

PRONTUARIO

DI

GINECOLOGIA E OSTETRICA

PER OPERATORI DEI

CONSULTORI FAMILIARI

UCIPEM

Novembre 2023

Francesco Lanatà

Presentazione

Questo sintetico lavoro, frutto dell'esperienza quarantennale dell'autore, è indirizzato in maniera completamente gratuita agli operatori dei consultori familiari affinché possano interagire al meglio con gli altri specialisti dell'équipe interdisciplinare, organo di lavoro dei Consulenti Familiari che fanno parte dell'Unione Consulenti Italiani Prematrimoniali e Matrimoniali (UCIPEM).

Il Consultorio Familiare UCIPEM è il luogo in cui si verifica l'accoglienza incondizionata di tutti coloro che vi accedono: persone, coppie, famiglie.

La domanda complessa posta dalla persona che si rivolge al consultorio esige una risposta complessa e integrata che può essere data solo da un consulente che abbia alle spalle un'équipe interdisciplinare.

La metodologia interdisciplinare va vista in un quadro di "scambio di saperi". Le diverse discipline operano una comune riflessione sui fondamenti delle conoscenze di ogni professionista e sulle modalità con cui tali conoscenze si esprimono, rendendo possibile il loro dialogo.

Nell'équipe interdisciplinare ogni professionista si deve confrontare con altri professionisti di categorie diverse per uno scambio e arricchimento reciproco; questo non è facile ma è molto utile per la propria crescita professionale e umana.

Lo scopo di questo lavoro è quindi quello di facilitare la comprensione del linguaggio specialistico ginecologico a chi medico non è. Ho quindi evitato di addentrarmi eccessivamente in disquisizioni diagnostiche e terapeutiche per dare risalto invece ai meccanismi fisiopatologici e alle loro interazioni con la vita di relazione della donna; anche il lessico è stato mantenuto accessibile per quanto possibile.

Tutti i dati statistici presentati sono quelli raccolti nel corso degli anni di attività del sottoscritto e sono in perfetto allineamento con quelli della letteratura.

Introduzione

L'OMS definisce la salute *“Uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e spirituale”*. Tale definizione differisce dalla precedente per la quale la salute era vista semplicemente come *“Assenza di malattie o infermità”*. La malattia a sua volta viene definita, sempre dall'OMS, come *“Anormale condizione dell'organismo causata da alterazioni organiche o funzionali”*. Come numerosi fattori contribuiscono alla attuazione delle condizioni di benessere e quindi di salute, altri fattori riducono il grado di benessere conducendo alla malattia. La malattia a sua volta, ha importanti ripercussioni sulla vita di relazione della persona stessa e quindi su tutti coloro che sono a contatto con la persona malata. Come una situazione di disagio relazionale o di stress cronico può influire sulla salute fisica; un malessere fisico non può non influenzare l'intimo e la vita di relazione della persona.

Per fare qualche esempio: Come una banale cefalea può limitare un momento relazionale, una particolare tensione emotiva può provocare una cefalea. Pensiamo agli effetti psicologici provocati dal dolore pelvico cronico o da una neoplasia. D'altra parte pensiamo alle malattie che possono derivare da una situazione di *“stress cronico”*.

Qualsiasi operatore di un consultorio familiare che sia a conoscenza delle problematiche che andremo ad affrontare sarà avvantaggiato nella comprensione delle dinamiche ad esse correlate. In sede di équipe, sarà in grado di trarre il maggior vantaggio possibile dall'intervento del ginecologo e nel caso, riconoscere e richiedere il momento migliore per l'eventuale intervento diretto del ginecologo medesimo.

In base a quanto previsto dalla legge 405/75 e successivamente ribadito dal progetto materno infantile (POMI), in un consultorio familiare l'équipe dovrebbe essere rappresentata da più figure professionali: medico, ginecologo, ostetrica, psicologo, assistente sociale. L'équipe prevista dai consultori UCIPEM è più ampia prevedendo anche la figura professionale del Consulente familiare o Consulente della persona, della coppia e della famiglia, del Consulente etico, del Mediatore familiare e del Legale; oltre a ciò l'équipe deve lavorare con metodologia interdisciplinare. I consultori familiari UCIPEM sono prevalentemente organismi di volontariato e pertanto può capitare che delle figure professionali vengano a mancare per mancanza di disponibilità di professionisti cosa che non stupisce se consideriamo che anche nei consultori pubblici gli organici sono sempre più sottodimensionati. Questo può ridurre le potenzialità del consultorio; quel che conta tuttavia è che la molteplicità delle figure professionali non venga esclusa per scelte aprioristiche.

Non dimentichiamo poi che una delle funzioni base di un consultorio familiare UCIPEM è quella educativa. In questa funzione il Consulente della persona, della coppia e della famiglia se adeguatamente preparato, potrà collaborare in maniera ottimale con il ginecologo nella gestione degli incontri con adolescenti, coppie e famiglie sui temi della prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, dell'educazione alla affettività e della responsabilità nella procreazione.

Argomenti trattati

Presentazione

Introduzione

Pubertà

Ciclo mestruale

Gravidanza

Menopausa

La donna tra salute e malattia

Influenza dello stress

Irregolarità del ciclo

Le sindromi dolorose della donna:

- Dismenorrea
- Sindrome premestruale e Sindrome disforica della fase luteale tardiva
- Endometriosi
- Vulvodinia
- Dispareunia

Sterilità

Aborto spontaneo

Interruzione volontaria della gravidanza

Il controllo della fertilità

Contracezione

Basi biologiche per i metodi naturali della regolazione delle nascite.

La Pubertà:

La pubertà femminile è il periodo della vita di una ragazza in cui avviene la sua maturazione sessuale e il raggiungimento della fertilità.

La pubertà si verifica tra gli 8 e i 13 anni con lo sviluppo delle ovaie e la conseguente produzione degli ormoni sessuali, estrogeni e progesterone. In questa fase della vita nella donna hanno inizio i cambiamenti fisici e psichici relativi al susseguirsi delle fasi dei cicli mestruali e i cambiamenti determinati dalle gravidanze.

Molto spesso la pubertà viene associata al *menarca*, ovvero alla prima comparsa delle mestruazioni, ma in realtà, senza che la bambina se ne accorga, il cambiamento ormonale, fisico e psichico comincia molto tempo prima e in maniera graduale.

Oltre al menarca il processo maturativo della pubertà prevede:

L'*adrenarca* che è la fase iniziale dello sviluppo sessuale dell'essere umano. In questa fase la presenza degli ormoni androgenici corticosurrenali determina un cambiamento nella pelle, per quanto riguarda la produzione di sebo e per la composizione chimica e la maggior quantità di sudore prodotto, per la comparsa di acne sul viso e sulla schiena, per l'untuosità dei capelli e infine, per la comparsa dei peli.

Il *pubarca* che è la fase di crescita dei peli sui genitali che, nelle ragazze, finisce con l'arrivo del menarca. Questa fase è determinata dalla produzione di androgeni, ormoni sessuali maschili, presenti in quantità minori anche nella donna.

Il *telarca* che è la fase di sviluppo del seno, che avviene sia nei maschi che nelle femmine, anche se in maniera diversa. I seni assumono man mano un aspetto sempre più simile a quello di una donna adulta con lo sviluppo delle ghiandole mammarie e la definizione anatomica delle mammelle, nelle quali diventa visibile l'areola e il capezzolo più sporgente.

Anche se le trasformazioni del corpo non sono ancora visibili, intorno agli 8 anni l'ipofisi, sotto lo stimolo neuroormonale, inizia a stimolare la produzione di gonadotropine LH e FSH, ormoni che regolano l'attività delle ovaie.

Il momento in cui comincia la pubertà non è esattamente lo stesso per tutti, ma può variare a seconda degli individui, a causa di:

- Fattori genetici e ambientali → nella madre e nella figlia solitamente la pubertà si presenta alla stessa età.
- Abitudini alimentari e peso corporeo → una bambina sottopeso avrà il suo sviluppo ormonale più tardi, mentre se in sovrappeso lo avrà prima.
- Condizioni di salute → le condizioni di salute sono determinanti in questa fase di cambiamento dell'organismo.
- Appartenenza etnica → la pubertà si presenta prima nelle ragazze di colore e ispaniche e più tardi in quelle di etnia asiatica e bianca.

La pubertà comporta una serie di cambiamenti corporei che trovano il loro coronamento nel raggiungimento della fertilità e nell'acquisizione dei cosiddetti caratteri sessuali secondari.

Il menarca è il sostantivo che qualifica la prima mestruazione. La mestruazione spesso dà il nome al "ciclo mestruale"; in realtà essa è solo il fenomeno più appariscente, mentre quello più importante è l'ovulazione che, come la mestruazione si presenta in maniera

ciclica ed è causata da un susseguirsi di stimoli prodotti dai neurormoni ipotalamici, dagli ormoni ipofisari e da quelli delle stesse ovaie.

Il corpo cambia: Aumentano le dimensioni delle ovaie per lo sviluppo dei follicoli, inizia la produzione ciclica degli ormoni sessuali con conseguente aumento del volume dell'utero. Le bambine diventano così più alte, i loro fianchi si fanno più arrotondati per l'aumento del tessuto adiposo, compare l'acne e aumenta la sudorazione, si sviluppano il seno e i muscoli, avviene la muta vocale (le corde vocali da 12-15 mm diventano 13-18 mm), cominciano le prime secrezioni vaginali, i peli si fanno più evidenti in alcune zone del corpo: ascelle, pube, gambe e braccia.

Insieme ai cambiamenti fisici, comincia lo sviluppo psicosociale delle bambine che diventano adolescenti e devono confrontarsi con lo sviluppo della loro identità sessuale.

La pubertà è una fase di transizione della vita della donna e in quanto tale è contraddistinta da momenti critici, turbolenti in cui si verificano:

- Sbalzi d'umore con sperimentazione di un'ampia gamma di emozioni intense e mutevoli.
- Acquisizione di maggiore consapevolezza di sé e del proprio corpo con scoperta di eventuali imperfezioni e differenze rispetto al corpo delle coetanee e con logiche conseguenze sull'autostima;
- Identità sessuale: in questa fase le ragazze iniziano scoprire la propria identità sessuale ad esplorare la propria vita sessuale;
- Ricerca di indipendenza e di autoaffermazione: Attraverso un graduale distacco dai propri genitori si afferma l'identità personale con tutti i condizionamenti; si iniziano ad avere opinioni personali e creare una propria personalità;
- Cambiamenti nelle relazioni sociali: le ragazze possono sperimentare cambiamenti nelle loro relazioni con gli amici e la famiglia. Possono cercare di costruire nuove amicizie e sviluppare legami più stretti con i coetanei.

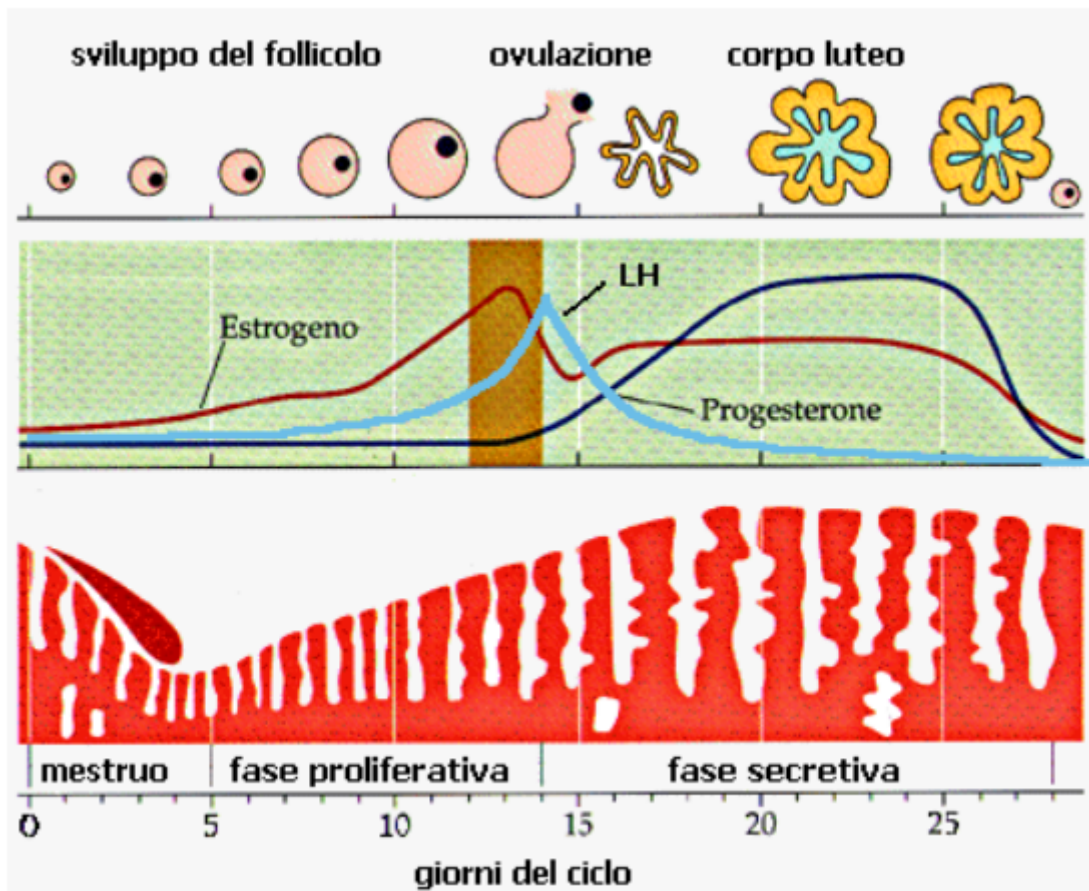
I cambiamenti psicologici e fisici, della crisi puberale variano da donna a donna ma c'è un denominatore comune che è rappresentato dalla maggiore fragilità che richiede un sostegno discreto e attento da parte dei genitori e l'attuazione di processi educativi che la stessa scuola a volte non riesce a fornire. Qui può essere molto utile il contributo di istituzioni esterne come possono essere i consulenti familiari.

Il Ciclo Mestruale:

Con la pubertà l'apparato genitale femminile va incontro a modificazioni cicliche regolari: il ciclo mestruale. Questo ha una durata media di 28 giorni per azione degli ormoni sessuali che si modificano giorno per giorno. In ogni ciclo distinguiamo quattro fasi: mestruale, proliferativa, ovulatoria, secretiva. Ognuna di esse è contrassegnata da una specifica produzione ormonale e da specifici cambiamenti a carico degli organi sessuali.

Gli ormoni sessuali (estrogeni e progesterone), in quanto ormoni, oltre che agire sugli organi sessuali, svolgono importanti azioni su tutti gli altri organi ed apparati dell'organismo.

Vediamo cosa succede nelle fasi che abbiamo elencato.



Fase mestruale:

Il primo giorno del flusso mestruale rappresenta l'inizio del ciclo. Lo strato più superficiale dell'endometrio, non più sostenuto dall'azione del progesterone, va in necrosi e si distacca in lembi, lasciando esposte le vene e le arterie che in esso decorrono. Questo sfaldamento determina una perdita di circa 40 millilitri di sangue misto a residui necrotici cellulari. Contemporaneamente, determinata dall'iniziale aumento della secrezione di ipofisaria di FSH, inizia la crescita di alcuni follicoli che producendo estrogeni, danno inizio alla rigenerazione dello stesso endometrio.

Fase proliferativa

Sotto lo stimolo estrogenico, nell'utero si ricostituisce lo strato superficiale dell'endometrio e le cellule che rivestono l'endocervice producono un muco cervicale

favorevole alla vitalità degli spermatozoi.

Nell'ovaio un solo follicolo prosegue la maturazione, mentre gli altri vanno incontro ad involuzione.

Gli estrogeni aumentano fino a raggiungere, poco prima dell'ovulazione, un picco che determina a sua volta un forte aumento (picco) dell'LH ipofisario.

Fase ovulatoria

Il picco dell'LH provoca a sua volta lo scoppio del follicolo dominante con l'espulsione dell'ovulo dal follicolo. L'ovulo viene raccolto dalla tuba omolaterale rimane fecondabile per 24 ore. Il follicolo si trasforma in corpo luteo che oltre agli estrogeni produce il progesterone.

Nell'utero, l'endometrio raggiunge il suo massimo spessore e sotto l'azione del progesterone acquisisce le caratteristiche istologiche che lo rendono idoneo all'eventuale annidamento dell'embrione. Il progesterone continua ad aumentare rendendo il muco cervicale impenetrabile e innalzando il livello della temperatura basale di 3-4 decimi di grado. La temperatura basale (temperatura misurata al risveglio, in condizioni basali, per via vaginale) può essere utilizzata per stabilire il momento dell'ovulazione.

Fase secretiva

Nell'utero l'epitelio endometriale, sostenuto dal progesterone prodotto da corpo luteo, rimane al massimo del suo spessore. Il progesterone esercita però un feed-back negativo sull'ipofisi e provoca un abbassamento dell'LH. Pertanto, se non insorge una gravidanza con la produzione di gonadotropina corionica, l'ipofisi cessa la produzione di LH e non è più in grado di sostenere il corpo luteo che inizia così a regredire cessando la produzione di progesterone.

La riduzione dei livelli di progesterone porta allo sfaldamento dell'endometrio, quindi alla mestruazione, con l'inizio di un nuovo ciclo mestruale.

La gravidanza

La gravidanza è un'altra fase di grande cambiamento, nel quale i cambiamenti ormonali da una parte e il bimbo che cresce nel corpo della donna dall'altra, mettono a dura prova l'intero organismo.

Generalmente la data di inizio di una gravidanza viene fatta corrispondere alla data di inizio della mestruazione che precede il concepimento il quale, nei cicli regolari, avviene due settimane dopo tale data. Tecnicamente c'è bisogno di un test di gravidanza per avere la certezza che la gravidanza ha avuto inizio. Tuttavia le modificazioni ormonali che iniziano a verificarsi subito dopo il concepimento fanno sì che molte donne sentano dentro di sé questo nuovo stato anche prima che si verifichi il ritardo mestruale.

Anche se la gravidanza è stata cercata, il venirne a conoscenza genera nella donna un turbinio di sentimenti contrastanti che ondeggiando tra la gioia e lo smarrimento, l'incertezza e l'incredulità, la paura e l'esaltazione. L'accettazione dell'embrione come parte integrante del sé non sempre avviene immediatamente e con facilità. La mancata accettazione del bambino che cresce nel ventre materno può indurre nella donna il pensiero della possibilità di interrompere la gravidanza.

Le prime settimane della gravidanza sono in genere accompagnate da sintomi del tutto sovrapponibili a quelli che vengono avvertiti nei giorni che precedono l'arrivo delle mestruazioni. Durante questo periodo si verificano molteplici cambiamenti fisici; essi non sono ancora visibili dall'esterno, ma sono avvertiti dalla donna che li vive. I mutamenti iniziali di una certa rilevanza possono essere stanchezza, sonnolenza, nausea e cambiamenti umorali. Essi non sono segni di malattia ma sono la conseguenza dei complessi cambiamenti ormonali generati da questo nuovo stato fisiologico a cui la donna gradualmente si adatta. Non c'è una sola cellula dell'organismo che non risenta dei cambiamenti ormonali. La ritenzione di acqua nel compartimento extracellulare causa modificazioni dell'aspetto generale. Aumenta anche il volume del sangue che si diluisce e la gestante diventa fisiologicamente "anemica". I vasi sanguigni si preparano a ricevere il maggiore flusso di sangue, diventando meno resistenti e più elastici, quindi ad alta capacità e bassa resistenza. Aumenta la ventilazione polmonare, aumenta il flusso plasmatico renale ed il filtrato glomerulare.

L'aumento di peso è un elemento costante in tutte le donne gravide; esso è dovuto a più fattori: la ritenzione idrica, lo sviluppo del bambino, la crescita dell'utero e della placenta, l'aumento del liquido amniotico. In parte l'aumento di peso è dovuto anche a un certo aumento dell'appetito.

Le trasformazioni corporee sono diverse anche da donna a donna e possono essere vissute con emozioni contrastanti. Si modificano alcuni gusti sugli alimenti per cui cibi di cui un tempo la donna poteva essere golosa vengono rifiutati e viceversa. Le indicazioni di igiene della gravidanza le impongono di attuare dei cambiamenti nelle abitudini alimentari, lavorative e nei ritmi di vita e gradualmente essa si adatta ai nuovi ritmi e alle necessità della nuova vita che sta portando dentro di sé. Ciò che avviene nel corpo ha una sua controparte nella mente. La modificazione dello schema

corporeo, i cambiamenti della propria femminilità, la ridefinizione delle posizioni all'interno del sistema familiare comportano una ridefinizione del senso di identità. La donna fantastica sul bambino; inizialmente le preoccupazioni più frequenti sono relative alla salute del piccolo, al fatto che cresca adeguatamente e che non abbia malformazioni o altre patologie. Tali preoccupazioni si attenuano notevolmente senza mai scomparire del tutto dopo l'esecuzione dei test di screening prenatale. I sentimenti di fiducia si alternano alle preoccupazioni relative al futuro del bambino; in più possono insorgere timori relativi ai cambiamenti che avverranno nel rapporto di coppia. L'intimità della coppia durante la gestazione necessita di nuovi equilibri. Molto spesso le donne vivono la sessualità in opposizione alla maternità e i rapporti sessuali tendono a diminuire anche in relazione alla credenza che il rapporto possa nuocere all'embrione in una fase così delicata. In realtà l'orgasmo genera soltanto piccole contrazioni uterine affatto pericolose a meno che non sussista già una situazione patologica.

Col progredire dell'età gestazionale cessano le paure di eventuali aborti spontanei ma subentra la paura del parto; la donna comincia a "pensarsi" nel ruolo di madre e a rivalutare il rapporto di coppia col partner.

Ecco infine giunto il momento del parto. Esperienza unica ma che può assumere diverse sfaccettature a seconda della sua evoluzione.

Se "tutto va bene", se i tempi sono veloci, se non si presentano distocie, è senz'altro un'esperienza che, per quanto faticosa, è molto gratificante per la donna. Le cose cambiano se si presentano delle distocie che determinano situazioni di sofferenza materna e/o fetale. Esse possono lasciare nella donna degli strascichi duri da elaborare come la decisione di non avere più figli.

Pur se il parto è stato "eutocico", se "tutto è andato bene" non possiamo tralasciare quel disturbo emozionale transitorio, noto come "*baby blues*", un senso di svuotamento, tristezza, malinconia, instabilità, in genere di breve durata che colpisce le donne a distanza di 3-4 giorni dal parto.

Esso è da distinguere dalla depressione post-partum vera e propria, che talvolta può instaurarsi sui sintomi del baby blues ma a differenza di questo, non recede spontaneamente, necessita di cure appropriate, di sostegno psicologico e di estrema attenzione da parte di tutta la famiglia, primo fra tutti del partner. Essa è caratterizzata da disturbi di sonno e dell'appetito, calo del desiderio sessuale, pensieri suicidari sentimenti di inadeguatezza, d'incompetenza, disperazione, collera, ipersensibilità, ansia, odio e trascuratezza verso sé stessa e verso il bambino.

La menopausa

La parola menopausa dal punto di vista etimologico significa ultima mestruazione. Se la menopausa rappresentasse solo la cessazione delle mestruazioni, sia dal punto di vista medico, che psicologico e sociale, questo evento potrebbe essere considerato dalla maggior parte delle donne un evento da accettare con sollievo perché corrisponderebbe alla cessazione di un “impiccio”, di un fastidio che ha accompagnato la donna per circa 40 anni e che in molte donne è stato accompagnato da disturbi molto rilevanti e invalidanti. Purtroppo non si tratta solo della fine del flusso mestruale e anche se si tratta di un passaggio naturale con cui ogni donna nella propria vita deve confrontarsi, la cessazione delle mestruazioni è la conseguenza della cessazione delle ovulazioni e segna pertanto la fine della vita riproduttiva femminile. Le ovaie hanno esaurito gli ovociti (le cellule uovo) hanno esaurito i follicoli, cioè quegli organuli che oltre a ospitare gli ovociti erano adibiti alla produzione degli ormoni sessuali. La donna in menopausa si trova pertanto ad essere deprivata fisiologicamente non solo della possibilità di concepire ma è deprivata anche degli ormoni sessuali. Alcune donne entrano in menopausa senza particolari fastidi, quasi senza accorgersi dei mutamenti a cui va incontro il proprio organismo; in altre la privazione degli estrogeni comporta ripercussioni sulla sfera sessuale (perdita della libido, secchezza e atrofia vaginale, ecc.), sui metabolismi lipidico e glucidico con una redistribuzione del grasso corporeo e una tendenza all’aumento ponderale. Il venir meno della funzionalità ovarica è responsabile di numerosi disturbi: i primi sintomi possono essere vampate, sudorazioni improvvise, tachicardia, insonnia, repentini cambiamenti d'umore, ansia, depressione, modificazioni della libido, difficoltà alla concentrazione. A medio termine la carenza di estrogeni induce atrofia delle mucose vaginali e dell’apparato genito-urinario, secchezza vaginale (sintomo più diffuso) con difficoltà nei rapporti genitali e fenomeni più o meno vistosi di incontinenza urinaria. A lungo termine aumenta anche il rischio di osteoporosi e il rischio cardio-vascolare per cui aumentano le fratture e il rischio di infarto miocardico che durante la vita fertile era nettamente inferiore a quello maschile e ora diventa maggiore.

Nella mentalità comune sono sintomi accettati perché considerati naturali “*a una certa età è normale che si verificano*” e non si pensa che si tratta di fenomeni disfunzionali che impattano negativamente sulla vita di relazione della donna.

Cosa è cambiato rispetto al passato?

Fino a qualche decina di anni orsono, la menopausa rappresentava quasi in evento terminale nella vita della donna. Con la menopausa cessava la capacità riproduttiva e pertanto veniva meno quello che per molte donne era considerato uno scopo esistenziale. La menopausa arrivava ad una età che coincideva con il pensionamento (nel caso di donne lavoratrici), coincideva con l’abbandono del nido da parte dei figli avendo questi raggiunto la maggiore età, coincideva con l’andropausa del coniuge e conseguente abbassamento del desiderio sessuale ben avvertito dalla donna. Per alcune donne coincideva anche col termine dell’aspettativa di vita della donna stessa. Diventa comprensibile come fino agli anni sessanta la menopausa rappresentasse un evento catastrofico per la donna.

Oggi le cose sono nettamente cambiate:

il notevole incremento dell'aspettativa di vita fa sì che dopo la menopausa la donna possa vivere per altri 30-40 anni. Non si vede per quale motivo essa debba convivere per tutti questi anni con i disturbi della menopausa.

Lo scopo principale di vita della donna non è più solo quello procreativo avendo altre occasioni e altri modi per realizzarsi.

L'abbandono del nido da parte dei figli è nettamente posticipato.

Il pensionamento e quindi la fine dell'attività lavorativa è pure esso posticipato e nella maggior parte dei casi avviene senza rammarico.

I progressi in campo sociosanitario fanno sì che se la donna attua uno stile di vita sano ed adeguato insieme ad una corretta alimentazione, possa vivere in maniera più che soddisfacente il periodo di tempo successivo alla menopausa prevenendone i disturbi. Se a tutto ciò aggiungiamo un corretto trattamento ormonale sostitutivo (TOS) ecco che la donna ha la possibilità di prevenire e/o trattare la maggior parte delle conseguenze derivate dalle carenze ormonali della menopausa. Questo non significa che ogni donna debba essere costretta ad effettuare un trattamento estrogenico sostitutivo; è tuttavia più che corretto informarla del fatto che una TOS può migliorare la qualità della vita in maniera più che significativa e del fatto che non deve avere paura di assumerla (naturalmente dopo le necessarie valutazioni mediche) in quanto i rischi sono nettamente superati dai benefici.

La donna tra salute e malattia

La medicina di genere ci insegna che le donne, pur avendo un'aspettativa di vita più lunga rispetto all'uomo (85,3 vs 81,2 anni), a causa della loro costituzione anatomico-fisiologica sono soggette a un numero di patologie ben superiori rispetto al maschio, si ammalano di più e pertanto assumano più farmaci (42% vs 32% degli uomini – dati ISTAT).

Tanto per fare alcuni esempi, nelle patologie in elenco, le donne superano gli uomini in maniera inequivocabile:

- Osteoporosi + 736%,
- Depressione + 138%,
- Allergie + 8%
- Diabete + 9%
- Cataratta + 80%
- Ipertensione arteriosa + 30%
- Patologie tiroidee + 500%
- Artrosi e artrite + 49%
- Cefalea ed emicrania + 123%
- Alzheimer + 100%

Il sistema immunitario delle donne sviluppa risposte più intense rispetto agli uomini; questo se da una parte produce risposte più favorevoli alle infezioni, dall'altra le rende più soggette alle malattie autoimmuni.

Bisogna in ogni caso chiarire che molte delle patologie sopraelencate sono la conseguenza diretta della deprivazione estrogenica che si verifica con la menopausa e pertanto sarebbero in gran parte prevenibili con un mirato trattamento ormonale sostitutivo che, sarebbe sicuramente più accettato dalle donne se ci fosse un adeguato counseling.

Molto incisivi sono i grandi cambiamenti a cui le donne vanno incontro nel corso della loro vita. Sono cambiamenti con variazioni ormonali che condizionano il loro benessere, la loro salute e la loro qualità di vita. Si tratta di “terremoti” che presuppongono una grande necessità di adattamento.

Con la pubertà si verifica il passaggio dall'infanzia all'età adulta; in questo periodo si attuano numerose trasformazioni fisiche e psicologiche, che portano la donna al conseguimento della maturazione sessuale e della capacità di procreare.

La menopausa rappresenta un altro momento di grande cambiamento; con essa cessa la funzione fertile della donna inoltre, la mancanza di ormoni che si viene a verificare espone le donne a problematiche di salute che non sono presenti nelle altre fasi della vita.

Tutte queste fasi che una donna si trova ad attraversare nell'arco della sua vita sono estremamente delicate e in quanto tali possono risentire con facilità degli eventi esterni alla donna; allo stesso tempo, in quanto stati psicofisici in continuo cambiamento possono influenzare il comportamento della donna e quindi interferire nella sua vita di relazione; l'influenza è ancora più accentuata nel momento in cui questi stati diventano disfunzionali e/o patologici.

Un tema di grande rilevanza e purtroppo di grande attualità è quello della relazione violenta, oggi, prima causa di invalidità e di morte in moltissime donne tra i 16 e i 44 anni.

È questo un tema che non possiamo approfondire ma che richiede grande preparazione e impegno a livello consultoriale.

Influenza dello stress

Per STRESS si intende in medicina la risposta funzionale con cui l'organismo reagisce ad uno stimolo più o meno violento (stressor) di natura fisica o psichica, (microbica, tossica, traumatica, mentale, emozionale) che turba il suo equilibrio interno. L'organismo risponde con una serie di reazioni biologiche con funzione difensiva.

La risposta è aspecifica e i meccanismi innescati sono sempre gli stessi. La risposta si esplica con due modalità sinergiche: una modalità neurologica e una modalità biochimica.

La risposta neurologica si attua mediante la stimolazione del Sistema Nervoso Autonomo Simpatico con liberazione di noradrenalina; la risposta biochimica si esplica con l'attivazione dell'asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene con rilascio di adrenalina e cortisolo. Quest'ultimo è l'ormone chiave dello stress.

Gli effetti metabolici del cortisolo fanno sì che venga messo a disposizione dell'organismo il glucosio necessario per far fronte alle aumentate richieste energetiche. Il cortisolo fa infatti aumentare le catecolamine e il glucosio ematico, al fine di sostenere l'azione del cervello e del sistema cardiovascolare.

È tuttavia essenziale che questo stato di attivazione sia momentaneo e che l'organismo possa, il prima possibile, tornare ad uno stato di normale equilibrio basale. Infatti quando il pericolo viene percepito come superato, si attiva il sistema nervoso autonomo parasimpatico e tornano alla "normale" funzionalità sia il sistema nervoso autonomo che l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene.

Una situazione di stress acuto è da considerare funzionale all'organismo.

Se una condizione di stress perdura eccessivamente nel tempo o se le situazioni stressanti si ripetono una dietro l'altra senza che vi sia un ritorno allo stato di "normalità", si va verso una situazione di stress cronico, che nel tempo si traduce in una progressiva disfunzionalità dei sistemi di regolazione fisiologica psicosomatica e nella comparsa di patologie stress-correlate.

L'aumento persistente nel tempo del cortisolo provoca:

- Riduzione della massa muscolare, della densità ossea e del connettivo;
- Alterazione del metabolismo di zuccheri e grassi (obesità, diabete)
- Alterazioni della coagulazione e della pressione arteriosa.
- Disfunzione degli assi ormonali gonadico e tiroideo.
- Disregolazione e inibizione del sistema immunitario con riduzione delle difese

L'eccessivo rilascio di catecolamine può provocare alterazioni del ritmo della frequenza cardiaca e ipertensione.

Agli effetti fisici si sommano gli effetti psichici e comportamentali:

- Depressione, ansia e disturbi dell'umore.
- Sintomi psiconeurotici come disturbi fisici senza malattia, sintomi gastrointestinali, alterazioni del ritmo sonno-veglia, accorciamento del respiro, affaticamento, vertigini, riduzione della libido, cefalea, tensione muscolare.
- Riduzione di autostima, vitalità, gestione emotiva,
- Pensieri ossessivi, indecisione, disadattamento sociale.

Gli effetti dello stress cronico sono identici nell'uomo e nella donna. È un dato di fatto che la donna è sottoposta a stress cronico in misura nettamente maggiore rispetto all'uomo a causa delle variazioni cicliche ormonali e di natura psico-comportamentali; non esiste infatti donna che nel corso della sua giornata non si trovi svolgere più funzioni contemporaneamente (comportamento multitasking specifico del genere femminile). Ciò fa sì che lo stress cronico colpisca le donne in misura maggiore rispetto agli uomini e spiega in buona parte la maggiore incidenza nel sesso femminile delle patologie elencate nel paragrafo precedente.

Le alterazioni del ciclo mestruale

Come abbiamo avuto modo di vedere, il fisiologico evolversi dei meccanismi legati alla funzione riproduttiva femminile si estrinseca attraverso il normale ciclo mestruale ovulatorio comprendente la fase follicolare nella quale avviene la maturazione del follicolo, l'ovulazione mediante lo scoppio del follicolo medesimo e la fase luteinica in cui si ha l'attività del corpo luteo derivato dal follicolo dopo il suo scoppio fino al suo esaurimento con la mestruazione nel caso che non sia sopravvenuta una gravidanza.

Il ciclo mestruale in tutti i suoi aspetti viene mantenuto regolare dalla integrità anatomofunzionale degli organi dell'apparato riproduttivo e di tutto l'organismo.

I processi neuroendocrini che sono alla base della sua regolazione sono talmente delicati che eventi esterni alla donna possono esercitare la loro influenza favorendo la regolarità o l'irregolarità.

Questo significa che si possono avere alterazioni del ciclo non solo se viene alterata l'anatomia (es. assenza dell'utero) o la fisiologia degli organi dell'apparato genitale (es. disfunzioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio) ma anche se si altera la funzionalità di altri organi o apparati nel resto dell'organismo (es. disfunzioni delle ghiandole endocrine come la tiroide e le ghiandole surrenali, del sistema della coagulazione ematica, della regolazione dei metabolismi glucidico e lipidico). A queste vanno aggiunti gli effetti psicologici provocati da fattori ambientali.

Le irregolarità del ciclo mestruale esercitano una loro influenza sulla vita interiore e relazionale della donna sia per i disagi di cui sono direttamente responsabili, sia perché possono essere espressione di patologie di cui l'irregolarità mestruale costituisce solo l'epifenomeno di problemi ben più gravi come problemi genetici, problemi metabolici, sterilità, ecc.

Tra le principali irregolarità del ciclo troviamo:

- L'amenorrea: completa assenza del flusso mestruale; di essa si distinguono forme primitive per il fatto che la mestruazione non è mai comparsa e forme secondarie che insorgono dopo un periodo più o meno lungo di presenza di mestruazioni.
- L'oligomenorrea: comparsa di mestruazioni ritardanti.
- L'ipomenorrea: mestruazioni scarse e di breve durata.
- Sanguinamenti vaginali anomali: sanguinamenti dell'utero che non seguono il normale andamento dei cicli mestruali per cui le mestruazioni si presentano in maniera irregolare o durano più a lungo o sono più abbondanti. Ritroviamo:
 - La polimenorrea: comparsa di flussi mestruali ravvicinati, ogni 15-23 giorni circa.
 - L'ipermenorrea: mestruazioni abbondanti.
 - La menorragia: mestruazioni abbondanti e di durata superiore alla norma.
 - La menometrorragia: mestruazione abbondante con espulsione di coaguli e che a differenza della menorragia si protrae per maggior tempo.
- Ciclo anovulatorio: ciclo mestruale più o meno regolare ma privo dell'ovulazione.

Le sindromi dolorose della donna

La Dismenorrea

La dismenorrea è un problema molto diffuso tra le donne, interessa infatti il 14-60% di esse e prevale tra le adolescenti. Già Ippocrate la descriveva nel 400 a.c. circa come una malattia causata dal ristagno di sangue nell'utero.

La dismenorrea consiste in un insieme di sintomi dolorosi di varia entità localizzati prevalentemente al basso ventre (forma più frequente), nella regione lombare e alla testa (cefalea). I sintomi iniziano subito prima della mestruazione, raggiungono la massima intensità del dolore nelle prime 24 ore dopo la comparsa del flusso mestruale e si attenuano fino a scomparire entro la fine della mestruazione.

L'intensità del dolore è molto varia: si parte da situazioni di dolore pelvico appena accennato, in assenza di sintomi sistemici, che non influenza la vita sociale e non ha bisogno di trattamenti antidolorifici per arrivare a mestruazioni molto dolorose, in presenza di sintomi sistemici, con ripercussioni sulla vita sociale e necessità di terapia analgesica, peraltro a volte poco efficace.

La dismenorrea può essere primaria quando si presenta fin dal menarca e non è causata da alcuna patologia specifica. È la forma più frequente. Generalmente si attenua col passare degli anni e scompare con la gravidanza e il parto.

La causa del dolore è da ricercare nelle contrazioni uterine necessarie per espellere il sangue e le cellule dell'endometrio che si sfaldano dalla parete uterina. L'attività contrattile dell'utero è infatti provocata dalle prostaglandine che sono le sostanze responsabili del dolore. Più è alto il livello di prostaglandine e maggiore sarà l'intensità del dolore mestruale.

Mentre la dismenorrea primitiva non ha una causa apparente, la dismenorrea secondaria è causata da patologie ginecologiche ben definite come:

- l'endometriosi,
- le malformazioni congenite: imene imperforato; atresia del canale cervicale; utero bicornuto con corno non comunicante con la cervice; vagina doppia con emivagina non comunicante;
- la malattia infiammatoria pelvica;
- fibromi uterini di notevoli dimensioni;
- il varicocele pelvico;
- la presenza di un dispositivo intrauterino (spirale);
- la stenosi del canale cervicale acquisita.

Nella dismenorrea secondaria inoltre il dolore non compare dai primi flussi ma coincide con l'inizio della patologia ginecologica che lo ha causato; è più tardivo ed ingravescente in quanto tende ad aumentare col trascorrere dei giorni di flusso mestruale.

Enorme è il numero di ragazzine che sono costrette a trascorrere a letto o comunque a saltare la scuola il primo giorno di mestruazione a causa della dismenorrea primitiva. Purtroppo anche questa è considerata da alcune donne come un evento naturale e le spinge a contrastarla con metodi empirici senza ricercarne la causa, senza fare una

corretta valutazione ginecologica al fine di distinguere la dismenorrea primaria dalla secondaria e procedere con un iter diagnostico che consenta di scoprirne le cause e quindi programmare un corretto piano terapeutico.

Sindrome premenstruale

Nei giorni che precedono la mestruazione, la quasi totalità delle donne avverte lievi sensazioni di irritabilità, momenti di variazioni o cali dell'umore, tensione o ansia, mancanza di energia, aumento dell'appetito; questi sintomi, se presenti in forma leggera, inducono nella donna la presa di coscienza dell'imminente sopraggiungere delle mestruazioni e non influiscono sulla vita di relazione.

La **Sindrome Premenstruale** è invece una sindrome eterogenea comprendente un insieme di sintomi fisici, emotivi e comportamentali che interferiscono nelle prestazioni sociali e lavorative; si manifestano esclusivamente durante la fase luteinica del ciclo mestruale e si risolvono con l'inizio della mestruazione. Essa comprende:

- irritabilità con scoppi di rabbia,
- ansia,
- confusione,
- depressione,
- aumento dell'appetito con crisi di fame,
- isolamento sociale,
- gonfiore addominale,
- ipersensibilità e tensione mammaria,
- cefalea,
- dolore muscolare e articolare,
- gonfiore delle estremità,
- aumento di peso.

Questa forma moderata di sindrome premenstruale interessa circa il 20-30% delle donne.

Nei casi in cui il grado di intensità e severità di questi sintomi è tale da provocare un "distress" che invalida la donna nella vita quotidiana, personale e relazionale, la sindrome premenstruale assume la connotazione di **Sindrome Disforica della Fase Luteinica Tardiva** e viene elencata nel Manuale Diagnostico e Statistico per i Disturbi Mentali (DSM-5). I sintomi che devono essere presenti affinché si possa parlare di Sindrome Disforica della fase premenstruale sono:

- Marcata labilità affettiva con sbalzi d'umore, tristezza o pianto improvvisi.
- Marcata ansia e irritabilità con aumento dei conflitti interpersonali.
- Umore marcatamente depresso, sentimenti di disperazione o pensieri autocritici.
- Letargia da eccessivo affaticamento.
- Marcata modificazione dell'appetito con alimentazione eccessiva fino alla bulimia.

- Insonnia.
- Sintomi fisici come sensibilità o tensione mammaria, artralgie o mialgie, sensazione di “gonfiore” sia addominale che mammario e reale incremento di peso anche da ritenzione idrica.

Questa forma interessa il 3-8% della popolazione femminile e va distinta da disturbi psichiatrici di altra natura che, a differenza della sindrome premestruale e della sindrome disforica, non hanno una incidenza ciclica ma continua o con fluttuazioni che in nessun modo sono rapportabili col ciclo mestruale.

Endometriosi

L'endometriosi è una malattia dell'apparato genitale femminile, caratterizzata dalla presenza di endometrio in aree in cui non dovrebbe essere presente; può quindi essere localizzata in parti non appropriate dell'utero – adenomiosi – come il miometrio (strato muscolare) e il perimetrio (strato esterno, sieroso), come può essere localizzata al di fuori dell'utero (tube, ovaie, peritoneo, anse intestinali, fino ad interessare in rari casi organi extraddominali).

Come abbiamo già detto, la cavità uterina è tappezzata da una mucosa costituita da cellule endometriali. Esse, come abbiamo già accennato parlando del ciclo mestruale, risentono degli stimoli ormonali che si modificano nel corso del ciclo. L'endometrio si rigenera e cresce di spessore durante la fase proliferativa, si imbibisce e diventa più vascolarizzato durante la fase secretiva e si sfalda con perdite di sangue durante la mestruazione.

Le cellule dell'endometriosi sono del tutto simili a quelle dell'endometrio normale, sono provviste di recettori ormonali e pertanto rispondono agli stimoli ormonali nella stessa maniera delle cellule endometriali. Dal punto di vista fisiopatologico, il problema nasce dal fatto che mentre le cellule endometriali regolarmente posizionate nella cavità uterina, al momento della mestruazione si staccano e vengono espulse all'esterno dell'organismo col flusso mestruale, le cellule endometriotiche oltre che disseminarsi, rimangono nella sede in cui si erano localizzate inizialmente. Esse per di più hanno un'alta adesività che permette loro di aderire a strutture extrauterine addominali e questo fa sì che rimangano raccolte nella sede in cui si sono localizzate insieme al sangue, che ha una notevole azione irritante sui tessuti. Questo genera aderenze tra organi contigui e dolore nonché la formazione di cosiddetti endometriomi o cisti endometriotiche.

Le aderenze e le dislocazioni, nonché lo stato infiammatorio cronico, sono causa di sterilità (30-40% dei casi) e l'impatto della malattia sulla vita personale e di relazione della donna è alto e molto invalidante.

Il dolore è quello tipico della dismenorrea secondaria ma che compare poco dopo l'inizio della mestruazione con tendenza all'aumento verso la fine; negli stati più avanzati diventa un “dolore pelvico cronico”, quindi sganciato dal ciclo mestruale e a localizzazione anche diversa da quella addominopelvica; può essere persino toracico se la localizzazione dell'endometriosi è pleurica. In ogni caso provoca una netta riduzione della qualità della vita.

Il dolore pelvico cronico è un dolore non esclusivamente mestruale, esso perdura nel tempo e può essere causato non solo dalla endometriosi e altre patologie ginecologiche ma anche da: patologie gastrointestinali, urologiche, psichiatriche, muscoloscheletriche e reumatologiche.

L'endometriosi colpisce circa il 10-15% della popolazione femminile. Si pensa che su circa 7 milioni di donne al mondo che soffrono di endometriosi, 5 milioni sono affette da dolore pelvico cronico e un milione va incontro a sterilità.

La combinazione delle due conseguenze cliniche (lo stato infiammatorio cronico e la sterilità), oltre alla sofferenza fisica e psicologica, si ripercuotono sulla vita di relazione, familiare e sociale della donna.

La vulvodinia

La vulvodinia è una sindrome caratterizzata da dolore cronico, persistente, localizzato nell'area vulvare, in assenza di lesioni vulvari identificabili; colpisce circa il 15-16% delle donne e il suo impatto sulla qualità della vita sessuale e relazionale è tale da condizionarne la vita.

Spesso alla diagnosi di vulvodinia si arriva con un ritardo che può raggiungere i 5-6 anni dall'inizio dei sintomi, dopo che la donna si è sottoposta a numerose visite, infruttuosi tentativi terapeutici, sofferenza, perdita di numerosi giorni di lavoro e grande dispendio economico.

L'assenza di lesioni clinicamente obiettivabili insieme alla scarsa conoscenza da parte degli stessi medici, ha fatto sì che fino a oggi sia stata spesso considerata come una patologia di tipo psicosomatico o esclusivamente legato alla sfera emotiva.

Negli ultimi decenni sono stati compiuti molti progressi nella comprensione dei meccanismi fisiopatologici alla base di questa patologia, il che ha consentito alla vulvodinia di avere una sua precisa identità nosologica.

Il dolore può essere localizzato su tutta l'area vulvare o solo in una parte di essa; è caratterizzato da sensazione di bruciore intimo, irritazione e ipersensibilità vulvare senza alcuna infezione in atto, sensazione di punture di spillo indipendentemente dalla posizione assunta, può essere esteso all'area anale e può essere esacerbato dal flusso mestruale, da uno stimolo tattile, da indumenti stretti o da un rapporto sessuale ammesso che il dolore lo consenta.

Fattori psicologici ed emotivi come ansia, depressione e stress cronico, possono predisporre, mantenere o esacerbare la vulvodinia e allo stesso tempo possono esserne la conseguenza.

In alcuni casi la vulvodinia può coesistere col dolore generato da altre patologie croniche dolorose concomitanti al di fuori dell'apparato genitale come il colon irritabile, la fibromialgia e la cistite interstiziale e postcoitale.

Lo stile di vita della donna affetta da vulvodinia ruota intorno al dolore e al pensiero che qualsiasi evento sarà condizionato da esso. L'attenzione della donna è sempre rivolta al dolore il che porta sovente vissuti di inadeguatezza, impotenza, impossibilità di gestire la propria vita, frustrazione per l'impossibilità di sentirsi

libera in ogni forma di relazione; paura di non poter mai avere rapporti e quindi di non poter avere un figlio.

Infatti, questa patologia condiziona pesantemente la vita sessuale e la relazione di coppia; si assiste a calo del desiderio secondario al solo pensiero che qualsiasi contatto, anche il minimo è doloroso o fa ingigantire il dolore che già si prova.

La causa del dolore risiede nella dislocazione (superficializzazione) delle terminazioni nervose conduttrici del dolore negli strati più superficiali delle mucose; questo le rende più facilmente stimolabili e di conseguenza la soglia del dolore si abbassa al punto che un normale stimolo tattile diventa uno stimolo doloroso. Si tratta dunque di un dolore neuropatico.

Il trattamento è difficile perché le cause che hanno innescato il processo fisiopatologico possono essere diverse e altrettanto diverse possono essere le capacità di risposta dell'organismo. Per tale motivo le possibilità di risposta sono variabili e soggettive; le terapie devono essere personalizzate e in molti casi è necessario il contributo di più professionisti che lavorino con metodica interdisciplinare.

La dispareunia

La dispareunia è una patologia ginecologica invalidante che interessa circa il 10-20% delle donne, incidenza che può raggiungere il 40% dopo la menopausa e ha un profondo impatto sulla vita sessuale. Si manifesta con un dolore genitale che può essere avvertito durante ma, anche prima e/o dopo un rapporto sessuale.

La dispareunia esiste anche nel sesso maschile questa ha tuttavia un'incidenza infinitesimale rispetto a quella femminile.

La dispareunia può essere "*superficiale*" quando il dolore è localizzato a livello vulvare; oppure, "*profonda*", quando il dolore è avvertito nella parte più profonda della vagina; in ambedue i casi il dolore compare con l'inizio della penetrazione e può perdurare anche dopo la fine del rapporto. Si definisce "*primaria*" quando i sintomi compaiono già col primo rapporto sessuale oppure "*secondaria*" quando la sintomatologia dolorosa insorge nei tempi successivi.

L'aspetto ludico della genitalità vuole che il rapporto sia accompagnato dal piacere sessuale. Il fatto che la donna ad ogni rapporto, invece del piacere si aspetti di provare dolore, fa sì che in base al grado di dolore che viene avvertito, si verifichi un abbassamento del desiderio sessuale, bassi livelli di eccitazione e quasi totale assenza di orgasmo, anche perché il dolore si può verificare con la sola congestione legata alla eccitazione e quindi anche in assenza di penetrazione. Tutto ciò si traduce in una maggiore incidenza dei disturbi sessuali e un atteggiamento negativo verso la sessualità con conseguente insoddisfazione nella relazione di coppia, allontanamento reciproco e quindi possibilità di aumento di tensioni e conflitti.

Le cause della dispareunia possono essere attribuite a patologie locali e a situazioni psicologiche.

Tra le cause psicologiche riscontriamo traumi da abusi e violenze, stati di ansia e di stress.

Tra le cause di natura fisica riscontriamo:

- Il Vaginismo: una contrazione involontaria della muscolatura del pavimento pelvico che crea un ostacolo fisico alla penetrazione vaginale
- La Vulvodinia e dolore pelvico cronico: in questi casi il dolore è presente anche senza contatto sessuale. Vedi capitolo precedente.
- L'endometriosi anche di questo abbiamo già parlato in precedenza
- Alterazioni Ormonali: atrofia della mucosa vaginale da carenza di estrogeni come in menopausa con perdita di elasticità, restringimento dell'ostio vulvare e ridotta lubrificazione.
- Reazioni allergiche al preservativo
- Lesioni cicatriziali da pregressa episiotomia o altre lacerazioni vulvovaginali sia da parto che non.
- Anomalie anatomiche congenite.
- Ipertono muscolare.
- Malattie Infettive: come uretriti, vaginiti, Verruche genitali estese Herpes genitalis, Infezioni delle ghiandole del Bartolino e malattia infiammatoria pelvica (PID).
- Patologie Dermatologiche vulvari come il lichen scleoatrofico.

Come abbiamo visto per la vulvodinia, anche le pazienti affette da dispareunia si vengono a trovare in situazioni complesse e pertanto la presa in carico avrà più possibilità di successo se sarà ad opera di un team interdisciplinare e non di un singolo professionista della salute.

La sterilità

Si intende per sterilità la situazione per cui una donna non riesce ad ottenere una gravidanza, cioè non riesce a concepire dopo 1-2 anni di rapporti intenzionalmente fertili.

Va distinta dalla “**infertilità**”, che è invece quella situazione per la quale, pur avvenendo il concepimento, la donna non riesce a portare avanti la gravidanza, che esita in aborto spontaneo.

La sterilità in totale interessa circa il 15% delle donne ed è in costante aumento.

La sterilità femminile costituisce circa il 40% dei casi di sterilità della coppia; un altro 40% è dato dalla sterilità maschile e nel 20% dei restanti casi si parla di sterilità di coppia in quanto la sterilità viene a dipendere dalla presenza contemporanea di fattori maschili e femminili, non sufficienti da soli a determinare questa patologia se lui o lei cercassero un concepimento con altra persona.

Ci occuperemo della sterilità della donna.

Se si escludono i casi in cui la sterilità dipende dalla impossibilità di avere rapporti, le cause possono essere le seguenti:

- alterazioni ormonali
- alterazioni tubariche
- patologie uterine
- età della paziente
- malattie sistemiche o genetiche.

Cause ormonali: Come abbiamo visto parlando del ciclo ormonale della donna, la fase fertile è caratterizzata dal susseguirsi dei cicli ovarici, all'interno dei quali, l'evento principale non è la mestruazione (che costituisce solo l'evento più appariscente) ma è l'ovulazione. Ad ogni ciclo infatti si deve verificare la crescita e la selezione di un follicolo ovarico che con il suo scoppio libera l'ovulo affinché possa essere catturato dalla tuba ed ivi essere fecondato. L'ovulazione avviene in genere circa 14 - 12 giorni prima della mestruazione successiva. Alla ovulazione si può giungere solo se la produzione dei neuroormoni e degli ormoni dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio è ottimale; basta che uno solo dei tre componenti alteri la propria funzionalità per disfunzioni derivate anche di altri organi o apparati perché tutto il processo che conduce alla ovulazione venga interrotto.

Cause tubariche: Le tube sono due delicatissimi organi canalicolari al cui interno avviene l'incontro tra il gamete femminile e quello maschile e quindi il concepimento. Perché ciò avvenga è necessario che le tube siano pervie e che siano integre in tutta la loro struttura e libere da aderenze.

Le tube possono facilmente essere danneggiate da infezioni anche di lieve entità paucisintomatiche, ma di durata tale da provocarne l'occlusione; da aderenze pelviche provocate da interventi chirurgici addominali e da processi endometriosici.

Cause uterine: L'utero è l'organo che accoglie l'embrione dopo il concepimento e lo ospita per tutta la durata della gravidanza. La sua assenza o malformazioni o alterazioni endometriali (aderenze) interferiscono con la capacità procreativa prima perché impediscono agli spermatozoi di raggiungere le tube e poi perché ovviamente non consentono di ospitare la gravidanza.

Tra le cause uterine particolare importanza riveste il fattore cervicale cioè le patologie del collo dell'utero. Il collo dell'utero ha al suo interno il canale cervicale il quale mette in comunicazione la cavità vaginale con la cavità uterina. Il canale cervicale è tappezzato da uno strato di cellule cilindriche mucosecernenti. Il muco cervicale ha un ruolo essenziale in quanto, come vedremo, nei giorni immediatamente precedenti l'ovulazione assume delle caratteristiche che gli consentono di proteggere, nutrire, veicolare e capacitare gli spermatozoi. La chiusura del canale cervicale o l'alterazione qualitativa del muco cervicale causata da processi infiammatori o la presenza anticorpi antispermatozoi, diventa così un importante fattore di sterilità.

Malattie sistemiche, fattori nutrizionali, abitudini di vita: Vi rientrano tutte quelle situazioni, patologie e sostanze tossiche e inquinanti che possono interferire a tutti i livelli con la funzione riproduttiva. La loro azione, come quella dei chemioterapici o delle radiazioni si può attuare in maniera acuta e determinante sulla fertilità oppure gli effetti si possono aggiungere ad altri nel tempo portando alla sterilità per sommazione.

Troviamo:

- Disordini della tiroide, malattie delle ghiandole surrenali, malattie epatiche o renali.
- Esposizione a sostanze tossiche quali pesticidi dell'agricoltura, solventi presenti in vernici, a metalli pesanti (mercurio, arsenico, piombo, cadmio etc.), a radiazioni e inquinamento.
- Farmaci chemioterapici e immunodepressori.
- Sostanze stupefacenti, fumo ed alcool.
- Diete incongrue, stress, anoressia o eccesso ponderale.

Fattore età: i cambiamenti negli stili di vita e le esigenze sociali e lavorative fanno sì che la donna procrastini sempre di più il momento in cui dare inizio a una gravidanza. L'età di 38 – 40 anni che anni addietro ci induceva a definire la donna gravida con l'appellativo di “*attempata*”, oggi per molte donne costituisce il periodo più propizio per la prima gravidanza.

Sappiamo tuttavia che la capacità riproduttiva femminile subisce un declino con l'avanzare dell'età; la donna nasce con un patrimonio follicolare predeterminato di circa 400 follicoli che va incontro a progressivo esaurimento. A questo è necessario aggiungere che gli stessi follicoli rimasti e tutto l'apparato riproduttivo femminile sono soggetti a invecchiamento e all'usura determinata nel tempo dagli insulti che si sono verificati e in qualche modo, per effetti sommatori, possono aver lasciato una “cicatrice” su una componente morfologica o funzionale dell'apparato riproduttivo riducendone progressivamente la capacità di svolgere la propria funzione.

Trattamento della sterilità: Come le cause della sterilità sono molteplici, altrettanto molteplici dovrebbero essere pertanto gli approcci terapeutici mirati alla risoluzione delle stesse cause. Quel che più conta è tuttavia la prevenzione perché molte cause

sono prevedibili e prevenibili. I trattamenti nella maggior parte dei casi richiedono tempo, mesi e talvolta anni. Se consideriamo l'età in cui la donna oggi sceglie di avere una gravidanza, se consideriamo il tempo fisiologico dei tentativi falliti, necessario a indurre il sospetto di una situazione di sterilità o quanto meno il sospetto che ci possono essere delle difficoltà, si comprende che il tempo a disposizione per ricercare ed approfondire le cause viene a mancare. Ecco quindi il facile ricorso alla procreazione medicalmente assistita la cui attuazione, oltre a richiedere un grande impegno fisico, psicologico e in certi casi economico, non si può certo considerare la panacea della cura della sterilità in quanto le percentuali di successo a tutt'oggi sono sempre limitate e si riducono gradualmente con l'avanzare dell'età.

Quel "senso di onnipotenza" dato dalla cieca fiducia verso i progressi della medicina per il quale la coppia poteva pensare che ogni problema si potesse risolvere senza difficoltà, cede spesso il posto allo scoraggiamento e talvolta alla disperazione.

L'impatto che la diagnosi di sterilità ha sulla coppia la induce a confrontarsi con un modello culturale che vede la genitorialità come naturale evoluzione del rapporto di coppia. Sia l'uomo che la donna devono rimettere in discussione la propria identità che non può più fondarsi sulla capacità riproduttiva. Stare in coppia senza avere figli significa ridefinire un progetto di vita e impegnarsi per rinnovarlo insieme. La consapevolezza di non poter avere un figlio, se a volte fa emergere risorse sopite, altre volte fa emergere disfunzionalità. Nelle coppie affette da sterilità spesso possiamo riscontrare alti livelli di ansia, sintomi depressivi, senso di insoddisfazione e frustrazione, senso di colpa e di inadeguatezza, problemi sessuali e problemi relazionali sia all'interno che al di fuori della coppia stessa. Tutto questo si manifesterà in maniera ancora più accentuata in uno dei due partner nel caso in cui si cerchi di ricorrere alla fecondazione artificiale eterologa.

Ecco quindi la necessità di un counseling adeguato e ben programmato necessario a sostenere la coppia in tre momenti diversi:

- durante la fase diagnostica,
- durante i trattamenti terapeutici,
- dopo l'esito, nel caso che sia positivo ma ancor di più nel caso in cui sia stato infruttuoso.

Il consultorio ha quindi il compito di sostenere la coppia nel percorso diagnostico-terapeutico, di aiutarla ad elaborare l'eventuale diagnosi di sterilità, di affrontare le ansie del diventare genitori in caso di successo delle terapie ma soprattutto di accompagnarla nella accettazione e nella elaborazione del lutto in caso di insuccesso in quanto, se ciò non avviene, non può esserci spazio per un nuovo progetto all'interno della coppia come potrebbe essere un percorso mirante all'affido o all'adozione.

Aborto spontaneo

La più recente definizione di aborto spontaneo data dall'OMS nel 2001 è: “Il parto di un feto morto sotto le 22 settimane di età gestazionale o la diagnosi di morte fetale prima delle 22 settimane di età gestazionale senza tener conto dell'epoca di espulsione del feto e con peso neonatale minore di 500 grammi”. Tale definizione differisce dalla definizione data dalla legge italiana che considera aborto la morte del feto o dell’embrione a 25 settimane e 5 giorni, quindi tre settimane dopo. La motivazione sta nel fatto che perché un parto possa essere considerato abortivo, è necessario che non ci sia possibilità di sopravvivenza per il neonato. I progressi in campo neonatologico hanno fatto sì che i neonati che tra la ventiduesima e la venticinquesima settimana di gestazione hanno oggi concrete possibilità di sopravvivenza. Questo ha indotto l’OMS ad anticipare di tre settimane la data. Allo stato attuale prima della ventiduesima settimana un neonato non ha la possibilità di sopravvivere nemmeno con le moderne tecniche di rianimazione neonatale.

L’aborto spontaneo incide per circa il 20% su tutte le gravidanze.

Le cause consistono in:

- Età > 35 anni. Ovviamente il problema non è nell’età in sé ma è nei danni di natura genetica che aumentano con il passare degli anni.
- Uso di sostanze come droghe, alcool, fumo e sostanze tossiche varie.
- Malattie sistemiche materne (diabete, ipertensione, patologie tiroidee, patologie autoimmunitarie, infezioni).

L’aborto può ripetersi più volte nella vita della donna. Fino a poco tempo addietro, veniva fatta la distinzione tra aborto ripetuto e aborto ricorrente.

Nel primo caso si considerava un aborto successivamente ad un altro episodio mentre la definizione di aborto ricorrente voleva che gli episodi fossero almeno tre. Oggi si tende a considerare aborto ricorrente anche il susseguirsi di due soli episodi. Tale necessità nasce dal fatto che l’aborto ricorrente richiede un approfondito studio finalizzato alla ricerca delle cause che possono averlo provocato e quindi, aspettare anche il terzo aborto prima di cominciare a ricercarne le cause, considerata l’età materna attuale, significherebbe andare ad aggiungere cause legate all’età materna a quelle che possono aver provocato i primi due.

La perdita del bambino si può verificare comunque anche in epoche successive della gravidanza e la differenza di età gestazionale comporta modalità diverse con cui l’aborto si manifesta. Esso può essere preceduto da una serie di segni e sintomi premonitori, come si può presentare all’improvviso con espulsione totale o parziale dell’embrione e degli annessi, come pure può succedere che il bambino muoia in utero e della sua morte ci si accorga solo successivamente. Mentre nel primo caso è sufficiente una “*revisione della cavità uterina*”, nel secondo caso sarà necessaria una stimolazione che induca l’insorgenza di contrazioni uterine al fine di espellere il bambino e gli annessi. La procedura diventa tanto più complessa, dolorosa e con ripercussioni fisiche e psicologiche quanto più la gravidanza è inoltrata.

Abbiamo detto quanto precocemente la donna possa sentire di essere gravida.

Contribuiscono a ciò i primi cambiamenti corporei ma già dall’inizio della

gravidanza la madre entra in comunicazione col figlio e per quanto l'esperienza di perdere un bambino possa essere diversa da una donna all'altra, le conseguenze di un aborto sono enormi.

La donna spesso ne esce devastata. Rappresentano elementi comuni il lutto, la vergogna, il senso di colpa fino ad arrivare ad una sindrome da stress posttraumatico che può durare mesi o anche anni, anche se in seguito si sono avute altre gravidanze regolarmente portate a termine ed espletate con la nascita di bambini sani.

È necessario l'affetto e il sostegno della famiglia; è necessario che queste donne vengano aiutate ad esprimere il loro dolore, ma tante volte la famiglia non è in grado di fornire un adeguato sostegno. Ecco allora la grande utilità del consultorio che può mettere la donna che ha abortito al centro di un percorso di cura che accanto agli aspetti biomedici preveda un accompagnamento psicologico.

Interruzione volontaria della gravidanza

L'OMS include nella mortalità perinatale solo i feti nati morti con un peso alla nascita pari o superiore a 1000 grammi o di 28 o più settimane di gestazione. Se nella casistica di mortalità perinatale potessero essere inclusi anche gli aborti, sia spontanei che volontari, l'aborto procurato rappresenterebbe la maggior causa di morte perinatale dopo quello spontaneo.

In Italia con la legge 194 del 22 maggio 1978 l'aborto volontario è stato reso un atto legale ed ha assunto il nome di "*Interruzione volontaria della gravidanza*".

La legge 194 prevede due diverse situazioni: l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi 90 giorni e quella dopo i primi 90 giorni.

Nel primo caso, l'art. 4 della legge recita, "*l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico istituito ai sensi dell'articolo 2, lettera a), della legge 29 luglio 1975 numero 405, o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia*".

Nel secondo caso, l'art.6 della legge recita "*l'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, secondo l'art. 6 della legge 194, può essere praticata:*

- A. *quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;*
- B. *quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.*

Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto".

Per noi sono molto interessanti gli articoli 2 e 5:

L'art 2 recita: "*I consultori familiari,, assistono la donna in stato di gravidanza:*

- a) *informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;*
- b) *informandola sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante;*

c) attuando direttamente o proponendo allo ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a);

d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza”.

L'art. 5 recita: **“Il consultorio e la struttura socio-sanitaria, oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto”.**

I due articoli consentirebbero a tutti i consultori, compresi i nostri, un grosso margine di attività di prevenzione dell'aborto mediante un adeguato counseling. Dobbiamo tuttavia porci una domanda: Il counseling viene sempre effettuato? Viene effettuato in maniera corretta? Sicuramente i nostri consultori sarebbero più che qualificati per farlo ma non sono autorizzati.

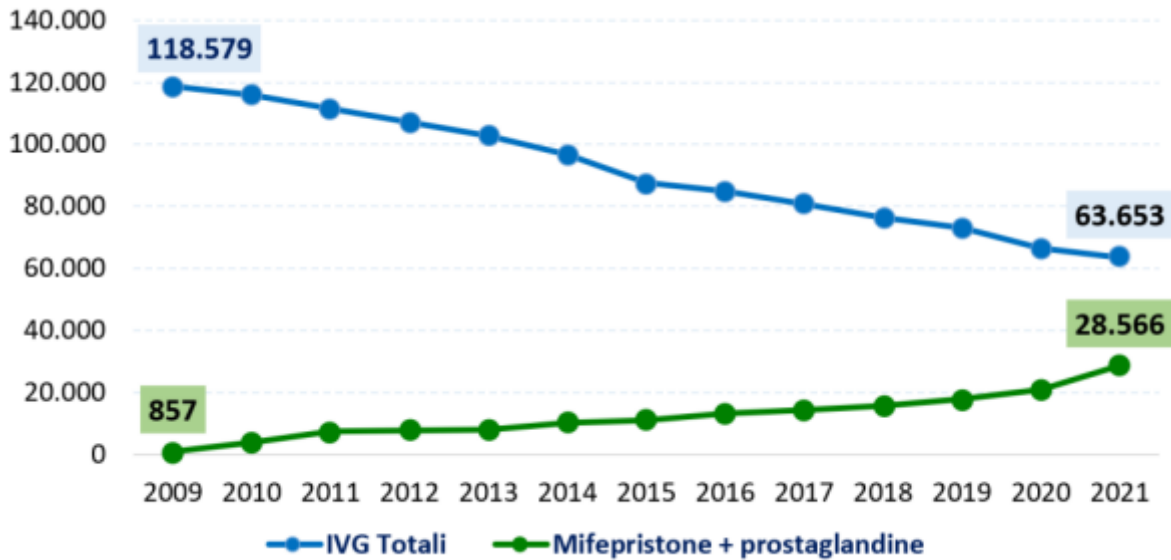
Modalità di esecuzione dell'IVG

L'IVG oggi può essere effettuata con metodo chirurgico in ambito ospedaliero oppure con metodo farmacologico in cui l'aborto viene provocato dalla assunzione di due farmaci dei quali, il primo è una molecola antiprogesterinica: il Mifepristone un antiormone che agisce bloccando gli effetti del progesterone, ormone necessario alla prosecuzione della gravidanza; il secondo è una prostaglandina che ha il compito di indurre le contrazioni necessarie per espellere l'embrione con gli annessi.

Fino al 2020 l'aborto farmacologico doveva essere effettuato in ambito ospedaliero come quello chirurgico. Nell'agosto 2020 il Ministero della salute ha emanato una circolare di aggiornamento riguardante il metodo farmacologico sostenuta dalla “determina” dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) emanata nello stesso periodo che ha rimosso alcuni precedenti vincoli di uso del farmaco, fra i quali quello che imponeva il ricovero dal momento dell'assunzione del farmaco fino alla verifica dell'espulsione del prodotto del concepimento.

Di seguito viene presentata una tabella ministeriale con i dati statistici. La linea in alto rappresenta gli aborti effettuati annualmente col metodo chirurgico, quella in basso rappresenta gli aborti effettuati con metodo farmacologico. La somma fornisce il numero di interventi effettuati annualmente.

Ovviamente non sono compresi nella statistica gli aborti clandestini, ancora presenti e i criptoaborti.



Caratteristiche delle donne che fanno ricorso a IVG (*Estratto dell'ultima relazione ministeriale sull'applicazione della legge 194/78*)

IVG per classe di età:

Il ricorso all'IVG nel 2021 è diminuito o stabile in tutte le classi di età rispetto al 2020, tranne che per le donne nella fascia di età IVG per stato civile: La percentuale di donne nubili che hanno effettuato IVG nel 2021, pari al 59,5%, presenta un lieve incremento rispetto al 2020 (58,0%). Questo aumento registrato negli anni è in parte ascrivibile alla diminuzione della quota di coniugate nella popolazione generale e alla maggior diminuzione del ricorso all'IVG tra le donne coniugate).

IVG per titolo di studio:

Nel 2021, oltre l'80% delle IVG è stato effettuato da donne con licenza media superiore (45,9%) e inferiore (34,9%).

IVG per stato occupazionale:

Tra le donne che hanno eseguito IVG nel 2021, il 47,2% risulta occupata, in lieve aumento rispetto al 2020, quando le occupate erano il 46,5%.

IVG di donne straniere:

Dopo un aumento importante nel tempo, le IVG tra le donne straniere si sono stabilizzate e negli ultimi anni hanno mostrato una tendenza alla diminuzione. Nel 2021 le IVG effettuate da donne straniere rappresentano il 27,1% del totale delle IVG praticate in Italia (valore inferiore al 28,5% rilevato nel 2020). Nel 2020, ultimo anno per cui si dispone del tasso di abortività delle donne straniere, il valore era pari a 12,0 per 1.000 donne, dato che mostra una tendenza alla diminuzione, ma si

mantiene comunque più elevato rispetto a quello delle donne italiane (5,0 per 1.000 donne nel 2020).

IVG per numero di nati vivi:

Nel 2021 considerando i 400.249 nati secondo ISTAT, le IVG sono state il 15,9% delle nascite. Nel 2021 il 40,2% delle IVG è stato effettuato da donne senza figli, valore in aumento rispetto al 39,0% del 2020.

IVG ripetute:

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva continua a diminuire e, nel 2021, è risultata pari al 24,0% (24,5% nel 2020).

Come tutti i trattamenti medici e chirurgici anche l'IVG è soggetta a complicanze.

Complicanze dell'IVG con metodo chirurgico:

- emorragia grave 0,1%
- perforazione uterina 0,1%
- danno al collo uterino 0,2%

Complicanze dell'IVG con metodo farmacologico

- nausea 40%
- vomito 20%
- diarrea 15%
- cefalea 2-30%
- algie pelviche che necessitano di trattamento medico 20%
- perdite ematiche della durata di alcuni giorni (fino a due settimane, in media 9 giorni)

Le infezioni senza evidenti differenze tra le due metodiche variano da 0.9 a 1.7%. (Murray S, Woollorton E. Septic shock after medical abortions with mifepristone (Mifeprex, RU 486) and misoprostol. CMAJ. 2005 Aug 30;173(5):485 [Medline]).

Non dimentichiamo inoltre che le complicanze dell'aborto possono essere causa di situazioni di sterilità femminile secondaria.

Le complicanze dell'aborto volontario non sono solo di natura fisica. Esistono importanti conseguenze anche di natura psicologica che in parte sono simili a quelle riscontrate nell'aborto spontaneo.

L'aborto spontaneo è un evento involontario e non controllabile. L'aborto volontario è invece una scelta consapevole tant'è che la legge 194 alla fine dell'art. 5 recita: "..... Il medico consegna il documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, e **la invita a soprassedere per sette giorni**". Si potrebbe pensare che per il fatto di essere consapevole della propria decisione la donna che abortisce non provi sentimenti di lutto e di perdita invece quasi sempre un aborto volontario rappresenta una ferita profonda, un dolore che può mantenersi vivido nel tempo per riaffiorare in molte

circostanze; le ripercussioni possono infatti presentarsi anche molti anni dopo l'evento con emozioni disturbanti e pensieri ricorrenti ed intrusivi.

Uno dei quadri nosologici maggiormente discussi è la Sindrome Post Abortiva (SPA).

Questa sindrome comprende una serie di disagi che possono insorgere subito dopo l'evento oppure può rimanere latente per manifestarsi dopo anni. Poiché l'IVG è un evento traumatico in grado di creare un marcato stress e disagio, la SPA rientra nel quadro dei disturbi da stress posttraumatici.

La SPA comprende: disturbi dell'alimentazione, della relazione affettiva e della sfera sessuale, neurovegetativi, del sonno, fobico-ansiosi e flashback dell'aborto.

Fattori scatenanti, possono essere l'anniversario dell'interruzione, l'ipotetica data di nascita e tutta una serie di scadenze legate ad anniversari e ricorrenze.

Elementi di rischio sono lo scarso supporto sociale, la pressione del partner o dei parenti circa l'aborto, sentimenti di vergogna e sensi di colpa.

In tutto questo il ruolo del consultorio è estremamente importante, sia prima che dopo l'evento; prima, (auspicabilmente in collaborazione con i Centri di aiuto alla vita) per lavorare sulla rimozione delle cause aiutando la donna e sostenendola nell'affrontare anche con aiuti concreti le cause che hanno portato a questa decisione nonché alla acquisizione della consapevolezza delle conseguenze della scelta. Questo presuppone la necessità di lavorare in rete sia all'interno del consultorio che all'esterno. In seguito per accompagnare la donna nell'elaborazione del lutto.

La contraccezione

Per l'OMS la contraccezione è "l'adozione di metodi che impediscono il processo fisiologico della riproduzione per interferenza con uno o più fattori di fertilità a livello maschile o femminile".

Il Ministero della salute definisce la contraccezione "il complesso dei mezzi utilizzati per impedire il verificarsi di una gravidanza".

Pur rimanendo identico il fine, vi è una differenza sostanziale tra le due definizioni; mentre l'OMS parla di metodi dove quindi in primo luogo la contraccezione è affidata al comportamento della persona che è responsabile dell'atto compiuto, mentre il Ministero della salute mette primariamente l'accento sull'efficienza del mezzo. Vedremo tuttavia che non è proprio così e che, a parte la diversità di denominazione il concetto di contraccezione è identico.

La volontà di separare la funzione genitale ludica da quella procreativa nasce nelle varie società dal momento in cui l'uomo ha capito che l'instaurarsi di una gravidanza viene dal rapporto sessuale.

Numerosi sono i documenti nei quali vengono descritti mezzi contraccettivi usati nelle varie civiltà, da quella egiziana a quella Romana.

La diffusione della contraccezione nel passato era tuttavia molto limitata in quanto causa l'alto tasso di mortalità e la breve aspettativa di vita facevano sì che un alto numero di figli fosse l'unico mezzo di sostentamento e perpetuazione della specie e quindi considerato una benedizione.

La diffusione generalizzata della contraccezione si è verificata solo dalla seconda metà del XX secolo a seguito:

- dei progressi socioeconomici che hanno ridotto drasticamente il tasso di mortalità e migliorato l'aspettativa di vita,
- della diffusione del pensiero neomalthusiano per il quale, senza un arresto dell'esorbitante crescita demografica, si giungerebbe presto ad una inevitabile catastrofe,
- dei movimenti di liberazione della donna,
- della disponibilità di diversi tipi di contraccettivi efficaci.

Numerosi sono oggi i mezzi contraccettivi disponibili sul mercato. Esistono quelli maschili e quelli femminili. Abbiamo a disposizione tre gruppi di mezzi contraccettivi in grado di agire prima del rapporto sessuale bloccando l'ovulazione, quelli che agiscono durante il rapporto sessuale formando una barriera e quelli successivi al rapporto sessuale che vengono definiti contraccettivi d'emergenza. Nell'uso dei contraccettivi, come per tutti i mezzi farmacologici e non, il successo dipende dai seguenti fattori:

- **Efficacia:** capacità di raggiungere lo scopo prefisso.
- **Sicurezza:** assunzione del farmaco o uso del mezzo senza che si verifichino eventi avversi.

- Tollerabilità: assunzione del farmaco in assenza di effetti collaterali.
- Reversibilità: la possibilità di ripristino della fertilità alla sospensione del contraccettivo.
- Accettabilità: adesione con fiducia all'utilizzo di un determinato prodotto. Questo fattore è in grado di condizionare in varia misura i primi quattro fattori.

Appartiene al primo gruppo la contraccezione ormonale, la cui storia inizia con la pillola di Pincus e che oggi vede un'ampia gamma di prodotti il cui meccanismo farmacologico è quello di bloccare l'ovulazione e che per la diversità di principi attivi, di dosaggio e di via di somministrazione, possono essere personalizzati con enorme riduzione degli effetti collaterali e, cosa non di poco conto, possono svolgere attività di controllo nei confronti di alcune delle patologie prima elencate come la dismenorrea, alcune forme di sindrome premestruale e l'endometriosi.

Per quanto riguarda i principi attivi, oggi abbiamo a disposizione contraccettivi ormonali a base di diversi tipi di estrogeni e di progestinici o di soli progestinici. La via di somministrazione può essere orale, transvaginale o anche transdermica.

Al secondo gruppo appartengono i mezzi contraccettivi che funzionano formando una barriera che impedisce la risalita degli spermatozoi dalla vagina alla cavità uterina e quindi alle tube. Tra quelli maggiormente usati troviamo:

- il diaframma, dispositivo in lattice a forma di cupola da inserire in vagina prima del rapporto.
- Il preservativo da applicare su tutto il pene prima del rapporto. Esso ha anche una certa efficacia nella prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse.

Discorso a parte meritano i "dispositivi intrauterini", la cosiddetta "spirale". Anche questo mezzo contraccettivo, la cui invenzione in altre forme data molte centinaia di anni, consiste in un oggetto di plastica a forma di T o di M o di Y il cui gambo è avvolto da una spirale di rame o di argento. L'oggetto in sé e gli ioni liberati dai metalli determinano trasformazioni dell'endometrio che lo rendono prima difficilmente attraversabile dagli spermatozoi e poi impediscono l'annidamento dell'embrione nel caso in cui, nonostante tutto, il concepimento sia avvenuto. Da alcuni anni questi dispositivi hanno anche la possibilità di liberare un progestinico che modificando la qualità del muco cervicale (vedi capitolo successivo) costituisce un ulteriore impedimento di risalita degli spermatozoi.

Una riflessione a parte meritano la vasectomia (legatura dei dotti deferenti nel maschio) e la legatura delle tube nella donna in quanto metodi irreversibili.

Al terzo gruppo appartengono i mezzi che vanno a costituire la cosiddetta contraccezione d'emergenza.

Secondo l'Oms, tutte le donne e le ragazze a rischio di una gravidanza non desiderata hanno il diritto di accedere alla contraccezione d'emergenza.

La contraccezione d'emergenza si distingue in "farmacologica" e "non farmacologica".

La contraccezione d'emergenza farmacologica consiste oggi nell'assunzione di una compressa contenente sostanze da assumere dopo un rapporto sessuale a rischio di gravidanza indesiderata.

I farmaci disponibili in Italia sono:

- preparati orali progestinici contenenti levonorgestrel: le confezioni in vendita contengono 1 compressa da 1,5 mg da assumere in un'unica somministrazione.
- preparati orali contenenti ulipristal acetato: le confezioni contengono 1 compressa da 30 mg da assumere in un'unica somministrazione.

I preparati orali progestinici contenenti levonorgestrel devono essere assunti entro 72 ore dal rapporto non protetto.

I preparati contenenti ulipristal acetato devono essere assunti entro 5 giorni (120 ore) dal rapporto non protetto.

Tuttavia, l'efficacia è massima (95%) se i preparati orali vengono assunti nelle prime 24 ore, nelle quali l'efficacia dei preparati a base di ulipristal acetato è superiore a quella dei preparati a base di levonorgestrel.

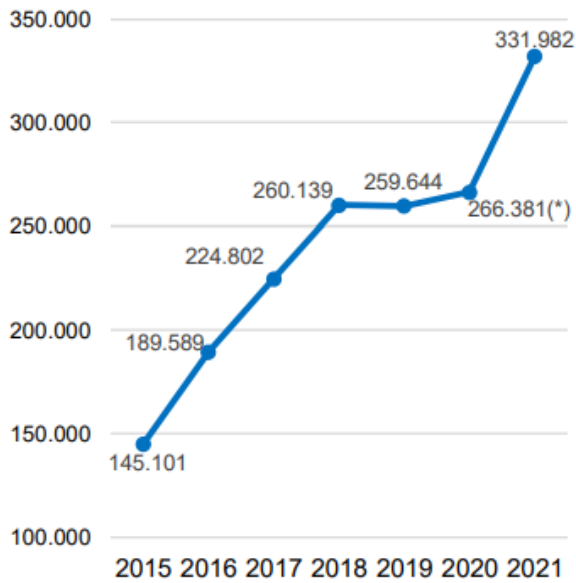
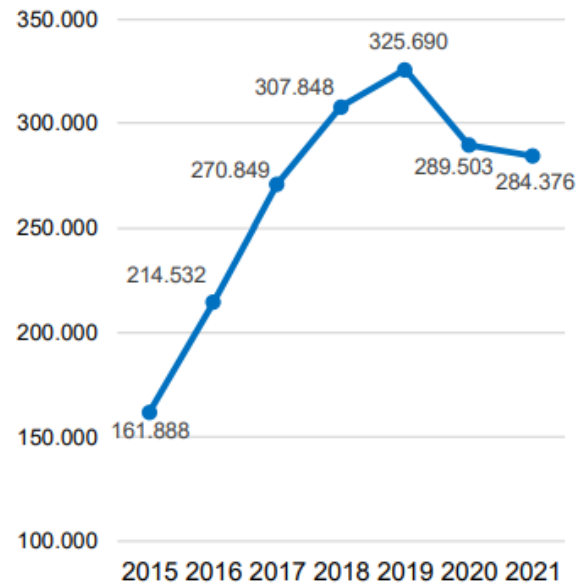
Meccanismo d'azione:

- Se il rapporto è avvenuto nei giorni che precedono l'ovulazione viene impedita l'ovulazione e quindi non può esserci il concepimento.
- Se il rapporto ha avuto luogo nelle ore o nei giorni che precedono l'ovulazione, il levonorgestrel e l'ulipristal acetato impediscono la fecondazione
- Se il rapporto ha avuto luogo quando il processo che conduce all'ovulazione è già iniziato, il levonorgestrel non ha effetto ma le modificazioni indotte sull'endometrio possono impedire l'annidamento, mentre l'ulipristal acetato è in grado di posticipare l'ovulazione di alcuni giorni.
- Se il processo di impianto è già iniziato (anche se da poco tempo) il farmaco non è efficace.

Con la determina AIFA n.998 dell'8 ottobre 2020, è stato eliminato l'obbligo di prescrizione medica per l'ulipristal acetato anche per le minorenni; per le maggiorenne il medesimo obbligo era stato eliminato con analoga determina nell'aprile 2015. L'analisi dei dati mostra un progressivo aumento della distribuzione dal 2015 al 2022; ogni incremento si è verificato in corrispondenza delle determinazioni AIFA.

Purtroppo la mancanza di tracciabilità delle vendite non consente di distinguere l'utilizzo della contraccezione di emergenza nelle diverse fasce di età, e neppure l'eventuale uso ripetuto all'interno di tali fasce. Il rischio è che la contraccezione d'emergenza vada a sostituire la normale contraccezione ormonale con i rischi che ne derivano.

È interessante notare che contemporaneamente al netto incremento dell'uso della contraccezione d'emergenza farmacologica si sta verificando un calo dell'uso della contraccezione ormonale. Che fino a qualche anno fa era utilizzata dal 14,5% delle donne in età fertile e ora è scesa al 13,5%.

Figura 14 - Distribuzione Ulipristal acetato (ellaOne) - anni 2015-2021

Figura 15 - Distribuzione Levonorgestrel (Norlevo) - anni 2015-2021


Fonte dati Ministero della Salute -Tracciabilità del Farmaco - DM 15 luglio 2004.

La contraccezione di emergenza non farmacologica si basa sull'uso di una spirale al rame da inserire in utero entro 48 dopo un rapporto sessuale non protetto. Lo IUD al rame agisce riducendo il numero e la motilità degli spermatozoi se non sono ancora passati attraverso la cavità uterina e impedisce l'impianto dell'ovulo, nel caso venga fecondato, in quanto modifica la qualità dell'endometrio, rendendolo inadatto all'annidamento e quindi al proseguimento della gravidanza.

Nella contraccezione d'emergenza, da quanto detto, si comprende chiaramente la potenziale azione abortiva dei mezzi farmacologici e la sicura azione abortiva dei mezzi non farmacologici. Tutti questi eventi abortivi ovviamente non sono conteggiati nel numero delle interruzioni volontarie della gravidanza.

Basi biologiche dei metodi naturali di regolazione delle nascite.

Ogni Consultorio Familiare dovrebbe essere in grado di avere un ruolo chiave nei programmi di educazione alla affettività e alla sessualità nei territori in cui è ubicato. L'educazione affettiva e sessuale è essenziale per la popolazione giovane e non solo al fine di promuovere il benessere sessuale e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse ma anche per sviluppare la consapevolezza di sé, dell'identità personale, affettiva e relazionale; a tale scopo sarebbe necessario un interessamento della scuola per un'offerta di specifici programmi educativi.

A partire da una rassegna dei programmi educativi diffusi in Europa, è emerso tuttavia che solo pochi paesi propongono lezioni esaustive. Nonostante il fatto che sia stato riconosciuto che l'educazione sessuale completa ha un impatto positivo sulla popolazione giovane, osservando lo stato dell'arte nazionale, si evidenzia che l'Italia è uno dei pochi stati europei in cui l'educazione sessuale non è ancora inclusa nei programmi scolastici: essa resta un'offerta a discrezione degli Istituti e delle dirigenze scolastiche, poiché manca una programmazione esaustiva e diffusa in tutto il paese. Ecco allora l'importanza che i consultori acquistino credibilità presso le scuole in maniera tale da supplire alle loro mancanze.

L'educazione alla affettività rientra in questi programmi e l'insegnamento dei metodi naturali di regolazione delle nascite ne fa parte.

Il termine "metodi naturali di regolazione delle nascite" potrebbe far pensare a un metodo ecologico per il controllo della fertilità. Questo è soltanto un valore aggiunto a un comportamento (la parola metodo implica un comportamento della persona che fa qualcosa di cui è responsabile) che rappresenta prima di tutto un modo di vivere la sessualità della donna prima e della coppia dopo. La loro utilizzazione presuppone una scelta da parte delle coppie che vogliono utilizzarli e quindi un preciso iter di preparazione. Questo compito è affidato agli istruttori di Metodo Billing e di Metodi Sintotermici.

Qui ci limiteremo a spiegare le basi biologiche sulle quali questi metodi sono fondati. Nel paragrafo dedicato al ciclo mestruale abbiamo visto come le modificazioni dell'endometrio sono causate dai cambiamenti di concentrazione degli estrogeni e del progesterone nel corso del ciclo stesso. Abbiamo visto come gli estrogeni, da bassissime concentrazioni nei primissimi giorni del ciclo, via via aumentino col passare dei giorni fino a raggiungere la massima concentrazione nel giro di una decina di giorni per poi ridursi lievemente e restare stabili fino ad abbassarsi nettamente all'arrivo della mestruazione successiva (vedi figura). Distingueremo quindi il ciclo in due fasi: una prima fase detta estrogenica che va dall'inizio della mestruazione fino all'ovulazione e una fase progestinica che va dall'ovulazione fino alla mestruazione successiva. L'aumento degli estrogeni che si verifica nel corso della prima fase del ciclo è determinato dallo sviluppo dei follicoli ovarici che sono gli organuli che producono questi ormoni e la loro produzione è direttamente proporzionale alla loro crescita.

Il progesterone, in concentrazioni molto basse nella prima fase del ciclo, cresce molto rapidamente con l'ovulazione, con scoppio del follicolo che liberando la cellula uovo si trasforma in corpo luteo, un organulo che oltre a produrre estrogeni, produce il progesterone; questo rimane elevato per tutta la seconda fase del ciclo e decresce

subito prima della mestruazione se non si è verificato un concepimento e quindi non è iniziata una gravidanza.

Abbiamo visto le azioni che i due ormoni svolgono sull'endometrio ai fini di renderlo adatto ad accogliere l'embrione nel caso di un concepimento. Le loro funzioni, proprio perché sono ormoni e quindi hanno come organo bersaglio tutte le cellule dell'organismo, non si esauriscono con quella sull'endometrio.

Per quanto riguarda l'argomento che stiamo per trattare, facciamo riferimento alla loro azione sui centri termoregolatori diencefalici per la regolazione della temperatura basale, sulle cellule che tappezzano il canale cervicale per la produzione del muco cervicale e sulle cellule della mucosa vaginale.

Temperatura basale:

Si intende per temperatura basale la temperatura corporea in condizioni appunto basali, quando cioè il metabolismo basale è regolato al minimo e quindi non risente dell'apporto calorico e di stimoli di qualsiasi altro genere come anche la temperatura esterna. Tale situazione si verifica durante il sonno e si protrae per alcuni minuti dopo il risveglio. Per tale motivo la temperatura basale va misurata al mattino subito dopo il risveglio, per via vaginale o rettale (non ascellare) possibilmente con un termometro elettronico (può essere sufficiente anche un qualsiasi altro termometro, purché preciso).

Mentre gli estrogeni hanno un'azione inibente sui centri termoregolatori e pertanto tendono a tenere più bassa la temperatura corporea in condizioni basali, il progesterone invece stimola i recettori e quindi fa innalzare la temperatura. Dobbiamo quindi aspettarci una temperatura più bassa durante la fase estrogenica e una temperatura più alta durante la fase progestinica del ciclo. L'escursione è di circa 3-4 decimi di grado e si verifica intorno alla ovulazione con variazioni massime di due giorni.



L'innalzamento della temperatura basale e il mantenimento dei valori elevati per almeno tre giorni rispetto agli ultimi sei giorni di temperatura bassa ci dice che l'ovulazione è avvenuta. L'innalzamento della temperatura rispetto all'ovulazione

può subire uno sfasamento che consideriamo fisiologico fino a due giorni. Poiché la fase progestinica del ciclo ha la durata di 12-14 giorni, anche la fase ipertermica della temperatura basale, in condizioni di normalità del ciclo, deve essere quasi della stessa durata. Una durata eccessivamente inferiore della fase ipertermica indica una patologia del ciclo che chiamiamo “fase luteale corta”. Una sua durata superiore ai 14 giorni in assenza di mestruazione ci indica un inizio di gravidanza. Una assenza di rialzo termico indica un ciclo anovulatorio. Il rilievo della temperatura basale non è in grado di predire l’ovulazione.

Muco cervicale:

Il muco cervicale è un idrogel composto da acqua per il 95% e da sostanze organiche per il restante 5%. La componente organica a sua volta è composta da filamenti di mucoproteine, acido ialuronico e anticorpi. Viene prodotto dalle cellule mucipare che tappezzano l’interno del canale cervicale e si continuano con le cellule squamose della parte esterna della portio; il punto di passaggio viene definito giunzione squamocolonnare.

La funzionalità delle cellule mucose endocervicali è dipendente dalla presenza degli ormoni estrogeni e progesterone presenti in circolo ed è dose-dipendente; questo significa che le caratteristiche del muco cervicale che viene prodotto cambiano non solo in funzione della presenza o assenza di uno dei due ormoni, ma anche della quantità di ormone presente nel circolo ematico in un determinato momento.

La funzione degli estrogeni è quella di favorire il concepimento: il muco cervicale sotto lo stimolo degli estrogeni diventa sempre più fluido, limpido, trasparente, filante e a livello ultrastrutturale i filamenti delle mucoproteine si assottigliano e diventano lineari come i binari delle ferrovie. Un muco cervicale così strutturato viene prodotto nei giorni che precedono l’ovulazione e ha la funzione di ospitare, proteggere, nutrire, veicolare e capacitare gli spermatozoi che possono così iniziare il loro cammino verso le tube, attraversando la cavità uterina; inoltre in un muco cervicale con queste caratteristiche gli spermatozoi hanno la possibilità di sopravvivere fino a 5 – 6 giorni. L’acquisizione di queste caratteristiche è direttamente proporzionale alla quantità di estrogeni presenti e quindi in costante evoluzione fino al raggiungimento del “*picco del muco cervicale*” conseguente al “*picco degli estrogeni*”.

Al picco degli estrogeni segue il picco dell’LH e quindi l’ovulazione e rispetto a questa può essere sfasato fino a tre giorni. Abbiamo già detto che con l’ovulazione il follicolo ovarico si trasforma in corpo luteo che, oltre a produrre estrogeni, produce progesterone.

Sotto lo stimolo del progesterone le cellule endocervicali producono un muco che è funzionale alla protezione di una gravidanza eventualmente instauratasi; quindi il muco diventa denso, opaco, vischioso e a livello ultrastrutturale si osserva una riduzione della componente acquosa mentre i filamenti di mucoproteine tendono a ispessirsi e a formare una rete nella quale andranno ad intrappolarsi eventuali germi che dalla vagina potrebbero risalire nella cavità uterina. In caso di gravidanza il muco manterrà sempre la stessa funzione e composizione e sarà espulso solo al termine.

“L’espulsione del tappo mucoso” rappresenta infatti uno dei “*fenomeni materni*” che precedono di alcuni giorni l’inizio del travaglio di parto.

La composizione, l’aspetto e la funzione del muco cervicale possono essere alterate da stati infiammatori del collo dell’utero e delle parti circostanti.

Va da sé che se il muco cervicale progestinico non può essere attraversato da germi, tanto meno potrà essere attraversato dagli spermatozoi che sono nettamente maggiori di dimensioni. Questo ha importanza solo nel caso in cui la donna faccia uso di contraccettivi a base di progestinici.

Mentre la temperatura basale ha bisogno di un termometro e di una procedura ben precisa per la sua rilevazione, il muco cervicale ha bisogno di semplici osservazioni quotidiane che possono essere effettuate quando la donna si asciuga con la carta igienica dopo aver urinato.

Sia la presenza che l’assenza del muco cervicale oltre che essere osservate, possono anche essere avvertite. L’assenza di muco determina una sensazione di asciuttezza che è diversa dalla secchezza vaginale tipica della postmenopausa.

La presenza del muco determina una serie di sensazioni che vanno dall’umido costante nella fase iniziale postmestruale e postovulatoria, fino al bagnato, scivoloso, lubrificato nella fase fecondabile.

Contribuisce a queste sensazioni la trasudazione vaginale causata dalla congestione della mucosa vaginale per effetto dell’iperattività ormonale in fase preovulatoria.