le pareti vaginali aperte e valutare in questo modo sia la vagina che il collo dell'utero ed eventuali perdite e processi infettivi.
- tolto lo specolo si passa ad una visita interna o pelvica (chiamata anche bimanuale): il medico inserisce pro-



Visita interna o pelvica.

fondamente in vagina due dita coperte da un guanto di gomma, e preme con l'altra mano l'addome. In questo modo riesce letteralmente ad afferrare l'utero e ad esaminarlo manualmente, cioè a riconoscerne la forma, la consistenza e la mobilità. La stessa tecnica si applica per le ovaie e le tube di Falloppio. Un attento esame dell'utero è impossibile se la vescica è piena, pertanto si deve urinare prima di entrare dal ginecologo.

Quando non è possibile fare una valida valutazione per via vaginale perché le ovaie sono spostate o l'utero è retroverso, ecc. può essere di aiuto l'esame rettale. Infatti il retto non è limitato in lunghezza, come è invece la vagina, e permette di spingersi con le dita più in alto nell'indagine.

La donna che non ha avuto rapporti pretenderà dal medico una visita rettale in luogo di quella vaginale, se non vuole compromettere l'integrità dell'imene.

Da quando la medicina si è arricchita di esami come il pap-test, l'esame batteriologico, l'antibiogramma, gli esami del sangue, ecc., la visita ginecologica come semplice esplorazione dell'apparato genitale ha ridotto il suo valore concreto (risulta ancora utile per le disfunzioni manifeste) per acquisire una funzione sempre più «psicologica»! Il ginecologo coordina i dati, li interpreta, si occupa della terapia e tranquillizza la donna. Infatti stanno cercando di diffonderla come visita profilattica (ossia preventiva) annuale.

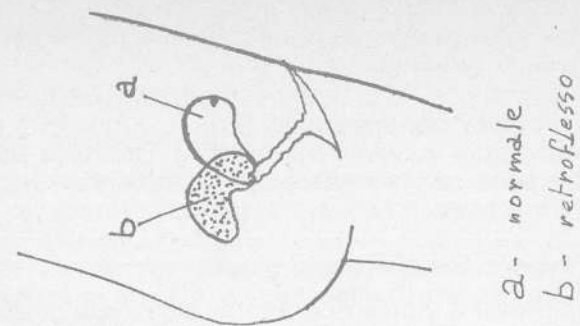
con che frequenza è bene fare la visita ginecologica?

La visita ginecologica è necessaria se ci sono disturbi. Se il ciclo è regolare e stiamo bene non è necessaria.

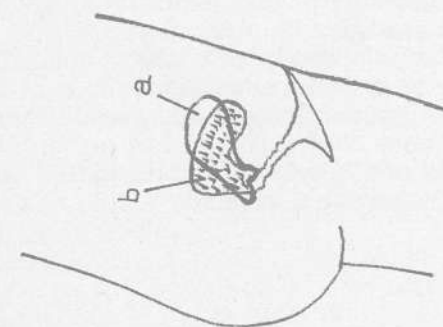
E' necessaria anche quanto si usano dei mezzi anticoncezionali che richiedono controlli regolari.

quali ragioni ci portano in genere a fare una visita ginecologica?

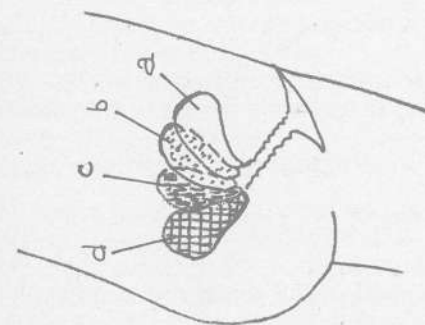
- Le più comuni ragioni sono le seguenti:
- problemi di ciclo
 - vaginiti e infezioni che si trasmettono col rapporto sessuale
 - cistiti e uretriti
 - infezioni pelviche



a - normale
b - retroflesso



a - normale
b - anteroflesso



a - normale
Retroversione di:
b - 1° grado
c - 2° grado
d - 3° grado

È luogo comune credere che l'utero retroverso o retroflesso renda immune la donna dalla gravidanza. Non è vero.

- cerviciti e erosioni
- mezzi anticoncezionali
- gravidanze
- disturbi della menopausa

Queste poche voci verranno tratteggiate nelle pagine seguenti per una elementare conoscenza che ciascuna donna deve avere.

come evitare qualche visita ginecologica?

In molti casi è inutile ricorrere ad una visita ginecologica che servirebbe solo a prescrivervi l'indagine del pap-test, ma conviene rivolgersi direttamente ai laboratori e successivamente, se del caso, al ginecologo.

Il pap-test oltre ad evidenziare in fase precoce, il cancro al collo dell'utero, può essere fatto anche per individuare con esattezza le infezioni vaginali.

Può essere fatto in senso profilattico annualmente, oppure quando si presenta una necessità, e in questo caso, all'atto del prelievo, si deve informare il tecnico di quale è il disturbo.

Se si riscontra una infezione ci si rivolge successivamente al ginecologo per la cura.

Problemi di ciclo

prima mestruazione (menarca)

Compare in genere tra i 9/11 e i 14/16 anni. Il 5% delle ragazze ha le mestruazioni in età compresa tra i 16 e i 18 anni.

Se le mestruazioni anticipano o posticipano questi tempi ci si rivolge ad un medico che accerti l'origine della disfunzione.

dolori mestruali (dismenorrea)

L'endometrio che si sfalda provoca contrazioni più lunghe e intense. Se il dolore è leggero viene rimosso con l'uso di analgesici (che in qualche caso si avrà l'accortezza di usare dopo l'avvio della perdita di sangue ad evitare di bloccare la mestruazione). La pratica di certi medici di usare la pillola estro-progestinica quando i dolori sono forti qualche volta funziona, ma generalmente è solo una cura del sintomo, efficace mentre si prende la pillola, alla sospensione del trattamento torna tutto come prima.

Adesso che è di moda la psicologia si insinua che le donne che soffrono di dolori mestruali siano nevrotiche e disadattate e che la sede del male sia la testa della paziente, e così i medici ginecologi scaricano agli psicologi il problema.

Fra i rimedi di tipo casalingo ricordiamo: calore, analgesici, ginnastica, alcolici, rapporto sessuale con penetrazione oppure l'orgasmo.

Se i dolori sono forti è opportuno rivolgersi al medico perché può essere il sintomo di un'endometriosi.

cicli standard, brevi e lunghi

Di solito il ciclo ha una durata di 25/30 giorni, ma sono del tutto regolari anche i cicli di 21 o 35/40 giorni. Se il ciclo è più breve di 20 giorni, è importante interpellare un ginecologo soprattutto se la mestruazione è abbondante per evitare di provocare un'anemia.

Se il ciclo è più lungo può darsi che ci sia una disfunzione ovarica. Non è però tanto importante l'intervallo tra una mestruazione e l'altra quanto un ritmo regolare.

I cicli irregolari sono quasi sempre presenti nelle giovanissime; bisogna lasciare che si stabilizzino per conto proprio e ciò avviene generalmente entro 3 anni dalla prima mestruazione.

mestruazioni scarse o abbondanti

La mestruazione dura in media dai 3 ai 5 giorni. Se la perdita è abbondante per più di 5 giorni è bene rivolgersi al ginecologo per evitare una anemia e appurare la causa. Se sono più brevi ma la donna non accusa disturbi non deve preoccuparsi, a meno che ci sia una diminuzione progressiva; intorno ai 45 anni può indicare l'inizio della menopausa.

perdite di sangue intermestruali

Alcune donne hanno sempre in corrispondenza dell'ovulazione, cioè a metà ciclo, qualche macchia di sangue e qualche dolore a destra o a sinistra in corrispondenza delle ovaie. Se la perdita si verifica in altro periodo del ciclo o si manifesta in donne che non l'hanno mai avuta prima può significare la presenza di una cervicite, di un polipo o altro.

Ad evitare una visita inutile, aspettare il mese successivo per vedere se si ripete nel qual caso ci si rivolge al medico. Comunque fare un pap-test se è trascorso più di un anno dall'ultimo controllo.

mancanza delle mestruazioni (amenorrea)

L'amenorrea è naturale prima della pubertà dopo la menopausa, durante la gravidanza e l'allattamento. Al di fuori di queste cause l'amenorrea è indice di malattia. L'amenorrea primaria è delle donne che hanno superato i 18 anni senza che sia comparso un flusso mestruale spontaneo; l'amenorrea secondaria è delle donne che già hanno avuto mestruazioni spontanee. L'amenorrea può dipendere da affezioni della vagina o dell'utero, da malattia endocrina, da uno stato generale di malattia.

Più frequentemente da un cambiamento di clima, da un bagno freddo, da tensione ecc. La valutazione è medica.

Nel caso di amenorrea da gravidanza si consiglia di attendere la mestruazione senza imbottirsi di ormoni e quindi al 12. giorno di ritardo fare un test di gravidanza.

Vaginiti o infezioni vaginali

Ogni donna ha delle perdite vaginali in quanto le ghiandole della cervice producono una secrezione, esattamente come le ghiandole salivari producono la saliva. Questo secreto scendendo lungo la vagina si mescola con le cellule desquamate diventando biancastro e opaco. Avviene cioè un'autodepurazione vaginale.

Nella vagina di una donna sana crescono molti batteri che aiutano a mantenere la vagina acida, il che uccide i funghi e i batteri dannosi.

Questo equilibrio può essere modificato dalle malattie, dagli antibiotici, dal diabete, dalla cattiva alimentazione, da una quantità eccessiva di irrigazioni, dalla gravidanza, dalle pillole e altri ormoni, dai tagli e abrasioni ecc. esponendo la vagina ad una possibile infezione.

Quando la secrezione vaginale diventa all'improvviso così abbondante da dare fastidio, o assume un brutto aspetto, o è striata di sangue, o ha cattivo odore e causa irritazioni e pruriti è in atto una vaginite.

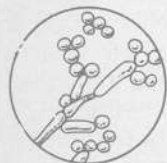
La vaginite è una infiammazione causata da una infezione della vagina, dovuta a varie cause. Le infezioni vaginali sono le più comuni malattie dell'apparato genitale femminile e non dipendono dall'età, dalla razza e dallo stato sociale.

ci sono vaginiti serie, lievi, specifiche, aspecifiche e miste

Prima di iniziare un trattamento è necessario determinare l'esatto tipo dell'infezione e non tirare a indovinare come fanno alcuni medici. Infatti una terapia sbagliata rende le vaginiti croniche e di lunga durata.

L'indagine viene eseguita con il pap-test (capitolo a parte) e con l'esame a fresco al microscopio eseguito dallo stesso ginecologo o più frequentemente nel laboratorio dove viene effettuato il pap-test. Su indicazione di chi fa il pap-test, può essere eseguito un esame batteriologico.

In tutte le infezioni vaginali, è precauzione di una certa efficacia il preservativo che protegge sia la donna che l'uomo. Inoltre è importante lavare gli organi genitali con acqua e sapone dopo il rapporto e urinare il più presto possibile. Diagnosticata una infezione si deve avvertire tempestivamente la persona con la quale si sono avuti i rapporti sessuali. Quando si è in cura per una infezione è meglio non avere rapporti ad evitare le irritazioni del coito.



Candidosi o vaginite da Candida o moniliasi

Questo microfungo si trova spesso sulla pelle, nella bocca, nella vagina e nell'intestino di molte persone sane. In alcune circostanze, per ragioni non chiare, può dar origine a disturbi agli organi genitali.

E' più frequente nelle donne che nell'uomo. Lo sviluppo di questo micro-fungo è favorito dalla gravidanza, dall'uso di antibiotici, dal diabete, e da contraccettivi orali estrogenici. Può essere trasmesso anche per via sessuale.

agente: un micro-fungo dal nome Candida albicans o Monilia albicans.

sintomi: una donna affetta da candidosi generalmente nota una perdita densa e bianca, arrossamento della vulva e prurito che si accentuano a letto, al caldo.

Gli uomini con la candidosi possono accusare irritazione alla punta del pene o sotto il prepuzio.

diagnosi: si fa un prelievo delle placche bianche aderenti alla vagina o sotto al prepuzio e si esaminano al microscopio. Può essere evidenziato anche con l'esame del pap-test.

cura: antibiotici in ovuli vaginali giornalieri per un mese circa. Possono essere necessarie delle creme. Le ricadute sono comuni e i test di controllo consigliati.



Tricomoniasi o vaginite da Trichomonas

La più comune causa di perdite vaginali anormali è l'infezione da Trichomonas. Circa una donna su dieci, forse più, ospita questo microorganismo, sebbene la più parte non avverta nessun sintomo. Il Trichomonas a temperatura ambiente può sopravvivere per parecchie ore su oggetti umidi, pertanto ci si può contagiare a contatto con asciugamani o sedili di gabinetti ecc., usati da altra persona infetta. Il contatto per via sessuale è senz'altro il più comune.

agente: un protozoo chiamato «Trichomonas vaginalis». Il periodo di incubazione di un Trichomonas è meno di un mese.

sintomi: soprattutto nelle donne giovani l'infiammazione della vagina e della vulva è notevole, con pruriti e arrossamenti, e può causare una gran quantità di perdite gialle che hanno cattivo odore. Si possono accusare bruciori quando si urina.

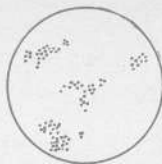
Una vaginite da Trichomonas non curata, che duri mesi o anni può danneggiare le cellule della cervice rendendola più disponibile al cancro.

Negli uomini qualche volta provoca perdite uretrali ma, generalmente, gli uomini sono solo portatori senza sintomi. In qualche uomo l'infezione si localizza nella prostata e avviene che durante l'ejaculazione i microorganismi vengono trasportati dallo sperma in vagina. Negli uomini il numero di germi è di solito ridotto e quindi risultano più difficili da reperire con gli esami al microscopio.

diagnosi: è più facile fare una diagnosi alla donna che all'uomo. Consiste in prelievi delle secrezioni vaginali o uretrali e successivo esame al microscopio. E' sufficiente l'esame a fresco. L'esame del pap-test che alcune donne eseguono annualmente evidenzia anche il Trichomonas.

cura: uso di chemioterapici (antibiotici sintetici) per una decina di giorni. La guarigione è confermata da un test di controllo. Curare anche il partner ad evitare una reinfezione della donna.

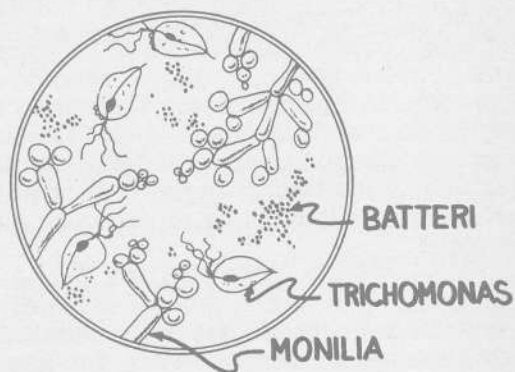
Infezioni batteriche non specifiche



Sono sostenute da vari tipi di batteri. Oggi si ritiene più frequentemente dall'*Haemophilus vaginalis* che provoca secrezione bianco latte o grigiastra e cattivo odore e dolore nell'urinare. E' molto diffuso e si contrae soprattutto col rapporto sessuale.

diagnosi: esame microscopico della secrezione. Può essere evidenziato col pap-test.

cura: antibiotico per una decina di giorni per la donna e il partner. Oppure creme o candele di sulfamidici per 10/15 giorni.



Infezioni miste

Si possono avere due o più tipi di infezioni insieme. L'infezione mista spiega come a volte un trattamento specifico risulti inefficace.

Erpete

E' un'infezione virale molto diffusa. Si diffonde solitamente, ma non necessariamente, col rapporto sessuale.

agente: un virus chiamato «Herpes simplex tipo II» simile all'Herpes simplex tipo I che è la causa dei geloni e delle «febbri» delle labbra.

sintomi: piccole piaghe o ulcere che appaiono dentro la vagina o sui genitali esterni, intorno all'ano e sulle cosce. A volte le piaghe si rimarginano da sé nel giro di una settimana o un mese. Nuove irruzioni possono verificarsi in qualsiasi momento, pare comunque legata ad esaurimento fisico o nervoso.

Si accusano dolori nell'urinare e durante il coito. Nell'uomo i sintomi sono simili a quelli della donna e le piaghe si manifestano sul pene e intorno all'ano.

diagnosi: pap-test e esame microscopico del contenuto delle piaghe; l'esame del sangue per la ricerca degli anticorpi è possibile.

cure: non si conosce una cura specifica. Si usano analgesici locali e per via orale. Molto usata è la tintura delle piaghe con successiva esposizione alla luce fluorescente, ma si sospetta che sia cancerogena. Si consiglia il pap-test regolarmente per tutta la vita.

nota: in caso di gravidanza informare il ginecologo dell'infezione in quanto può essere particolarmente dannosa per il neonato che dovesse infettarsi.

Altre infezioni che si trasmettono col rapporto sessuale (generalmente chiamate malattie veneree).

Gonorrea o blenoraggia o scolo

Si prende per contatto fisico durante rapporti sessuali vaginali, anali o orali-genitali. Giacché il gonococco lontano dalle mucose umane muore in pochi secondi è quasi impossibile prendere la gonorrea dai gabinetti, dagli asciugamani, tazze ecc.

agente: un batterio «gonococco» individuabile al microscopio.

sintomi: nelle donne, i primi stadi non presentano sintomi. I germi si annidano nel collo dell'utero dove l'infiammazione è raramente dolorosa. Inoltre il pus e le perdite causate dai germi si mischiano alle normali secrezioni fisiologiche e possono uscire dal corpo non notate. I germi possono diffondersi all'uretra causando infiammazioni e bruciore al passaggio dell'urina. I periodi mestruali possono diventare irregolari. Senza una cura tempestiva i germi si spargeranno negli organi interni soprattutto alla tube causando una salpingite che a volte si manifesta con dolore acuto da richiedere ospedalizzazione, a volte si protrae per settimane e mesi diventando cronica.

Se non viene somministrato nessun medicamento le tube possono venire permanentemente bloccate con conseguente sterilità o gravidanze extrauterine. Da notare che la pillola estrogenica rende la vagina più alcalina del normale e crea quindi un ambiente più favorevole ai batteri, aumentando la possibilità di infezione.

Negli uomini, invece, si manifesta in modo fastidioso, causando infiammazione dell'uretra, cioè del canale interno del pene. Si accusano perdite di pus o liquido giallastro, e bruciore quando si urina i sintomi appaiono tra il 1. e il 14. giorno dal rapporto sessuale, poi si attenuano ma l'infezione resta. Senza una cura tempestiva l'infezione si diffonde alla vescica, alla prostata, ai canali deferenti all'epididimo. Questo stadio può causare malessere generale e può provocare sterilità.

diagnosi: entro 2/5 giorni, qualche volta di più, i germi possono essere evidenziati al microscopio (pap-test) nelle perdite anche minime degli organi infiammati (utero, uretra, ano) e, in seguito, con esami del sangue.

cura: consiste in iniezioni ad alto dosaggio di penicillina o altri antibiotici. Un dosaggio basso o mal calco-

lato di antibiotici, anziché proteggere dalla malattia, favorisce lo sviluppo dei germi. Presa in tempo la malattia può essere completamente curata e non lascia tracce. Dopo la cura sono essenziali gli esami per appurare che la malattia sia scomparsa. Curare anche il partner ad evitare una reinfezione.

Una spirale intrauterina, sembra possa essere un focolaio della infezione rendendo la malattia più difficile da curare. Se l'infezione non risponde alla cura, spesso si toglie lo iud durante il trattamento, e lo si inserisce quando la cura ha dato buon esito.

nota: se una donna partorisce mentre ha la gonorrea si può sviluppare una seria malattia agli occhi del figlio, che può rimanere cieco, per via del contatto delle congiuntive con le secrezioni materne. Per le persone affette da questa malattia è consigliabile non procreare fino a guarigione completa del male.

Sifilide o lue

Sebbene la sifilide non sia la più comune delle infezioni sessuali è però la più seria. Dato che acqua e sapone uccidono immediatamente il batterio presente sulla pelle, e che questo organismo muore molto rapidamente lontano dal corpo umano, si prende questa malattia quasi esclusivamente per contatto fisico durante rapporti sessuali vaginali, anali o orali-genitali.

agente: un batterio dalla forma di spirale, il «*Loues-Treponema pallidum*»

sintomi: se non diagnosticata e trattata tempestivamente attraversa 4 stadi progressivi:

I stadio: normalmente si manifesta con una ulcera o piaga sopra o nell'organo sessuale. Questa ulcera è completamente indolore e, per questo, sovente non considerata. Eccezionalmente l'ulcera si presenta all'interno o intorno alla bocca o sulle dita. Questa ulcera o piaga (a volte più di una) appare circa dopo 2 o 3 settimane dal rapporto, ed eccezionalmente dopo 3 mesi. In alcune donne la piaga si sviluppa dentro la vagina per cui passa inosservata. Lo stesso per l'uomo quando la piaga si manifesta nelle pieghe del prepuzio.

Dopo giorni o settimane, anche senza trattamento le ulcere scompaiono. Ma se la malattia non è stata curata, i germi, trasportati dal sangue, invadono tutti gli organi del corpo.

II stadio: dopo qualche mese, normalmente, ma non sempre, la malattia si manifesta con delle eruzioni sulla pelle e sulle mucose tipo macchie o pustole. Questa eruzione cutanea non provoca prurito e può presentarsi in qualsiasi parte del corpo. Può essere così lieve da essere ignorata. Vi possono essere piaghe nella bocca, nella gola o intorno agli organi sessuali. Causa mal di testa, febbre e ingrossamento delle ghiandole linfatiche. E' questo lo stadio più infettivo della malattia. Se non curata i sintomi vanno e vengono in armonia con lo sforzo del corpo nel difendersi, fino a scomparire entro le 2/6 settimane. A parte le apparenze la malattia entra in uno stadio più pericoloso.

III stadio: chiamato anche stadio latente. La malattia progredisce sebbene non vi siano sintomi per molti anni (dai 5 ai 50 anni).

Dopo circa un anno di sifilide latente, la persona non è più infettiva eccetto che nei casi di donne gravide che trasmettono la malattia al feto (sifilide congenita).

Circa 2/3 delle persone non curate vivono il resto della loro vita senza disturbi; l'altro terzo sviluppa le complicazioni del 4. stadio.

IV stadio: a seconda di quale organo i germi hanno leso, la persona può accusare malattie cardiache, paralisi, demenza e cecità. La cura in questo stadio è da intendersi come arresto del progresso della malattia.

diagnosi: nei primi due stadi la malattia può essere diagnosticata prelevando la secrezione dell'ulcera o delle eruzioni sottoponendole al microscopio. Dopo 6/8 settimane dall'infezione si può investigare con l'esame del sangue mediante la cosiddetta reazione «wasser-man» che mette in rilievo le sostanze di difesa del corpo. Nel III stadio ha valore solo l'esame del sangue.

cura: in tutti e 4 gli stadi la penicillina o altro antibiotico è il migliore trattamento: un'unica dose massiccia o una serie di dosi minori, per un breve periodo. La persona in cura verrà sottoposta per due anni, a controlli ed esami del sangue ad intervalli di un mese e successivamente di 3 mesi. Solo in questo modo si garantisce una guarigione permanente.

un elzeviro della camera dei deputati

Proposta di legge dei deputati De Maria, Mazzola, Del Pennino, Altissimo, Corti, Martini M. Eletta, Pennacchini del 18.12.1975 sul

reato di contagio di malattie veneree

Articolo unico

Chiunque, essendo affetto da sifilide e occultando tale suo stato, compie su taluno atti tali da cagionarvi il pericolo di contagio, è punito - se il contagio avviene - con la reclusione da 1 a 3 anni.

Alla stessa pena soggiace chi, essendo affetto da blenorragia e occultando tale suo stato, compie su taluno gli atti preveduti dalla disposizione precedente, se il contagio avviene e da esso deriva una lesione personale gravissima.

In ambedue i casi il colpevole è punito a querela della persona offesa.

Se il colpevole ha agito al fine di cagionare il contagio, si applicano le disposizioni degli articoli 583, 584 e 585 del codice penale.

E così questi «deputati» pensano di risolvere le infezioni che si contraggono col rapporto sessuale con la galera e non con l'informazione.

chi fa i prelievi? chi le diagnosi? chi cura le infezioni?

Tutti gli ospedali: reparto anatomia patologica effettua prelievi e diagnosi per il pap-test e l'esame batteriologico a pagamento, mandano al medico per la cura; reparto dermosifilopatico effettua prelievi, diagnosi e cura a onorari minimi; dispensario celtico effettua prelievi, diagnosi e cura (è un servizio comunale gratuito).

Laboratori di Igiene provinciale: effettuano prelievi sia per il pap-test che per le infezioni (il servizio è gratuito); mandano al medico per la cura.

Uffici di igiene comunale: effettuano il prelievo per il pap-test che mandano ai laboratori per la diagnosi (servizio gratuito); mandano al medico per la cura.

Servizio comunale itinerante nei quartieri e servizio provinciale itinerante nella provincia: il prelievo del pap-test è fatto dalle ostetriche, la diagnosi nei laboratori (servizio gratuito); mandano al medico per la cura.

Le ostetriche condotte: servizio di prelievo del pap-test, diagnosi nei laboratori, cura dalla ostetrica.

Laboratori privati: effettuano prelievi del sangue e diagnosi; mandano ai medici per la cura.

Medici e ostetriche privati (ginecologi e urologi): generalmente mandano ai laboratori provinciali e comunali per il prelievo e la diagnosi riservandosi la cura.

Cistiti e uretriti

Le infiammazioni e infezioni dell'uretra (uretriti) e della vescica (cistiti) sono causate da diversi batteri e microrganismi.

agenti: l'E. Coli che normalmente si trova nell'intestino con una funzione utile, oppure il Tricomonas, la Gonorrea, ecc.

sintomi: i più comuni sono dolore e bruciore nell'urinare e frequente e urgente bisogno di vuotare la vescica.

Spesso il disagio passa in due o tre giorni con alcuni accorgimenti:

- bevendo una grande quantità di acqua che, di conseguenza, aumenta la quantità di urina e la rende meno concentrata.
- facendo abluzioni calde di acqua semplice.
- evitando caffè, tè, alcool spezie e pomodori.

Quando viene fatta una diagnosi di uretrite o di cistite, così come di vaginite, prima della cura va senz'altro esclusa la presenza della sifilide e della gonorrea, perché la cura con antibiotici può mascherare i sintomi di queste malattie senza curare la donna.

C'è una particolare cistite che appare dopo i primi rapporti sessuali o dopo un lungo periodo di astinenza, probabilmente dovuta ad una tumefazione dell'uretra durante il coito.

diagnosi: esame dell'urina in laboratorio.

cura: sulfamidici o antibiotici. Sebbene la cura possa durare due settimane i sintomi dovrebbero sparire in un giorno o due. Se la causa è il Tricomonas o la Gonorrea, va curato anche il partner se la cistite non è curata, il risultato può essere una infezione al rene.

Infezioni pelviche

Sono infezioni causate da germi (gonorrea ecc.) che risalgono le vie genitali e raggiungono l'utero, le tube e le ovaie provocando infiammazioni.

sintomi: dolori pelvici, mestruazioni e coito sempre più dolorosi, perdite irregolari di sangue.

diagnosi: pap-test o esame batteriologico.

cura: antibiotico per 10 giorni e molto riposo.

Cerviciti e erosioni

La cervicite è una infiammazione globale della cervice (collo dell'utero), per lo più conseguente ad una forma infettiva lieve ma persistente. Si manifesta con arrossamenti che interessano soprattutto la bocca dell'utero.

Vanno curate con pomate ai sulfamidici.

Quando la cervicite è particolarmente estesa e grave si chiama erosione e si manifesta con piaghetta o ulcere alla bocca dell'utero. I sintomi della erosione come della cervicite, per lo più sono perdite biancastre che possono avere cattivo odore; quando l'erosione è irritata possono comparire tracce di sangue. L'erosione causa dolore durante il coito e sovente durante la mestruazione.

Il primo passo è un pap-test per escludere eventuali formazioni tumorali.

Sulla terapia c'è discordanza. C'è chi sostiene che può essere curata con pomate ai sulfamidici e applicazione di ovuli di vitamina E, e chi punta subito alla cauterizzazione, ossia bruciatura dell'erosione con uno strumento appuntito e rovente o con sostanze chimiche (nitrate d'argento) o ancora con la criochirurgia (applicazione di bassissime temperature per distruggere i tessuti).

Questa ultima tendenza prende spunto dal fatto che le terapie sono molto lente, e che i tessuti danneggiati sono facile preda e focolaio di germi. Inoltre le piaghe trascurate sotto frequenti stimolazioni, potrebbero, nei tempi lunghi, trasformarsi in possibili tumori. Un'altra ragione è che applicazioni chimiche alla cervice sono piuttosto di difficile attuazione (ma a questo si potrebbe ovviare insegnando alla donna ad usare lo specolo per raggiungere la cervice).

Ricordiamo che nel passato la cervicite e le erosioni venivano curate spalmando sul collo dell'utero del miele intiepidito. La cura era molto lunga, anche di anni.

Quando la cervicite o l'erosione sono croniche si passa generalmente ad un esame istologico, cioè all'esame dei tessuti al microscopio.

nota: al fine di eseguire il pap-test con la mutua per fare risparmiare la donna, sovente il medico indica come motivazione ufficiale la presenza di una cervicite. **Bisogna quindi chiarire bene col medico la diagnosi.**

Menopausa

E' la cessazione definitiva delle mestruazioni per l'esaurirsi della attività delle ovaie. I cambiamenti di quantità degli ormoni femminili nel sangue, possono provocare dei sintomi sgradevoli: mal di testa, indigestione, cicli irregolari nella fase iniziale, vampate ecc. Evidentemente ogni donna accusa questo o quel disturbo, e non è detto che tutte debbano provare grandi disagi. Di solito il fenomeno compare intorno ai 45 anni.

Alcuni medici sono così convinti che la menopausa sia un trauma, che prescrivono terapie ormonali intensive per molti anni, forzando il ciclo mestruale. Noi crediamo che sia necessario intervenire solo quando i sintomi sono seri, lasciando che il corpo trovi il suo nuovo equilibrio. In effetti la menopausa è solo una delle varie fasi della vita, durante la quale molte donne godono di una tranquillità maggiore, per lo meno nel rapporto sessuale.

Nella fase di premenopausa, cioè in quel periodo in cui si alternano cicli con ovulazione e cicli senza ovulazione, è opportuno continuare il proprio anticoncezionale per due anni dopo l'ultima mestruazione ad evitare gravidanze.

COME EVITARE QUALCHE VISITA GINECOLOGICA?

In molti casi è inutile ricorrere ad una visita ginecologica che servirebbe solo a prescriverci l'indagine del pap-test, ma conviene rivolgersi direttamente ai laboratori e successivamente, se del caso, al ginecologo.

Pap-test

Chiamato anche esame di Papanicolau, striscio oncologico, striscio citologico vaginale, striscio vaginale.

1. **la sua funzione primaria** è l'indagine sulle cellule del secreto vaginale di donna presunta sana per individuare precocemente una lesione precancerosa o cancerosa localizzata al collo o al corpo dell'utero o alla vagina stessa.

In questo caso l'indagine va eseguita ogni 2 anni e annualmente dopo i 35/40 anni.

2. Serve anche a classificare le infiammazioni e infezioni vaginali. Per questo scopo va fatto annualmente come profilassi o quando si sospetta una infezione. Per una indagine di questo tipo insieme al pap-test viene eseguito l'esame a fresco al microscopio e eventualmente l'esame batteriologico, qualora il tecnico riscontri una particolare infiammazione.

3. Può permettere una indagine di tipo ormonale, basata sulle modifiche che subisce la mucosa vaginale durante il ciclo per l'azione degli ormoni sessuali. Si esegue prima di cure ormonali contro l'amenorrea (mancanza di mestruazioni). In questo caso si effettua una serie di prelievi: 5 prelievi dal 10. al 20. giorno circa del ciclo. (Si chiama pap-test per esame citormonale).

Il test è semplice: consiste nella introduzione dello specolo per tenere dilatata la vagina, e nel prelievo con una spatolina di legno del muco dal collo dell'utero, e con un tamponcino di cotone dal canale cervicale (1° caso) o dal fornice posteriore della vagina (2° caso). Il muco viene strisciato su un vetrino (da qui il termine striscio) e valutato al microscopio. Il prelievo si fa in due minuti e con un disturbo minimo.

Istruzioni per un pap-test fatto a regola d'arte

- eseguire l'esame a metà del ciclo (che siano trascorsi almeno 5 giorni dalla mestruazione)
- non avere eseguito cure locali (candelette, irrigazioni) da almeno 10 giorni
- non avere usato spermicidi
- non avere rapporti da almeno 3 giorni
- segnalare l'uso di anticoncezionali ormonali (pillole o iniezioni)
- segnalare la presenza di intrauterini

è diritto della donna conoscere l'interpretazione dei dati al momento del ritiro dell'esame.

Esame batteriologico o batterioscopio

Esame specifico a tampone per individuare la presenza di batteri, consigliato da chi fa il prelievo del pap-test quando c'è un certo tipo di infiammazione.

Per la donna è eseguito sul secreto vaginale prelevato dal fornice posteriore (ossia dietro al collo dell'utero).

Per l'uomo è eseguito su una goccia del meato urinale.

Antibiogramma

Evidenziato il batterio si completa l'esame con l'antibiogramma per individuare con esattezza l'antibiotico che distruggerà il germe.

Per questa operazione va rifatto il prelievo del muco cervicale.

Antibiotici

Come tutti i farmaci, l'antibiotico rappresenta il male minore quando una infezione batterica colpisce l'organismo.

Risulta però necessario rispettare nel modo più rigoroso le direttive della somministrazione che non va ridotta nel dosaggio e nella durata come molti fanno. Il motivo risiede nel concetto di resistenza batterica. Infatti ogni essere vivente, se sottoposto frequentemente ad uno stimolo dannoso tende a reagire adattandosi allo stimolo, «tollerandolo». Lo stesso avviene ai batteri che, sottoposti all'azione di un chemio-antibiotico, tendono a reagire formando delle generazioni resistenti. E' intuitivo pertanto come sia necessario usare dosaggi adeguati per periodi adeguati onde debellare completamente la malattia infettiva.

A maggiore informazione diciamo che gli antibiotici sono sostanze chimiche prodotte da microorganismi (o, in senso lato, da organismi viventi) capaci di impedire la crescita di batteri o di altri germi portatori di malattie.

Attualmente gli antibiotici vengono prodotti per sintesi, quindi è più corretto parlare di chemioterapici o chemio-antibiotici. Queste sostanze, che pure uccidono numerosissimi batteri, non sono attive contro i virus che sono particelle infinitamente più piccole dei batteri. I chemio-antibiotici sono prodotti potenti che, così come uccidono le cellule batteriche, possono uccidere le cellule del corpo umano e quindi essere dannosi per l'uomo.

Infatti un gran numero di chemio-antibiotici, possono essere tossici a livello renale, dell'8. nervo cranico (provocando sordità, vertigini, perdita dell'equilibrio), a livello gastro-intestinale, del midollo osseo produttore di globuli rossi, ecc.

Quindi l'uso indiscriminato è assurdo. Per esempio è assurdo usarlo con l'influenza normale che è causata da un virus contro cui gli antibiotici non hanno effetto alcuno. Parimenti insensato è l'uso di un antibiotico solo perché si nota uno stato febbrile.

IGIENE GINECOLOGICA

- lavare regolarmente la vulva con la mano, mai con la spugna perché in essa possono svilupparsi dei batteri.
- usare sapone neutro per evitare che venga alterata la flora batterica che difende la vagina e la vulva dalle infezioni.
- ci si deve lavare e asciugare evitando di trasportare i batteri dall'ano alla vagina.
- le irrigazioni vaginali sono quasi sempre sconsigliate perché facilmente trasportano i germi verso l'alto. Se prescritte dal ginecologo, devono essere praticate a bassa pressione, con acqua scrupolosamente bollita e lasciata quindi raffreddare.
- non si deve usare carta igienica colorata o profumata perché si ignora il grado di tossicità delle sostanze impiegate.
- i deodoranti e gli spray sono dannosi.
- la biancheria di nylon o collant di fibra sintetica, così come i pantaloni troppo stretti, impediscono la traspirazione e creano un clima caldo umido ideale per lo sviluppo dei germi.
- le mutande vanno cambiate giornalmente, lavate con sapone neutro e stirate con ferro bollente sul tassello.
- **quando si hanno rapporti sessuali con penetrazione con un uomo che non si conosce a fondo, bisogna fargli usare il preservativo per evitare di prendere infezioni.** Da ricordare che soprattutto per il Tricomonas gli uomini sono portatori senza sintomi.
- **imporre all'uomo di lavarsi i genitali giornalmente. Usare un bidet non fa male neanche a lui.** Infatti lo smegma (ossia la secrezione che si forma sotto il prepuzio) è il punto di raccolta di germi che provocano infezioni dannose alla donna e allo stesso maschio.

AUTOVISITA

Momento politico conoscitivo del proprio apparato genitale nella sua anatomia e fisiologia.

Questa pratica rende la donna cosciente delle proprie caratteristiche fisiche e dei mutamenti epiteliali e secretivi fisiologici legati al ciclo con conseguente padronanza e possibilità di scelte liberatorie.

Inoltre l'autovisita permette di individuare tempestivamente la presenza di una infezione vaginale, prima che si manifesti con segni esterni quali prurito e perdite.

Ne conseguono indagini di laboratorio anticipate e cure immediate.

Questa pratica ha preso il via dalla contestazione femminile, sempre più generalizzata, contro la medicina ufficiale che ha sempre agito contro l'informazione della donna per mantenerla spaurita, ignorante, e in balia delle scelte e delle speculazioni economiche della classe medica, che su questa ignoranza ha sempre campato brillantemente.

L'autovisita comprende l'indagine ginecologica e l'esame del seno:

autoesame ginecologico

Basta comperare lo specolo di plastica nei centri femministi. Lo specolo viene infilato dalla parte stretta (cioè verticalmente) e spinto verso il basso fino a metà della vagina, quindi va girato di piatto con le maniglie verso l'alto. A questo punto apriamo lo specolo: con un fascio di luce e uno specchio, ci sarà facile vedere la vagina e la cervice.

(La posizione più semplice è quella di mettere uno specchio sul bordo del letto, di appoggiare una gamba sul letto, oltre lo specchio, in modo di vedere la vulva e, quindi, inserire lo specolo e orientare la luce). Lo specolo va tolto aperto ad evitare di pinzare la cervice.

autoesame del seno

Consente di accertare tempestivamente eventuali alterazioni del seno. Molto spesso i sospetti suscitati dall'autoesame risultano infondati: sono per lo più indurimenti isolati (fibroadenoma) o sacche di liquidi che compaiono e scompaiono nel giro di un mese (cisti).

In altre parole si tratta di condizioni ordinarie. Comunque il tumore del seno rappresenta la forma di neoplasia che colpisce più frequentemente la donna (soprattutto tra i 50 e i 60 anni).

Questo tumore non è doloroso per cui manca l'allarme, da qui la ragione dell'autovisita, che va di tanto in tanto eseguita qualche giorno dopo le mestruazioni, quando il seno si trova nelle migliori condizioni per essere esplorato.

I sintomi che occorre ricercare sono: eventuale asimmetria delle due mammelle, retrazione anche minima del capezzolo e della cute, eventuale secrezione sierosa o tracce di sangue, presenza di nodosità del seno che va esaminato con la mano a piatto come illustrato dai disegni.

Oltre l'autoesame, le fondamentali tecniche d'indagine sono: la visita medica, la mammografia e la termografia.

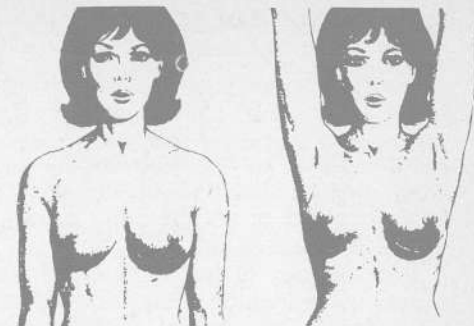
visita medica: permette di interpretare le alterazioni che l'autocontrollo ha rilevato ed eventualmente di richiedere la mammografia e la termografia.

mammografia: è un accertamento radiografico agevole e rapido con una approssimazione intorno al 60%. Il radiologo è in grado di distinguere le alterazioni maligne da quelle benigne.

termografia: è una tecnica che si basa sulla rilevazione, con apparecchiature elettroniche, delle radiazioni caloriche emesse dai corpi. Poiché un tumore ha un indice calorico superiore al tessuto sano circostante, è possibile rilevare questa variazione sulla mappa calorica della superficie del corpo in esame.

terapia: nel caso di realtà maligna c'è la possibilità di guarigione completa attraverso la chirurgia affiancata da terapie radiologiche e farmacologiche.

Mettetevi ben diritte davanti allo specchio con le braccia tese prima in basso, poi in alto.



Osservate attentamente la simmetria dei seni e l'eventuale presenza di infossamenti, o alterazioni della pelle dei capezzoli.

Sdraiatevi sul letto supine, dopo aver sistemato un cuscino sotto la spalla sinistra. Mettete poi la mano sinistra sotto il capo.



Quindi, con le dita della mano destra toccate delicatamente la metà interna della mammella sinistra in direzione delle frecce del disegno: il movimento deve essere fatto dall'alto verso il basso e dall'esterno verso il centro.

Poggiare il braccio lungo il fianco.



Palpate con delicatezza, la metà esterna della mammella secondo le direzioni indicate dalle frecce: dal basso verso l'alto e dalla periferia verso il centro.

RIPETERE L'INDAGINE PER LA MAMMELLA DESTRA.

VISITA PRECONCEZIONALE

Tale definizione riconosce alle coppie il diritto di usufruire di un servizio sanitario che permetta di appurare lo stato di salute della donna e dell'uomo quando intendano avere un figlio.

Proprio per la laicità del termine, si dà per scontato che questa indagine sia facoltativa e non obbligatoria e contempra solo esami di laboratorio e eventualmente una visita clinica generale, **ma non esami psicologici, psichiatrici e morali**. La disinformazione, ma soprattutto la mancanza di strutture sanitarie, valide, impedisce a molti questa pratica.

Rivolgetevi ai centri AED o ai gruppi di medicina e salute della donna, che sapranno consigliarvi il luogo più idoneo della città dove fare gli esami.

Suggeriamo sia per la donna che per l'uomo i seguenti esami del sangue:

gruppo sanguigno e fattore RH

emocromo completo per determinare anemie, leucemie ecc.

azotemia per determinare la funzionalità renale

glicemia per la ricerca del glucosio (zucchero) nel sangue

uricoemia per determinare disfunzioni del metabolismo

proteina C reattiva per determinare forme reumatoidi

TAS per la diagnosi di forme reumatoidi dovute ad infezioni da streptococchi

colesterolemia per la determinazione di coronariopatie, aterosclerosi

transaminasi per la ricerca di sostanze presenti in caso di danneggiamento della cellula (per lo più epatica)

VDRL per la lue o sifilide

esame completo delle urine per la ricerca di eventuali infezioni urinarie

Rub-test ● per la rosolia (solo per le donne)

Toxo-test ● per la toxoplasmosi (solo per le donne)

Pap-test e eventuale esame batteriologico (per le donne)

Esame batteriologico per ricerca di infezioni che si trasmettono col rapporto sessuale: gonorrea ecc. (per gli uomini)

● Rosolia o rubeola

Malattia virale che si contrae in genere da bambine. Una donna che intenda mettere al mondo un figlio deve assicurarsi di avere già contratto la malattia da bambina.

Se non ricorda, deve fare il Rub-test per appurare se nel sangue ci sono gli anticorpi che si sono prodotti per combattere la malattia.

- se il Rub-test dà risposta negativa significa che la donna non è mai stata contagiata.
- se i valori del Rub-test sono 1/64, significa che la donna è stata contagiata. In questo caso per stabilire se l'infezione risale all'infanzia o è stata contratta di recente, la donna deve ripetere l'esame dopo 10/15 giorni.
- se al 2. esame i valori del Rub-test restano entro l'1/64 significa che l'infezione è stata contratta nel passato e quindi non sussiste pericolo. Se i titoli del Rub-test salgono a 1/200-300, cioè se l'infezione indica una ascesa, significa che l'infezione è in atto.

Se la donna è in stato di gravidanza deve sapere che questa infezione contratta nei primi 3 mesi può comportare per il figlio gravi menomazioni: cecità, idiozia, malformazioni cardiache ecc. oltre alla possibilità che nasca morto.

Se questo esame viene fatto in periodo preconcezionale, cioè quando non si è gravide e risulta negativo, si può decidere di eseguire una vaccinazione per immunizzarsi. In questo caso la donna deve categoricamente essere certa di non essere incinta e deve proteggersi con un anticoncezionale efficace o con l'astinenza per almeno tre mesi, meglio sei mesi dopo la vaccinazione. In quanto una gravidanza durante la vaccinazione comporta gli stessi rischi della rosolia.

● Toxoplasmosi

Il virus è un protozoo. La toxoplasmosi può rimanere latente per molti anni e non dare alcun disturbo. I sintomi sono febbre, mal di gola, qualche ghiandola ingrossata, stanchezza.

E' pericolosa per il nascituro.

Se la donna ha avuto la Toxoplasmosi in precedenza non vi è alcun pericolo. Il virus colpisce 8 donne su mille ma solo in metà dei casi viene trasmesso al figlio.

Le conseguenze possono essere: l'aborto spontaneo, nascita di bambini non vitali, cranio idrocefalo, gravi lesioni alla vista, zone calcificate nel cervello.

Per la prevenzione sarebbe opportuno effettuare gli esami secondo questo schema: esame all'inizio della gravidanza. Se è positivo non c'è nulla da temere. Se è negativo bisogna astenersi dal toccare gli animali (gatti in particolare) e mangiare carne cruda. E' opportuno ripetere l'esame entro breve tempo. Se diventa positivo significa che l'infezione è stata contratta, e bisogna perciò intervenire con sulfamidici e antibiotici.

VISITA MATRIMONIALE E PREMATRIMONIALE

Tale definizione nasconde in se tutta l'insidia di una mentalità autoritaria. La richiesta per la costituzione di centri per la visita prematrimoniale e matrimoniale è tipica della classe dirigente.

Lo sviluppo di questa richiesta è prevedibile nella struttura dei consultori familiari di recente costituzione.

Sulla stampa nazionale si parla sovente anche di visita prematrimoniale obbligatoria. Fra i difensori di questo pericoloso programma vi è l'Istituto di Ginecologia dell'Università di Roma. La sua «motivazione» per questa inaccettabile proposta è che solo la richiesta obbligatoria può impegnare lo Stato a creare le strutture. L'urgenza è giustificata, con la necessità di limitare le nascite e di sviluppare l'eugenetica.

L'eugenetica (branca applicativa della genetica umana), è una scienza a tutt'oggi non sensibilmente dissimile per sviluppo conoscitivo da quella dei tempi di Hitler, ma altrettanto strumentale ad una selezione coatta della specie umana. Ormai si parla e si scrive senza pudore di ingegneria eugenetica.

Ricordiamo come, se la Germania nazista sterilizzava perfino i daltonici, negli Stati Uniti dal 1917 al 1963 siano state sterilizzate 64.000 persone ritenute per vari motivi non idonee alla procreazione. In certi Stati dell'Unione è tutt'ora normale che il giudice tutelare «offra» alle ragazze madri la sterilizzazione come condizione indispensabile per l'assistenza alla madre ed al bambino.

Non è nemmeno fantapolitico avanzare l'ipotesi che il sistema potrà servirsi dei consultori per l'eliminazione dell'«anormale», in quanto improduttivo. Molte delle già citate sterilizzazioni forzate negli Stati Uniti erano motivate dal fatto che i potenziali genitori erano affetti da malattie ereditarie o ritenute tali: in Italia già in passato in questi casi, come per i consanguinei, si sconsigliava il matrimonio; ora si sono alzate più voci a reclamare la visita prematrimoniale obbligatoria che potrebbe portare

in tempi medi all'aut aut, sterilizzazione o niente matrimonio, quando i nubendi risultino portatori di geni non perfetti o non graditi alla «maggioranza».

Stralciamo da un giornale medico *Annual Ravasini* le previsioni scaturite da un incontro internazionale di esperti dei vari settori della medicina, avvenuto a Ginevra nel 1970. Si legge: «...la carta d'identità genetica diventerà di uso comune e consentirà di sviluppare più efficacemente la consulenza prematrimoniale e genetica; d'altro canto l'amniocentesi sistematica dovrebbe consentire la riduzione delle nascite di bambini con gravi difetti congeniti mediante aborto terapeutico... Più oltre sulla stessa pubblicazione: ...la previsione di un raddoppio nei consumi farmaceutici si basa sull'indicazione di tendenza all'aumento nell'immissione di farmaci che controllino l'umore, la memoria, la capacità di apprendimento e le emozioni...».

Possiamo tranquillamente aggiungere che un'altra motivazione di questa inaccettabile richiesta è l'esigenza di un nuovo condizionamento della coppia (la nuova educazione sessuale funzionale al sistema).

Giudicate personalmente dalla tabella proposta dall'Università di Roma: psichiatra, psicologo, assistente sociale, esperto morale, urologo, ginecologo, dermatologo, laboratori di analisi, centri decentralizzati.

Mentre lo stato conduce la sua politica di condizionamento, la chiesa, che con la sua esperienza secolare ha capito perfettamente la funzione politica di queste strettoie prematrimoniali, si sta muovendo a sua volta per attuare corsi prematrimoniali per la diffusione della sua «educazione». Sempre più di frequente, infatti si verificano casi in cui il matrimonio è negato se la coppia non ha frequentato il corso prematrimoniale.

Mentre il potere lavora, noi donne non dobbiamo stare a guardare: **dobbiamo denunciare queste strettoie del potere statale e clericale e organizzare strutture proprie e autonome** per agire e evitare che la donna, proprio in questo momento in cui maggiormente anela alla libertà di scelta sia nuovamente strumentalizzata e le sue aspirazioni rincanalate in una diversa norma.

DIZIONARIO

aborto: l'interruzione della gravidanza prima del 6. mese. L'espulsione del feto al 7. e 8. mese si chiama parto prematuro. L'aborto può essere spontaneo in seguito a malattie, traumi, insufficienze ormonali; o provocato, con aspirazione o raschiamento.

acidità vaginale: le secrezioni della vagina hanno normalmente una reazione acida per proteggere il canale vaginale dalle infezioni causate da microbi e germi esterni.

adenoma: tumore di solito benigno, che si sviluppa sotto la pelle.

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

anamnesi: raccolta delle notizie sui precedenti fisiologici e patologici personali ed ereditari della paziente.

androgene: sostanze ormonali che favoriscono la comparsa e lo sviluppo dei caratteri sessuali maschili primari e secondari.

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

annessi dell'utero: le ovaie e le trombe (o tube) di Falloppio.

aritmia: disturbi del ritmo cardiaco. Se la frequenza è accelerata si parla di tachicardia, se è diminuita di bradicardia.

atrofia: diminuzione del volume o della funzionalità di un tessuto o di un organo.

azoospermia: assenza di spermatozoi nel liquido seminale per anomalie congenite o ostruzioni del canale deferente.

biospia: prelievo di un tessuto vivente per esame microscopico.

blenoraggia: lo stesso che gonorrea. (vedi malattie che si trasmettono col rapporto sessuale).

carcinoma: tumore maligno che può dar luogo a metastasi (diffusione ad altre parti del corpo).

cancro: tumore maligno consistente nella crescita disordinata e incontrollata di gruppi di cellule che presentano caratteri diversi da quelli delle cellule del tessuto su cui hanno preso origine. I cancri dei tessuti epiteliali sono detti carcinomi, quelli dei tessuti più profondi sarcomi. I moderni studi sul cancro hanno permesso di accertare che esistono sostanze chimiche, virus, radiazioni e agenti irritanti capaci di trasformare cellule normali in cellule del cancro.

cauterizzare: bruciare erosioni cervicali (piaghe o ulcere) che non si rimarginano, con una punta riscaldata elettricamente o con sostanze chimiche, oppure col freddo (criocauterizzazione).

cervice: o collo dell'utero. Parte inferiore dell'utero che ha in media un diametro di cm 2,8 e sporge nel canale vaginale per circa cm 1. Presenta alle estremità un'apertura attraverso la quale gli spermatozoi penetrano nella cavità uterina.

cervicite: infiammazione della cervice (vedi capitolo a parte).

ciclo mestruale: il periodo che va dall'inizio di una mestruazione al giorno precedente l'inizio della mestruazione successiva.

circoncisione: operazione che consiste nella asportazione del prepuzio, cioè la pelle che avvolge l'estremità del pene (glande).

cisti: una sacca che si forma in una parte qualsiasi del corpo, di solito contenente materia liquida o semisolida (quasi sempre benigna).

cistifellea o colecisti: organo posto sulla superficie inferiore del fegato in cui si raccoglie e si concentra la bile.

cistite: infiammazione della vescica urinaria, generalmente provocata da infezione batterica e caratterizzata da minzione frequente e dolorosa.

climaterio: periodo della vita dell'uomo e della donna in età matura, che coincide con la cessazione dell'attività delle ghiandole genitali.

clitoride: organo genitale femminile ricco di terminazioni nervose che possiede particolare sensibilità (vedi capitolo sull'anatomia).

cloasma: insieme di macchie cutanee brunastre o pallide che compaiono sulla fronte, intorno agli occhi e sul labbro superiore. Possono comparire alle donne gravide, a quelle che hanno disfunzioni ormonali o che prendono la pillola.

coito: dal latino «unire», indica l'accoppiamento sessuale inteso come penetrazione.

colposcopia: esame diretto della vagina e del collo dell'utero mediante uno strumento fornito di lenti e di illuminazione: il colposcopio. Serve a diagnosticare eventuali tumori nel loro stadio iniziale.

corpo luteo: dopo l'ovulazione il follicolo di Graaf si trasforma in corpo luteo e produce un ormone: il progesterone.

criochirurgia: distruzione dei tessuti con l'applicazione di bassissime temperature.

diatermocauterizzazione: (vedi cauterizzare).

dismenorrea: mestruazione dolorosa (vedi capitolo su disturbi del ciclo mestruale).

dispareunia: difficoltà o dolore che la donna o l'uomo possono avere nel contatto sessuale, a causa di infiammazioni o difetti anatomici.

ejaculazione: espulsione dello sperma dell'uretra dell'uomo. L'eiaculazione è il momento culminante dell'orgasmo maschile.

ematocrito (esame): serve a determinare il rapporto tra globuli rossi, globuli bianchi e plasma del sangue.

embolo: corpo estraneo (solido, liquido o gassoso) che, entrato nel circolo sanguigno, va a incastrarsi in un vaso troppo stretto per il suo volume determinando l'arresto della circolazione. L'occlusione può colpire le arterie polmonari (embolia polmonare) o quelle degli arti,

provocando ischemia e necrosi dei tessuti interessati. Se la necrosi interessa una regione vasta o vitale l'embolia può provocare paralisi o morte.

endometrio: tessuto mucoso della parte interna dell'utero.

endometrite: infiammazione dell'endometrio. Si manifesta con perdite di sangue irregolari.

endometriosi: crescita dell'endometrio in un luogo diverso dal rivestimento dell'utero, generalmente negli organi genitali o intestinali.

endoscopio: strumento per l'esame dell'interno di un organo cavo, come la vescica.

episiotomia: taglio che viene praticato sul muscolo che unisce la vagina all'ano.

erosione cervicale: (vedi capitolo cerviciti ed erosioni)

estrogeno: ormone sessuale femminile (vedi capitolo sul ciclo mestruale).

FDA: Food and Drug Administration. Organizzazione statunitense per il controllo dei farmaci.

feto: l'embrione dopo il 3. mese di gravidanza.

fibroadenoma: tumore della mammella sempre benigno che contiene tessuto fibroso. Per evitare errori di diagnosi può essere opportuno l'esame dei tessuti al microscopio.

fibroma: tumore benigno dell'utero costituito da tessuto fibroso.

flora vaginale: l'insieme dei germi presenti normalmente nel canale vaginale femminile. Tra questi, il bacillo di Doderlein contribuisce a provocare la normale reazione acida della vagina.

follicoli di Graaf: sono l'insieme delle cellule che racchiudono gli ovuli maturi. I follicoli si trovano all'interno delle ovaie.

FSH: Follicoline Stimulating Hormone: ormone follicolo stimolante.

gonade: ghiandola genitale; nell'uomo è il testicolo, nella donna l'ovaio.

gonorrea: (vedi capitolo sulle malattie che si trasmettono col rapporto sessuale).

imene: sottile membrana che chiude in parte l'orifizio del canale vaginale.

ipertensione: eccesso di pressione del sangue di carattere transitorio o permanente che si riscontra nelle arterie (i. arteriosa).

ipofisi: ghiandola endocrina situata sotto la base del cervello che regola il complesso meccanismo del ciclo mestruale (leggi capitolo in proposito).

ipomenorrea: mestruazione scarsa.

isterectomia: operazione chirurgica mediante la quale viene asportato l'utero.

istologico (esame): esame microscopico che viene eseguito sui tessuti asportati con una biopsia, un raschiamento o un intervento chirurgico, per fare una diagnosi esatta di tessuti infiammati o ulcerati.

IUD: (Intra Uterine Device), dispositivo intrauterino.

laparatomia: apertura della parete addominale.

laparoscopia: esame della cavità addominale mediante inserimento di un tubicino attraverso un'incisione.

leucorrea: perdite bianche o giallastre della vagina dovute in genere ad infiammazione del canale genitale. E' il primo segno di una vaginite o di una cervicite.

LH: Luteinizing Hormone, ormone luteinizzante.

lue: sinonimo di sifilide.

malattie veneree: malattie che si contraggono col contatto sessuale (vedi capitolo in proposito).

mastectomia: asportazione chirurgica della mammella.

mastite: infiammazione acuta o cronica della ghiandola mammaria.

masturbazione: provocazione dell'orgasmo mediante manipolazione dei genitali.

menarca: termine che indica la comparsa della prima mestruazione.

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

menopausa: la cessazione delle mestruazioni.

mestruazione: detta anche flusso mestruale, è l'emorragia mensile che si verifica nella donna in media ogni 28 giorni.

metastasi: il trasporto della malattia da una parte dell'organismo ad un'altra ad essa non collegata; si riferisce di solito alla disseminazione del cancro.

metrorragia: abbondanti perdite di sangue al di fuori del normale ciclo mestruale.

miometrio: lo strato muscolare che riveste la parete esterna dell'utero.

multiparta: la donna che ha partorito più di una volta.

muso di tinca: sinonimo di cervice.

nullipara: donna che non ha mai partorito.

onanismo: (da Onan, personaggio biblico) sinonimo di masturbazione

oncologia: branca della patologia che studia i tumori.

orgasmo: momento culminante dell'eccitazione sessuale.

ormoni: sostanze chimiche prodotte dall'organismo ed immesse nella circolazione sanguigna.

ovaie: ghiandole sessuali situate simmetricamente al lato destro e sinistro dell'utero. Nelle ovaie si formano gli ovuli, gli ormoni progesterone o luteina, estrogeno o follicolina.

ovariectomia: asportazione chirurgica di una o entrambe le ovaie.

ovulazione: liberazione di un ovulo da parte dell'ovaio in seguito allo scoppio di un follicolo maturo.

pap-test: (vedi capitolo a parte).

pelvi: scheletro del bacino.

pelvico (esame): in senso ginecologico, esame degli organi contenuti nella pelvi (bacino).

pene: organo genitale maschile (vedi capitolo sull'anatomia).

PH vaginale: grandezza che esprime il grado di acidità ed alcalinità vaginale. Il valore PH 7 corrisponde alla neutralità; i valori PH salgono quanto più forte è la base alcalina.

pluripare: sinonimo di multipara.

polipo: tumore peduncolato (generalmente benigno) della membrana mucosa dell'utero, dell'intestino o di altri organi.

primipara: donna che partorisce per la prima volta.

progesterone: ormone sessuale femminile (vedi capitolo sul ciclo mestruale).

progestinico: si dice del progesterone sintetico.

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

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

rhesus (fattore RH): fattore chimico che provoca la coagulazione dei globuli rossi del sangue.

rosolia: detta anche rubeola, è una malattia virale che colpisce i bambini e che nella donna gravida diventa pericolosa (vedi capitolo in proposito).

salpinge: lo stesso di tuba di Falloppio.

salpingectomia: asportazione della tuba di Falloppio in conseguenza di processi morbosi (gravidanza extrauterina ecc.).

salpingite: infiammazione di una o entrambe le tube di Falloppio dovuta a infezione batterica.

sifilide: malattia che si trasmette col rapporto sessuale (vedi capitolo in proposito).

sperma: liquido biancastro e vischioso prodotto dalle vescicole seminali e dalla prostata, al quale si mescolano gli spermatozoi provenienti dai testicoli.

spermatozoo: cellula sessuale maschile filiforme provvista di una testa e di una coda, con la quale si muove. Gli spermatozoi nuotano nel liquido seminale o sperma alla velocità di 3/4 mm al minuto. Lo spermatozoo, come l'ovulo, possiede 23 cromosomi.

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

sterilità: incapacità di concepire. Al contrario di quanto si pensa

comunemente, la «colpa» del mancato concepimento non è sempre della donna, ma spesso è dell'uomo. Perciò gli esami per chiarire le cause vanno fatti da entrambi, tenendo ben presente che sono molto più semplici e indolori quelli effettuati sull'uomo.

striscio: sinonimo improprio di pap-test (vedi capitolo in proposito).

tensione premestruale: si manifesta nei giorni che precedono il flusso mestruale con cefalea, irritabilità, rigonfiamento doloroso delle mammelle.

testicoli: ghiandole sessuali maschili in cui si formano gli spermatozoi e il testosterone, l'ormone sessuale maschile. I due testicoli, destro e sinistro, sono contenuti nello scroto.

testosterone: ormone maschile che stimola lo sviluppo degli organi genitali e dei caratteri secondari maschili.

toxosplamosi: morbo causato da un protozoo (vedi visita preconcezionale).

tricomoniassi: infezione vaginale (vedi capitolo sulle vaginiti).

tromboflebiti: infiammazione di una vena caratterizzata da gonfiore (flebite) e formazione di un coagulo sanguigno (trombo) all'interno del vaso.

trombosi: occlusione di un vaso sanguigno, arteria o vena, dovuta alla formazione di un coagulo (trombo) a seguito di lesioni conseguente a flebiti.

tube di Falloppio: o trombe uterine, o salpingi o ovidotti. Canali situati ai lati dell'utero che permettono il passaggio dell'ovulo maturo proveniente dalle ovaie.

tumore: massa costituita da un tessuto di nuova formazione che si sviluppa a spese di un qualsiasi altro tessuto. I tumori benigni sono costituiti da un anormale accrescimento di cellule normali; essi provocano disturbo all'organismo unicamente per il loro ingombro e la pressione esercitata su altri organi vicini. Talvolta il tumore può contenere liquido e si chiama allora cisti. Diversa è la natura dei tumori maligni (cancro).

uretra: canale che conduce l'urina dalla vescica all'esterno.

utero: organo cavo, nel quale si sviluppa la gravidanza (vedi capitolo sulla anatomia).

vagina: canale che fa parte degli organi genitali (vedi capitolo sulla anatomia).

vaginismo: condizione caratterizzata da uno stato di contrazione spastica involontaria e dolorosa dei muscoli della vagina e della vulva che rende impossibile il rapporto sessuale.

vaginite: processo infiammatorio della vagina dovuto a batteri, a funghi, a protozoi o ad agenti virali (vedi capitolo in proposito).

vulva: termine che indica l'insieme degli organi genitali femminili esterni.

INDICE

| | |
|-----|---|
| 7 | Piattaforma programmatica |
| 11 | CHE COS'È UN CONSULTORIO AED? |
| 13 | COSA DICIAMO ALLE DONNE ISCRITTE ALL'AED? |
| 14 | QUALI E QUANTI SONO I CONSULTORI AED? |
| 17 | CONTRACCEZIONE E DEMOGRAFIA |
| 20 | CONSULTORI DELLO STATO |
| 28 | INFORMAZIONE O EDUCAZIONE SESSUALE? |
| 32 | SESSUALITA' CONTRACCEZIONE SALUTE |
| 36 | SESSUOLOGIA |
| 39 | ANATOMIA E FISIOLOGIA |
| 40 | Organi genitali femminili |
| 45 | Il ciclo mestruale |
| 49 | Organi genitali maschili |
| 52 | Le cellule sessuali e il concepimento |
| 56 | SULLA EFFICACIA DEGLI ANTICONCEZIONALI |
| 58 | SULLA SPERIMENTAZIONE |
| 59 | Le cavie |
| 65 | MEZZI ORMONALI |
| 65 | Pillola estro-progestinica combinata |
| 73 | Pillola sequenziale |
| 74 | Minipillola |
| 77 | MEZZI ORMONALI IN NETTA FASE DI SPERIMENTAZIONE |
| 77 | Iniezioni a deposito |
| 81 | Capsule sottocutanee |
| 81 | Anelli vaginali |
| 81 | Pillola del giorno dopo |
| 82 | Prostaglandine |
| 83 | Pillola per uomo |
| 85 | MEZZI MECCANICI INTERNI |
| 85 | Dispositivi intrauterini (IUD) |
| 95 | MEZZI MECCANICI LOCALI FEMMINILI |
| 95 | Diaframma e spermicida |
| 103 | MEZZI MECCANICI LOCALI MASCHILI |
| 103 | Preservativo |

107 MEZZI CHIMICI LOCALI O SPERMICIDI
108 Aerosol, gelatine, creme,
Ovuli e compresse vaginali
Foglietti e cialde spermicide
111 Barriere fatte in casa
111 Lavande
112 METODI DI ASTINENZA PERIODICA
113 Metodo di Ogino-Knaus
116 Metodo della temperatura basale
120 Metodo della Ovulazione
121 ALTRI METODI
121 Coito interrotto
121 Coito riservato
122 Rapporto senza penetrazione
122 Astinenza
123 TECNICHE CHIRURGICHE
123 Sterilizzazione maschile
123 Sterilizzazione femminile
125 MEZZI D'EMERGENZA
127 RITARDO MESTRUALE
133 TEST DI GRAVIDANZA
135 ABORTO
135 Aspetto tecnico
140 Aspetto politico
142 Proposta dell'AED
151 VISITA GINECOLOGICA
158 Inizia la visita
163 Problemi di ciclo
165 Vaginiti e infezioni che si trasmettono
col rapporto sessuale
175 Cistiti e uretriti
175 Infezioni pelviche
176 Cerviciti e erosioni
177 Menopausa
179 COME EVITARE QUALCHE
VISITA GINECOLOGICA?
179 Pap-test
180 Esame batteriologico
180 Antibiogramma
181 Antibiotici
182 IGIENE GINECOLOGICA
183 AUTOVISITA

183 Autoesame ginecologico
184 Autoesame del seno
186 VISITA PRECONCEZIONALE
188 VISITA MATRIMONIALE E PREMATRIMONIALE
191 DIZIONARIO