

CONQUISTIAMO IL POTERE DI STAR BENE



Comune di Padova
Sistema Bibliotecario

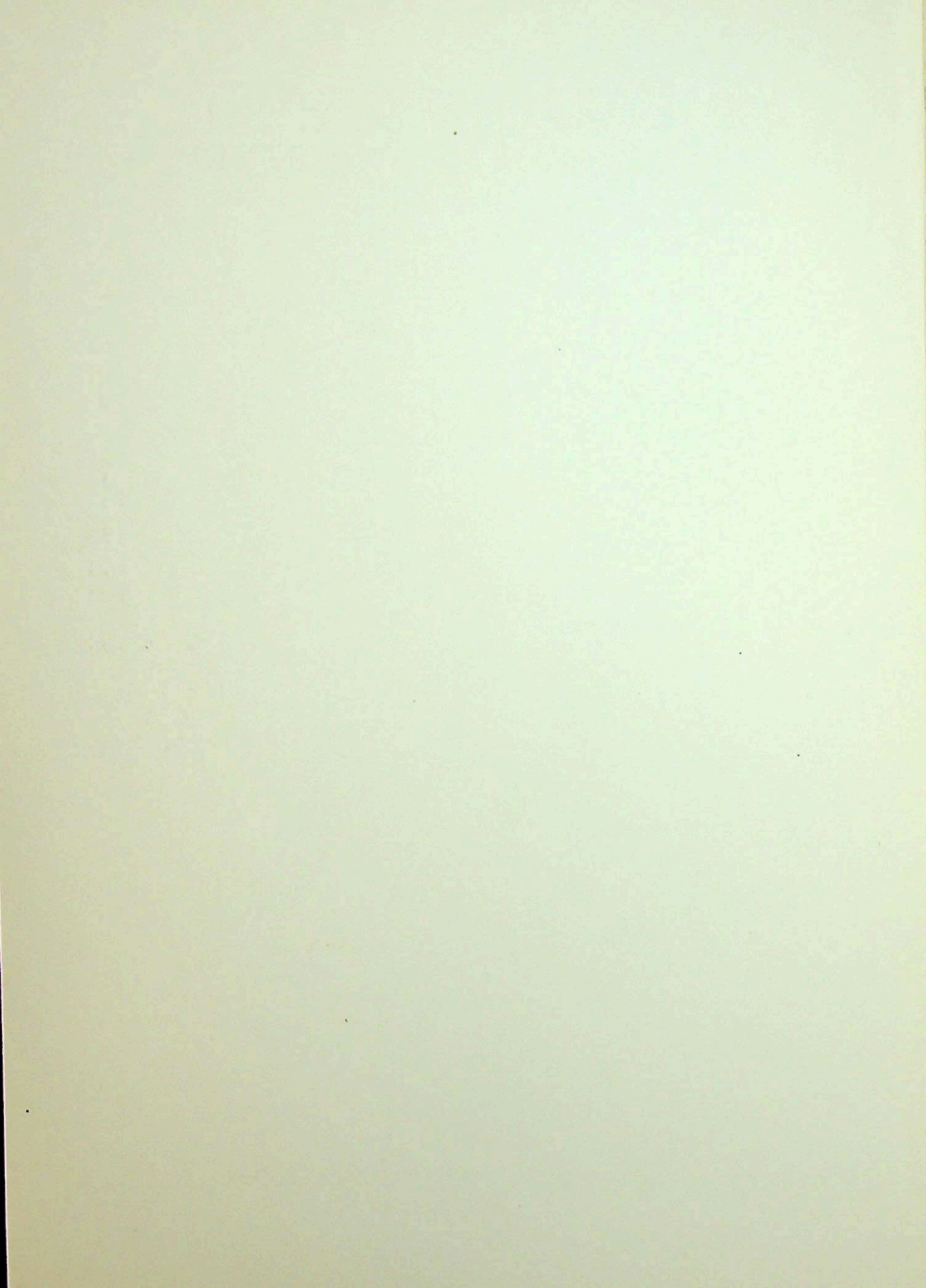
ALF - SLD

Sez. 4
Sottosez.
Serie 7
Sottos. 2
Unità 241

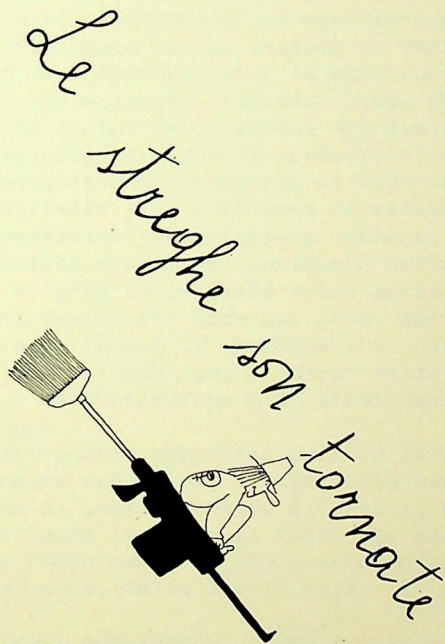
Prati 3

PUV 55

collettivo per il salario
contro il lavoro domestico-S. DONA'



CONQUISTIAMO
IL POTERE DI STAR BENE



collettivo per il salario
contro il lavoro domestico-S. DONA'

SLD b. 2. 241

Comune di Padova
Biblioteche

Cod. Bibl. PVV 55

DIC SBLO587194

IRV 1057308

COMUNITARIO
IL POTERE E' STAR BENE

La stampa per l'Europa

contato il lavoro di controllo
AMOX 2 - contabile o altro

L'USO CAPITALISTICO DEL NOSTRO CORPO

Il movimento femminista, che in questi ultimi anni ha assunto la configurazione di un movimento politico di massa, ha sviluppato la sua analisi in varie direzioni, andando ad intaccare tutte le strutture sociali, a partire dalla messa in discussione del ruolo femminile in tutte le sue implicazioni (da quella sessuale a quella psicologica a quella produttiva) e dal rifiuto della famiglia e del rapporto di dipendenza dal maschio per arrivare alla richiesta di salario contro il lavoro domestico, che riassume momenti teorici e di lotta portati avanti dal movimento delle donne.

Queste e tutte le svariate altre articolazioni dell'analisi femminista partono, però, da una matrice comune che costituisce la premessa e il nucleo fondamentale su cui si basa ogni discorso sulla condizione femminile: l'espropriazione e lo sfruttamento del corpo della donna.

Ci è sembrato perciò opportuno partire dal punto focale della nostra condizione di sfruttate per ogni altro discorso di analisi che su di essa si possa fare, e per individuare le forme di lotta che possono consentirci di riappropriarci del nostro corpo e con esso, materialmente, della nostra vita.

Risulta altresì necessario, prima di parlare di riappropriazione del nostro corpo, stabilire esattamente i modi attraverso cui ne siamo state espropriate.

**come é stato
espropriato il
nostro corpo**

La cultura sessista-capitalista classifica noi donne come valide solo nel caso che ci adeguiamo agli schemi, ideologici e culturali, appunto, prestabiliti. Questo ci costringe inevitabilmente a vi-

vere un rapporto oggettivizzato con noi stesse e con gli altri.

La donna, infatti, è considerata e valutata solo in funzione del suo corpo, che viene visto o come oggetto di piacere estetico-sessuale, o come strumento di riproduzione e mantenimento della specie.

Constatiamo invece che al maschio è consentito di vivere il proprio corpo con maggiore naturalezza.

Affermando questo non vogliamo dimenticare che anche all'uomo viene imposto un ruolo fortemente castrante da un punto di vista psicologico, tuttavia non ci sembra il contesto adatto per occuparci di ciò; ci preme invece sottolineare che, sia pure attraverso indiscutibili distorsioni di natura culturale, gli è consentito un recupero migliore del proprio corpo per i motivi che esporremo.

In primo luogo egli non viene considerato oggetto sessuale anzi, semmai, egli è il soggetto nei rapporti di tale natura; quindi pur dovendo anch'egli preferibilmente cercare di corrispondere ad un modello estetico, non è indispensabile che vi riesca dal momento che questa non è per lui l'unica dote di cui può disporre nè quella che più conta.

Per le donne, al contrario, la bellezza diviene l'unico lasciapassare sociale. Questo la porta a vivere il suo corpo con profonda angoscia, dato che esso costituisce l'unico mezzo che le consente di evitare l'emarginazione assoluta.

Si capisce quindi facilmente come ogni donna sia costretta a vivere disperdendo le sue migliori energie fisiche (basti pensare alle assurde diete dimagranti la cui angoscia milioni di donne hanno sopportato per mesi ed anche per anni) e mentali su questo che diventa il più grave problema della sua vita.

Poichè, infatti, non le viene affatto garantita la possibilità di essere autonoma economicamente, l'unica prospettiva di sistemazione è costituita dal matrimonio a cui può sperare di accedere solo se si dà da fare, nell'illusione di poter cambiare, per adeguarsi ai canoni fisici prestabiliti.

perchè fragili ?

A questo punto bisogna mettere in evidenza come alla donna sia negata la possibilità di fare del movimento

perchè il suo corpo per essere bello deve essere fragile, in modo che sia possibile conclamare la superiorità fisica dell'uomo.

oggetti sessuali

Tuttavia per quanto la donna sia considerata oggetto di piacere sessuale non le è concesso di godere per sè di

questo piacere, perchè il sesso per lei deve significare in primo luogo riproduzione, quindi lavoro, e non possibilità di godere autonomamente del proprio fisico, fisico intorpidito da una passività che diventa psicologica nel momento in cui la cultura sancisce che ella è inferiore e quindi soggetta.

Non dobbiamo dimenticare, infatti, che se per questa società la donna è solo corpo, l'uomo è anche e soprattutto intelletto.

Pertanto se egli deve e può possedere un fisico che eslicitamente o anche solo implicitamente sia la riprova della sua forza, è altresì unicamente a lui che viene affidato il compito di far progredire la specie dal punto di vista intellettuale.

rompiamo

Ci preme qui sottolineare come le donne siano escluse da ogni processo di avanzamento sociale, proprio in ragione del fatto che per mantenere

l'isolamento

immutata la loro condizione di asservimento economico e psicologico è stato necessario mantenere immutate le loro condizioni di vita.

il lavoro domestico

Vedremo quindi di specificare i termini del nostro discorso.

é

"Lo sviluppo del mezzo di lavoro in macchina non è accidentale per il capitale, ma é la trasformazione-

risparmio per il capitale

ne e conversione storica del mezzo di lavoro ereditato dalla tradizione in forma adeguata al capitale. L'accumulazione della scienza e dell'abilità, delle forze produttive generali del cervello sociale, rimane così, rispetto al lavoro, assorbita nel capitale e si presenta perciò come proprietà del capitale e più precisamente del capitale fisso, nella misura in cui esso entra nel processo produttivo come mezzo di produzione vero e proprio." (K. Marx, Il Capitale, quaderno VI)

Questa analisi economica tuttavia non tiene conto di come si sia evoluta, o meglio, di come non si sia evoluta affatto, la fase fondamentale e prima di ogni processo di produzione: la riproduzione ed il mantenimento della forza-lavoro. Dal salariato il capitale pretende di estorcere e di fatto estorce (servendosi della meccanizzazione della produzione) pluslavoro e quindi plusvalore, non ha invece bisogno diretto di fare ciò con il lavoro domestico.

Infatti l'enorme guadagno che il capitale realizza attraverso il lavoro domestico non è dovuto tanto ad un processo di accumulazione quanto invece ad un processo di risparmio.

Per rendersi conto della portata di tale risparmio basti pensare ai costi che dovrebbero essere sostenuti per l'installazione di strutture che supplissero adeguatamente al lavoro domestico.

**soldi
alle
donne**

Il mantenimento dell'elemento base del processo produttivo, la forza-lavoro, è totalmente a carico delle donne, che svolgono un lavoro a orario illimitato, che non viene assolutamente retribuito.

**la forza-lavoro
è merce**

Le variazioni della politica demografica dimostrano in pratica come anche la forza-lavoro sia considerata niente più che una merce che, come tale, viene regolata dalle leggi di mercato sia per quanto riguarda la sua consistenza numerica, sia per la sua qualità, sia per

il valore che le viene attribuito (salario). Il capitale, infatti, attraverso l'incremento demografico, tende ad assicurarsi l'esistenza di un esercito di riserva di forza-lavoro che, essendo privo di una garanzia di sopravvivenza, é perciò non solo adattabile alle impreviste esigenze del mercato del lavoro, ma funge anche da controllo delle rivendicazioni della classe lavoratrice indebolendo il suo potere di contrattazione.

Se guardiamo inoltre una società che, come la nostra, poggia la sua organizzazione sulla famiglia e pensiamo che le migliaia di disoccupati, di non occupati, di lavoratori precari (stagionali e lavoratori a domicilio) non sono altri che i figli e le mogli di altrettanti lavoratori ci rendiamo conto di come questo enorme esercito di riserva funzioni ancor più come ricatto e non solo per il lavoratore nei confronti del suo datore di lavoro, ma anche all'interno della famiglia dove la dipendenza economica segna sempre la debolezza delle donne.

**la maternità
è produzione
di forza-lavoro**

Se dunque, la forza-lavoro é merce, chi produce tale merce compie un lavoro, ed é sotto questo aspetto che ci interessa considerare la ma-

ternità, cioè esattamente come un lavoro il cui prodotto é altamente redditizio per il capitale. Il costo di tale merce infine non viene pagato se non in minima parte, perché sfruttando il lavoro domestico e l'organizzazione familiare della società, il capitale scarica le spese di mantenimento di questo esercito di riserva su di un solo salariato per famiglia. Nella migliore delle ipotesi questa situazione dura sino al momento in cui i figli, raggiunta l'età necessaria non divengono salariati a loro volta; nella peggiore e purtroppo diffusa eventualità che non riescano a trovare impiego, le nuove generazioni rimangono a carico dei genitori. Quindi non solo non viene pagato alla donna (che in questi termini é da considerarsi operaia) il prodotto del suo lavoro, ma neppure la

spesa e il lavoro necessari a fare della merce un prodotto finito in grado di rendere. In sostanza possiamo dire che il capitale attua un'enorme speculazione sul diritto alla vita.

**la fine del
lavoro domestico
è la fine
del capitale**

Non dobbiamo dimenticare anche l'altra importantissima funzione del lavoro: il gigantesco condizionamento a cui sono sottoposte le donne (si pensi al mito della madre, alla presunta "natu

ralità della vocazione femminile" per il lavoro in casa) ha il compito ben preciso di fare di esse i nuclei di diffusione capillare dell'ideologia su cui si fonda e sopravvive il capitale.

Le donne assumono così la funzione di ammortizzatori nei confronti dell'inevitabile e prevista ribellione delle classi salariate. Queste classi infatti, sviluppano una coscienza eversiva proprio in virtù del fatto che sono salariate e sottopagate.

"L'uso costantemente parcellizzato delle capacità intellettuali del lavoro fornisce la parvenza oggettiva per il suo non riconoscimento... Questa mistificazione, questo non riconoscimento si materializzano là dove operai e capitale determinano nello scontro di classe il costo della loro "mediazione". Il capitale non paga la nuova qualità del lavoro". (M. Cacciari, Qualificazione e composizione di classe. Contropiano 2/70.)

Per questo il lavoro domestico va visto oltre che come lavoro fisico come base di asservimento psicologico. Fintanto che non verrà valutato come lavoro e quindi non verrà salariato, le donne non potranno mai nemmeno avere l'opportunità di contrattare sulle loro condizioni di vita.

La condizione di non-salariate non costituisce solo il non-potere delle donne ma è la base più evidente e macroscopica della debolezza della classe salariata.

salario contro

il

lavoro domestico

spicciole che vorrebbero testimoniare il "benessere sociale". Generalmente queste invenzioni hanno funzione gratificante quasi esclusivamente nei confronti del maschio, ricompensandolo in parte della perdita di potere che egli ha a causa della sussunzione della scienza sotto il capitale.

E' evidente che la scienza non ha alcun interesse ad occuparsi delle donne, nem meno quella scienza che si occupa delle invenzioni

fragili quando ?

Questo primo abbozzo di analisi testimonia come sia proprio l'asservimento

fisico che determina le condizioni di sfruttamento della donna e vediamo che poichè il capitale non ha alcun interesse a meccanicizzare, per così dire, quel tipo di produzione che è il lavoro domestico, se la donna da una parte è limitata nelle sue potenzialità fisiche, dall'altra è costretta a svilupparle perchè il suo compito primario è il lavoro nella casa, lavoro che comporta una non indifferente fatica quotidiana. In questo modo, relegando cioè la donna al lavoro più pesante (anche se non il più violento) e umiliante, il lavoro nella casa, viene una volta di più confermata la superiorità intellettuale del maschio.

Da quanto detto vediamo che, paradossalmente, l'espropriazione del nostro corpo è avvenuta proprio tramite l'esaltazione di alcuni suoi valori.

Il sesso e la maternità sono infatti i cardini fondamentali su cui si basa la cultura borghese capitalista e sessista, ma essendo gli unici pseudovalori per cui la donna viene accettata hanno di per se stessi la funzione di limitare e mutilare la personalità femminile, anche senza voler considerare che sono completamente distorti a scapito della donna.

Il sistema economico capitalista ha bisogno, per sopravvivere, di stabilire delle gerarchizzazioni sociali. Il primo nucleo dove questo avviene è la famiglia che quindi è la struttura portante della società.

Sesso e maternità sono i valori su cui la famiglia è costruita e questo chiarisce ancora una volta come sia stato indispensabile al sistema relegare le donne al ruolo di esseri non pensanti, che fornissero svago sessuale al maschio oppresso e forza-lavoro alla catena produttiva.

le donne lottano

Oggi tuttavia il numero sempre crescente di donne in lotta testimonia che qualche cosa si è spezzato nella catena della repressione. E' utile esaminare come nasce la presa di coscienza delle donne da cui consegue la volontà di por fine a questo stato di cose.

Bisognerà a tal fine soffermarci ancora su taluni aspetti dell'organizzazione capitalistica della società. Risulta evidente che la trasformazione dell'assetto produttivo, e di conseguenza la trasformazione dell'assetto sociale, tocca tutti gli strati della popolazione, tra cui anche quello più negletto rappresentato dalle donne.

la difesa del capitale

Abbiamo prima stabilito che esiste la tendenza a mantenere immutate le condizioni di vita delle donne perchè possono restare immutate le loro condizioni di asservimento, tuttavia è da ascrivere all'astuzia del sistema il fatto che apparentemente qualcosa si evolva anche per la donna.

La contraddizione del suo stato risulterebbe, in caso contrario, troppo evidente e quindi si arriverebbe molto più velocemente ad una presa di coscienza che comporterebbe una forma di ribellione. Andando però ad esaminare le condizioni della donna in casa, vediamo che in realtà quelle invenzioni che apparentemente danno sollievo alla nostra fatica sono ancora strumenti di condizionamento. Infatti, con la scusa che il lavoro domestico ha perso la sua componente di fatica, cosa che tra l'altro non corrisponde assolutamente al

vero, vengono attuate continue pressioni psicologiche affinché noi donne riteniamo di essere soddisfatte solo se la casa è perfettamente lucida, se i pranzi sono eccellenti, se i nostri vestiti e quelli dei nostri figli e mariti perfettamente stirati.

Ovviamente questa aumentata qualità del lavoro ci costringe ad un'altrettanto grande quantità di lavoro, e ci troviamo così a passare tutto il nostro tempo nel più completo isolamento alle prese con un lavoro che ci abbruttisce psicologicamente e fisicamente, sempre imprigionate in casa. Tuttavia anche se l'evoluzione per la donna è solo apparente, è pur sempre causa di stimolazione alla riflessione sulla sua condizione.

Inoltre la scolarizzazione ha cominciato a coinvolgere un numero sempre più alto di donne con gli effetti che si possono immaginare nonostante la repressione che passa anche a quel livello.

Da notare anche che nel momento in cui il capitale instaura una fase consumistica nel suo ciclo a cui per necessità di ristrutturazione, in genere, segue una crisi economica, chi risente di più di queste alterazioni sono le donne che hanno una responsabilità del bilancio familiare. Molto spesso, quindi, ciò provoca una ribellione sia pure ancora a livello embrionale.

Anche l'impiego a cicli alterni di manodopera femminile nel quadro produttivo dovrebbe essere stimolante a tal fine. Le donne infatti fungono da esercito di riserva che viene impiegato o meno a seconda delle esigenze del capitale.

Il lavoro extradomestico, però, non è un momento fondamentale di presa di coscienza perchè il lavoro domestico resta sempre primario e coinvolgente, tale da non permettere loro di sentirsi soggetti sociali attivi nella lotta di classe.

Vendendo la propria forza lavoro la donna è incappata in una contraddizione insostenibile perchè se da un lato le si richiede di funzionare come macchina

produttrice di forza-lavoro, dall'altro le viene vietato di svolgere questa funzione nel momento in cui si renda necessaria la sua prestazione in campi diversi. Sarà sufficiente a tal fine prendere in considerazione come i primi luoghi di diffusione degli anticoncezionali siano state le fabbriche dove i padroni li distribuivano gratuitamente per non doversi acollare l'onere di regolarizzare la posizione di una donna incinta.

E' da rilevare inoltre, il ruolo che ha avuto in questo processo quella apparente liberalizzazione del costume resasi necessaria per recepire le esigenze espresse dalle lotte delle donne distorcendole in modo funzionale al sistema che, d'altra parte, ha ricavato tutto il profitto possibile attraverso la mercificazione del sesso come bene di consumo.

Essa ha comportato la sostituzione graduale ai rigidi valori moralistici imposti nella fase iniziale del capitalismo, con un'etica del piacere usata quest'ultima come copertura di una condizione peraltro immutata di asservimento e di dipendenza della donna.

emancipazione

é ristrutturazione

Da tempo le donne manifestano la propria insoddisfazione verso il rapporto sessuale; la propria ribellione verso un atto che, definito come "naturale", é carico di

una storia di sopraffazioni e di potere da parte dell'uomo.

La frigidità può considerarsi una delle tante forme inconscie di rifiuto, di boicottaggio verso lo sfruttamento sessuale in atto, che le donne sono riuscite ad attuare nella solitudine della propria condizione, ognuna nella propria casa.

La rottura dell'isolamento, rendendo possibile un primo momento di scambio tra le donne, ha imposto all'esterno la presenza di lotte su obiettivi quali l'aborto, il divorzio, ed ha manifestato l'esigenza di ricercare una sessualità propria, non più distorta, soddisfacente.

Il noto processo di emancipazione e, al suo interno, la cosiddetta rivoluzione sessuale, si sono posti come momenti di recupero della protesta e del malcontento denunciati dalle donne, come tentativi di ricomporre le spinte disgregatrici, garantendosi altresì più alti livelli di qualificazione.

Per controllare le donne ed il lavoro da esse garantito, il sistema si è servito largamente de mass-media i quali, nella loro ostentata apertura verso temi relativi alla condizione femminile, si smascherano come tentativi da parte del capitale di codificare il mutamento nella esigenza di ridefinire, in base ai nuovi rapporti di forza, nuovi modi di controllo economico e sociale.

Si tratta di un ambito di informazioni e notizie notevolmente ambiguo che, innestandosi su genuine esigenze provenienti dalle donne, ne stravolge i termini, i contenuti, il significato: anche il bisogno delle donne di una maggiore conoscenza di se stesse, della propria fisicità ad esempio, è così deviato; assunto dall'industria culturale esso viene amplificato, enfatizzato, sviato.

Di fronte al progressivo ampliarsi ed approfondirsi delle lotte autonome delle donne si situa così il meccanismo di recupero: con la ristrutturazione della famiglia, con la proposizione di una morale sessuale più permissiva, con la gestione manageriale del lavoro domestico, nell'ostentato rifiuto dei suoi aspetti più faticosi e monotoni.

Opportunamente manipolati, i contenuti emersi vengono poi riproposti. Si delinea così un nuovo modello di donna, edizione aggiornata e riveduta della brava massaia di un tempo: la giovane donna moderna aspira ad un lavoro extradomestico, usa gli anticoncezionali, è informata sullo sviluppo della psicologia infantile, tende a ricercare col partner, sia esso marito o compagno, un rapporto piacevole per lei, esige di essere soddisfatta nel rapporto sessuale.

Tutto ciò nel tentativo di controllare la ribellione delle donne (che ha dimostrato di andare ben oltre le

rivendicazioni del riformismo), ridefinendo la famiglia nucleare, la coppia e la divisione del lavoro al suo interno.

La stabilità del nucleo familiare rimane lo scopo fondamentale implicito. Così ad esempio un'attività sessuale più attiva e disinibita grazie all'iniziativa della donna emancipata, produce maggiori soddisfazioni ed equilibri, quindi maggiori possibilità di rendimento di lui nel lavoro; conoscere la psicologia infantile, preoccuparsi della formazione di un equilibrato sviluppo psichico nei figli, instaurare con loro un rapporto amicale, significa riprodurre forza-lavoro a livelli più qualificati.

Per la donna delle classi medio e medio-alte l'emancipazione borghese, sotto un'apparente ed indifferenziata liberalizzazione, ha comportato per altro un ampliamento di aspettative relative al proprio ruolo modificato ma pur sempre rigorosamente codificato: da un lato la domanda di prestazioni sessuali sempre più differenziate ed esigenti, dall'altro la richiesta di maggior dispendio di energie psico-affettive, nella ricomposizione di rapporti sempre più conflittuali e spersonalizzati.

Questo processo tuttavia non è generalizzato a tutti gli strati sociali. Il tentativo di recupero sopracitato non è diretto a tutte le donne indistintamente. A ben vedere infatti il sesso è appannaggio delle classi borghesi, mentre la riproduzione è devoluta alle fasce proletarie della popolazione femminile. La donna borghese che ha avuto maggiori mezzi materiali e strumenti culturali per liberarsi del lavoro della produzione di figli, ha iniziato quel processo di libertà sessuale che mette in crisi il ruolo di madre.

Per le donne proletarie invece il casalingaggio continua ad essere rigorosamente il far da mangiare, pulire, lavare, stirare ecc.; essere donna, essere casalinga, significa dover fare prevalentemente una faticosa ed interminabile serie di lavori pesanti ed ingrati. La liberalizzazione sessuale borghese non è giunta tra le classi inferiori

giunta tra le classi inferiori, demandate alla proliferazione indiscriminata: non c'è tempo per un'attività sessuale meno meccanicistica, se pur sempre distorta, laddove più stretto e serrato è il rapporto tra lavoro e sfruttamento.

Per la donna proletaria il corpo, negato ed atrofizzato come strumento di piacere, deve continuare a funzionare esclusivamente come macchina di produzione e riproduzione.

Esiste inoltre una divisione all'interno del proletariato femminile, una divisione cioè che non avviene più solo per classi sociali ma anche per zone territoriali, tra proletarie che abitano nella fascia urbana industrializzata e proletarie delle zone agricole e sottosviluppate.

Alle prime sono arrivati in qualche modo i messaggi del controllo delle nascite, perché nella fascia urbana i disservizi (case, asili-nido, scuole materne, consultori, ospedali ecc;) sono tali che l'eccessivo aumento della popolazione metterebbe in crisi la struttura organica di sfruttamento ed oppressione capillare che il sistema non vuol far giungere al punto di saturazione.

La cosiddetta rivoluzione sessuale tuttavia, lungi dal modificare il rapporto della donna con il proprio corpo, ha ulteriormente sancito l'estraniamento esistente: inglobata nella logica maschile dei rapporti, la donna è ora chiamata alla gestione partecipe dei medesimi.

Le strutture sanitarie, non occorre dirlo, sono insufficienti, carenti, qualitativamente scadenti.

In questo senso tale dato oggettivo é valido per tutti, uomini e donne. Ma il rapporto che la donna ha con queste istituzioni va completato sotto un duplice aspetto: il disservizio o le carenze pesano in modo più grave sulle donne a cui si richiede un carico di lavoro maggiore. Sono le donne che fanno le file alla mutua e dal medico per tutta la famiglia, che affiancano il lavoro del personale negli ospedali in qualità di infermiere, sotto il nome di 'assistenza'; il lavoro di infermiera poi lo svolgono completamente incasa sia quando i familiari vengono frettolosamente dimessi dall'ospedale perché bisogna far posto ad altri malati più gravi; sia quando incasa qualcuno si ammala.

Questo é l a v o r o d o m e s t i c o e per di più specializzato (secondo i canoni gerarchici capitalistici), viene dato sempre per scontato che esso debba essere fornito gratuitamente dalle donne.

A tale proposito vorremmo anche sottolineare come ci venga richiesto che questo lavoro debba essere invisibile: le madri, sorelle, cognate ecc. che fanno assistenza negli ospedali devono occultarsi quando entra in sala il medico, il quale deve una volta di più poter stabilire il suo rapporto di potere incontrollata e mai collettivo con il malato che chiaramente non é mai in posizione di parità.

Gli ultimi sprazzi di novità "La Carta del Bambino" per cui viene difeso il diritto di avere presenti i genitori (che in questo caso saranno rappresentati dalla madre che, secondo l'ideologia corrente, non lavora), altro non sono che un modo di utilizzare forza-lavoro non pagata che contribuisca a far funzionare

in modo meno rovinoso gli ospedali.
 E' chiaro inoltre che può essere richiesto a noi donne di nasconderci nei gabinetti perchè il lavoro domestico che per tutta la vita eroghiamo gratuitamente, nessuno l'ha mai visto e considerato come lavoro, non viene considerato produttivo perchè il prodotto finito non si é mai visto e la stessa forza-lavoro che noi donne produciamo e riproduciamo ce l'ha sempre negato, disprezzato e considerato come un'estensione del nostro corpo: la lavatrice, l'aspirapolvere sono il prolungamento delle nostre mani, delle nostre gambe e queste ultime pare siano nate solo per fare questi lavari, in modo 'naturale'.

Il secondo aspetto da considerare é il rapporto che le donne hanno con chi rappresenta il potere dell'istituzione medica.

Il medico rappresenta il potere della scienza, é il tecnico che si rivolge alla massa delle donne che per definizione sono ignoranti (anche se laureate).

Lui é "l'uomo che sa" e che come tale può produrre su di noi un duplice potere, più avvalorato dalla scienza: uomo portatore di scienza.

Il medico e la medicina si avvalgono del dato di fatto che per la maggior parte delle donne é difficile e talvolta impossibile l'approccio alla scienza, alla tecnica.

E' ben noto infatti che la formazione culturale delle donne nella scuola oltre ad essere in percentuale molto minore a quella dei maschi, ha caratte prevalentemente umanistico-letterario se non addirittura tecnico-pratico in quella fioritura di istituti 'femminili' il cui scopo é innanzi tutto formare delle brave massaie, ben addestrate al lavoro di domestiche specializzate ed efficienti, suddite mansuete dei loro mariti.

Su questo terreno di mancanza di cultura e di cultura per esseri diversi, inferiori, sottosviluppati, si innesta la mistificazione che si sta cercando di far pasaare ora: riappropriazione della scienza da parte di rutte le donne.

E' evidente che la condizione materiale delle donne impedisce loro di adeguarsi ai livelli tecnici e scientifici della società capitalistica attuale. L'ideologia si trasforma più lentamente della base economica, come sottolinea Reich: "Le strutture caratteriali che corrispondono ad una precisa situazione storica si formano nei loro tratti fondamentali nella prima infanzia ed hanno un carattere molto più conservatore delle forze produttive tecniche, ne consegue che col tempo le strutture psichiche rimangono indietro rispetto allo sviluppo dei rapporti sociali da cui sono scaturite e che si sviluppano rapidamente, ed entrano in conflitto con le successive forme di vita." 4 W. Reich, Psicologia di massa del fascismo, Sugar Edit., p. 50)

Le donne inoltre hanno capito che la scienza capitalistica non potrà in alcun modo beneficiare chi dal processo capitalista è solo sfruttato ed ignorato come soggetto attivo.

La pratica femminista di presa di coscienza del proprio corpo e di gestione autonoma della propria salute ha fatto nascere la concezione di una nuova medicina delle donne.

La conoscenza che le donne raggiungono attraverso l'esperienza e la sperimentazione e che diffondono a gruppi sempre più numerosi di donne, minaccia il concetto di scienza stessa, ma chiaramente mira a sovvertire le basi della società capitalistica.

E' chiaro come abbiamo visto infatti che parlare della medicina significa analizzare la nostra vita, la nostra sessualità, il nostro lavoro, il nostro sfruttamento ed individuare sempre più chiaramente i nostri obiettivi.

La medicina è nata con le donne perché dal loro corpo veniva la vita e da loro venne la volontà di conservarla.

Le donne, medici senza laurea, furono i primi chirurghi, le prime farmaciste, scoprendo i segreti delle piante, le prime levatrici.

Le loro conoscenze venivano dall'esperienza, dalla

riflessione sulla natura di cui erano parte integrante; la terra non nascondeva i suoi segreti alle donne, segreti per mantenere la vita, vita che pulsa nel corpo di ognuna di noi.

Ma erano fuori dalla scienza ufficiale, non avevano libri, si trasmettevano le loro esperienza di madre in figlia. E vennero eliminate dalla medicina e forse fu uno dei momenti più violenti di quel processo con cui l'uomo ha tentato di eliminare la donna in ogni attività: vennero eliminate con la morte.

Migliaia e migliaia di "streghe" furono condannate al rogo solo per aver curato con erbe di sicura efficacia, alcune delle quali sono tuttora presenti nella farmacopea moderna, come la segala cornuta e la bella donna; per aver allevato i dolori del parto; per aver aiutato altre donne ad abortire; per aver trasmesso la loro sapienza.

Per la chiesa medioevale il pericolo era enorme "... la strega era un'empirista, si basava sui suoi sensi più che credere in una fede o in una dottrina (...) il suo atteggiamento non era quello passivo della religione, ma quello attivo della ricerca (...) la chiesa al contrario, era profondamente antiempirista, riteneva privo di valore il materiale e diffidava dei sensi : "il male, che é parte del demonio si insinua attraverso ogni contatto con i sensi" (Sant'Agostino). Nelle persecuzioni alle streghe, misogenia, antiempirismo ed ossessioni sesso-fobiche della chiesa coincidono". (da "Le Streghe Siamo Noi, Il Vaso di Pandora Editrice.)

Ma eliminare le streghe non sarebbe servito se non si fosse creata una figura sostitutiva che gestisse la salute; fu allora inventato il medico, diverso soltanto di una sfumatura dal prete.

E' l'antiempirismo che trionfa sull'empirismo, la teologia sulla scienza, l'ignoranza sulla conoscenza; ne é un esempio il medico di Edoardo II, laureato in medicina e teologia ad Oxford, che usava come terapia per il mal di denti scrivere sulle mascelle del paziente: "Nel nome del padre, del figlio, dello Spirito

santo."

"Satana era ben sicuro di vivere. La chiesa da sola non avrebbe mai potuto distruggerlo. I roghi non valsero a nulla, ma invece una certa politica. Si divise con abilità il regno di satana. Contro sua figlia, su sua moglie, la strega, fu armato suo figlio il Medico. La chiesa che con tutto il cuore odiava quest'ultimo gli affidò il monopolio per spegnere le streghe".
(da J. Michelet, La Strega.)

Ed é così che nasce la medicina maschile, attraverso la violenza, che oltre ad essere l'ennesima oppressione dell'uomo sulladonna é anche un'oppressione di classe, l'eliminazione di una scienza che veniva dal popolo per creare una nuova categoria dominate, quella medica (attualmente rappresentata in Italia dal 94% di maschi).

Nel giro di qualche secolo le donne persero completamente il potere sul loro corpo, mentre gli uomini (padri, mariti, medici) lo hanno acquistato. Ed é proprio questo il problema centrale, le istituzioni mediche acquistando potere sul nostro corpo sono diventate un momento fondamentale di controllo per il mantenimento dell'ideologia sessista che caratterizza la nostra società. "Le discriminazioni in base al sesso nell'educazione, nel lavoro, nella vita pubblica, alla fin fine trovano la loro giustificazione in ciò che é diverso nell'uomo e nella donna: il corpo. La teoria della superiorità maschile in ultima analisi poggia sulla biologia." (da "Le Streghe Siamo Noi").

E' senz'altro vero che la medicina svolge un ruolo di controllo su tutti, soprattutto sulle classi inferiori, ma quello sulla donna riveste una particolare specificità. Non é solo il controllo sulla funzionalità del suo corpo, non é solo l'efficienza nel suo lavoro che interessa; il controllo che interessa maggiormente é quello sulla riproduzione, sul frutto della donna: un altro essere umano.
Così facendo tutta la nostra complessa sessualità vie

ne ridotta ad un'unica funzione: la riproduzione. Esse nel medioevo questa funzione era deputata alla chiesa, che si serviva di leggi sull'aborto e sulla contraccezione, con il divieto di uso di erbe per alleviare i dolori del parto, ora viene demandata completamente alla medicina.

Non sarebbe necessario spiegare queste cose alle donne perchè ognuna di noi sa con che violenza si esprime questo potere assoluto che la medicina detiene sul nostro corpo. Tutte le donne che hanno subito una visita ginecologica, che hanno partorito, che hanno subito un qualsiasi intervento si sono sentite violente, maltrattate, si sono sentite un oggetto nelle mani di chi, nella migliore delle ipotesi era completamente indifferente ed estraneo alle loro vite e ai loro problemi.

Ma è proprio perchè non vogliamo più che questo continui a verificarsi che dobbiamo capire su cosa si basa il potere della medicina su di noi.

La vita sessuale e biologica della donna si srotola con un procedimento che potremo definire spirale. Ciclicamente, ogni 28 giorni, seguendo il ritmo della luna, tutto il nostro corpo, e non solo il nostro utero e non solo durante le mestruazioni, varia, e durante lo snodarsi di questa onda ci sono delle tappe, tappe fondamentali, ricche di implicazioni emotive, psicologiche ed ambientali. La maturazione del nostro corpo, il menarca, la deflorazione, la gravidanza, il parto, l'allattamento, il cessare dei flussi mestruali con la menopausa. E puntualmente, senza che sappiamo spiegarci come, a prescindere dalla nostra volontà, compare il medico in ognuna di queste tappe. La nostra complessità biologica viene considerata malattia, la nostra forza vitale viene considerata insana, al punto tale che noi stesse ci consideriamo malàte.

Ecco il primo metodo di controllo, considerarci malate, perennemente malate, tutto ciò che riguarda la nostra fecondità è malato, abnorme, non fisiologico e di conseguenza noi dobbiamo affidarlo nelle loro esperte e sapienti mani che sapranno capire e interpretare, e quindi elargirci quel poco di salute che solo loro sapranno mettere insieme. Inoltre i medici, molto per scelta, un po' per ignoranza, anche questa colpevole, vedono solo l'aspetto fisiologico dei problemi. Quando entriamo in un ambulatorio, e tanto meglio in un ospedale, varcando quella porta dobbiamo lasciare dietro a noi, situazione economica e sociale, rapporti difficili e insoddisfacenti, paure, angosce, tutto ciò che non siano sintomi, esami, analisi.

Il concetto di salute per la donna è molto diverso che per l'uomo, in quanto il duplice potere del medico, potere sulla malattia (in quanto possiede la capacità di riconoscerla catalogarla e curarla, tutto questo nella migliore delle ipotesi) e potere sul malato (in quanto come medico appartiene ad una classe a cui è dato il potere di controllare e comandare sull'uomo) per quel che concerne la donna è un potere soltanto sul malato, anzi sull'ammalata, in quanto non esiste malattia se non quella di essere donna.

L'errore non sta tanto nel valutare "malattia" le varie fasi del ciclo fisiologico femminile, in questo effettivamente la medicina colpisce nel segno, ma nell'attribuire alla malattia, e solo in questo caso, un carattere di naturalità.

L'esaurirsi dei cicli mestruali, ad esempio, è una fase inevitabile della vita femminile ma non sono altrettanto inevitabili il senso di isolamento, di inutilità, l'assenza di attività sessuale e tutti i disturbi considerati ovvie conseguenze dell'essere in menopausa. Perché, se è vero che in tali circostanze la donna soffre, non è altrettanto vero che la causa di tali sofferenze sia la "naturale debolezza del suo corpo".

"Quella che i borghesi, nel loro accecamento ideologico, chiamano natura non è che la cicatrice di una mu-

tilazione sociale". (T.W., Adorno, Minima Moralia). Le robinsonate della società capitalistica si iniettano così profondamente in noi che il carattere e il corpo femminili vengono considerati "natura" per eccellenza, proprio loro che sono prodotti particolari della società maschile che il capitale ha sussunto a suo uso e consumo.

Ciò che ora ci interessa ancora esaminare è l'incongruenza del comportamento sociale nei confronti della donna che viene considerata malata perchè ha le mestruazioni, perchè è in gravidanza, o in menopausa. Sul lavoro queste condizioni sono motivo di discriminazione rispetto al maschio perchè si ritiene siano causa di un minor rendimento e dell'assenteismo cui spesso ricorrono le donne, senza considerare, o volutamente ignorando, che l'uno e l'altro (laddove davvero esistano) dipendono invece dal maggior carico di lavoro che le donne devono affrontare ogni giorno, perchè sempre e in qualsiasi condizione devono svolgere relavoro domestico. E se qualche volta una donna si concede "il lusso" di farsi credere ammalata è sicuramente per curare qualche altra persona della sua famiglia o per seguire qualche affare che nessuno vuol sbrigare (l'iscrizione dei figli a scuola, le bollette da pagare, ecc..)

Molto più spesso, quando davvero l'ammalata è lei, è costretta ad andare a lavorare per paura di perdere il posto per le troppe assenze accumulate.

Questa necessaria difesa della donna è al tempo stesso un'arma che le si rivolta contro perchè contribuisce a mascherare il lavoro domestico continuamente erogato e il suo valore sociale.

Costretta a svolgere due lavori contemporaneamente, perchè quello domestico non è pagato e deve essere comunque svolto, la donna si trova ad avere una minore considerazione, sia in termini sociali che monetari, anche sul lavoro fuori casa.

Malata dunque, ma con l'obbligo di lavorare sempre. Pensiamo a quante volte durante la sua vita una casa-

linga avrebbe il diritto di smettere di lavorare a causa di nevrosi, allergie da detersivi, reumatismi, gravidanze, ecc.. ed invece la sola cosa che forse ottiene è che le vengano richiesti con gentilezza i servizi che solitamente vengono pretesi come naturale esplicazione del suo lavoro.

A queste forme sottili, ambigue di potere i medici ne aggiungono un'altra, meno mascherata, più brutale: sono gli unici ad detenere il controllo diretto sulla procreazione.

Sembra logico, quasi banale, solo noi sappiamo come e quando avere un figlio, eppure noi non sappiamo come controllare il nostro corpo, talvolta non sappiamo neppure accettarlo in quanto il timore di avere dei figli indesiderati ci ha portato ad odiare il sesso e ad avere, anche per questo, una sessualità negata e repressa, in quanto vissuta esclusivamente per la riproduzione.

E nel caso che ci troviamo, e se ci troviamo per mancanza di conoscenze e di anticoncezionali efficaci, ad avere una gravidanza non voluta, vogliamo avere la possibilità di abortire gratuitamente ed assistite, perchè è ora che si finisca di far finta di non sapere che ogni anno abortiscono tre milioni di donne in situazioni terrificanti e che molte muoiono.

Inoltre è inutile illudersi, nessun medico rinuncerà spontaneamente ai profitti elevatissimi (si pensi che nella città di Padova un aborto col metodo Karman, dal costo complessivo di 10-15.000 lire, esiste una tariffa di 500-700.000) che derivano dagli aborti clandestini per appoggiare una legge sull'aborto. E questo dell'aborto è solo uno degli aspetti della brutale violenza, non solo morale ma anche fisica, che l'istituzione medica esercita sul corpo della donna.

Ed è a scopo di denuncia che vogliamo citare solo alcuni degli infiniti esempi che si potrebbero riportare:

- A livello teorico i metodi per un parto per lo meno

sopportabile, se non indolore, sono stati elaborati, ma questi si fermano all'ingresso della sala travaglio e della sala parto dove le donne vivono queste esperienze come un incubo. Senza parlare della violenza psicologica a cui siamo sottoposte, ricordiamo che il cosiddetto parto pilotato va a tutto favore del medico. Infatti somministrando ossitocinici indiscriminatamente (senza cioè che vi sia sufficiente dilatazione e senza che il collo dell'utero sia appiattito) si produce un'accelerazione del parto, però con dolori molto più intensi, a volte provocando anche sofferenza fetale. Il medico d'altra parte può evitare che la donna partorisca di notte o nelle ore indesiderate e inoltre abbrevia di molto il suo lavoro.

Il problema degli ossitocinici si pone in ogni caso, anche se adoperati con un certo criterio perché provocano sempre un'accentuazione del dolore avvicinando le doglie e aumentando l'intensità, per cui dovrebbero essere usati solo nei casi in cui si rendono necessari e non su tutte le donne.

- Altra violenza che il medico opera sistematicamente sulla donna che deve partorire è l'episiotomia, cioè un taglio tra la vagina e il lato interno della coscia per favorire il passaggio della testa del bambino al momento della nascita. Che questo piccolo intervento si renda necessario in alcuni casi può sembrare evidente, ma che venga applicato di routine ci sembra oltremodo dimostrativo di come il medico pensi a rendere più facile il suo lavoro più che interessarsi realmente del benessere della donna.

-Bisogna ricordare che un numero elevatissimo di donne, in certi casi anche il 40%, vengono private dell'utero.

L'isterectomia viene praticata nei nostri reparti di ginecologia a donne ricoverate anche solo per prolapsio uterino, per emorragia in rapporto a carenza ormonale, per sospetto di fibroma, per situazioni insomma che trarrebbero vantaggio più da una terapia clinica che chirurgica.

Inoltre non vengono avvertite che dopo l'intervento potranno avere normalmente rapporti sessuali, talvolta vengono avvisate solo poco prima che saranno sottoposte all'intervento: fattori che determinano uno stato d'ansia molto elevato e che sono responsabili degli stati depressivi che molto spesso si riscontrano dopo l'isterectomia. Ma al medico che importa? Togliendolo evita la fatica di doverla sottoporre a periodici controlli, indispensabili a quell'età.

- E parliamo anche del famoso PAP test che la medicina borghese propina come il massimo di avanguardia e come esempio di medicina preventiva.

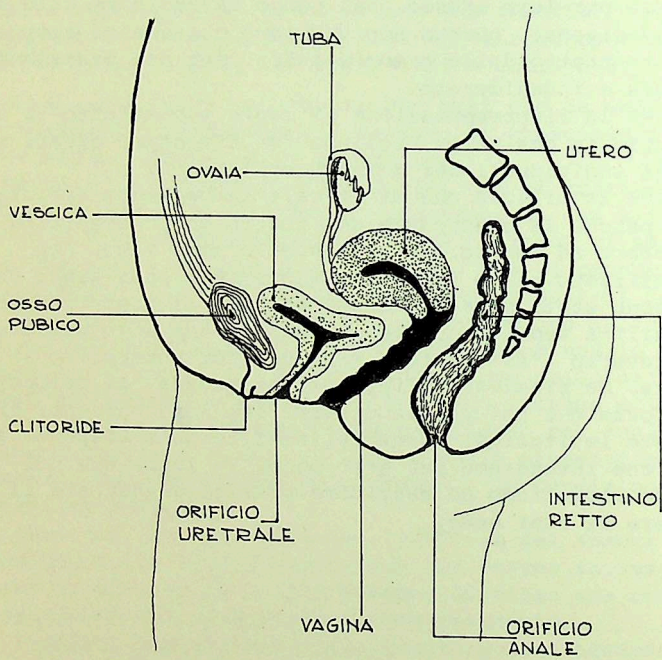
A parte il fatto che di prevenzione non si tratta, perché è soltanto la presa di coscienza di una situazione già in atto, anche se solo all'inizio, ci sembra importante che le donne sappiano che il cancro al collo dell'utero è forse uno dei pochi tumori di cui si conosce l'etiologia. Esso viene provocato dallo smegma, una sostanza che si accumula nel prepuzio per mancanza di pulizia e che a contatto col collo dell'utero può essere canceroso. Per questo sarebbe molto più proficuo, invece di spendere miliardi per analisi a donne vergini, avvertire che la reale prevenzione consiste nell'avere rapporti sessuali in condizioni igieniche adeguate.

Ma come far ciò se la massima incidenza dei tumori è a carico delle classi più povere che vivono in case prive di servizi igienici? Sarebbe rivelare una contraddizione che scoprirebbe immediatamente.

Ma i medici possono mantenere questo potere basandosi sul fatto che le donne sono ignoranti, mantenendole nella loro ignoranza. Hanno inventato il pudore per mantenerci nel nostro secolare stato di soggezione, noi non vogliamo conoscere il nostro corpo, noi ci vergogniamo di parlare di quello che succede dentro di noi, abbiamo paura del sangue e delle malattie, siamo deboli e quindi inferiori.

Contro tutto questo le donne hanno esercitato una posizione difensiva; si sono riappropriate di conoscenze scientifiche per imparare a curarsi, hanno accettato il controllo delle nascite perché per loro significa meno lavoro, lottano per avere gli anticoncezionali perché hanno imparato a conquistarsi dello spazio per loro stesse, del tempo da dedicare alle loro esigenze, perché non vogliono che questo tempo sia sottratto dalle preoccupazioni per una gravidanza temuta e indesiderata.

Ma la riappropriazione si muove soprattutto su un binario in positivo. Vogliamo far diventare questi momenti individuali dei momenti collettivi. Perché la pillola che ci fa male la vogliamo rifiutare, perché la conoscenza del nostro corpo significa imparare ad amarlo, a riconoscerlo come vivo, non atrofizzato nelle parti, nei movimenti, nei gesti che ci sono stati negati. Perché sentire il nostro corpo significa saperlo curare, significa non solo passare attraverso l'istituzione sia pure con un rapporto di forza, ma ribaltare l'istituzione stessa. Il rapporto di forza che noi possiamo stabilire nei confronti di queste istituzioni è ancora insufficiente rispetto a ciò che intendiamo per star bene. La lotta che noi donne riusciremo ad esprimere ci farà guadagnare il potere di star bene.



ANATOMIA E FISILOGIA DELL'APPARATO GENITALE FEMMINILE

Per apparato genitale femminile si intende una serie di organi contenuti nella parte inferiore dell'addome e sono:

- le due OVAIE, che hanno sia il compito di formare gli ovuli sia un'importante funzione nella produzione degli ormoni sessuali femminili (estrogeni e progesterone);
- le VIE GENITALI, che sono costituite:
 - dalle TUBE o TROMBE DI FALLOPIO (due condotti che terminano ad un'estremità in prossimità delle ovaie e all'altra nella cavità dell'utero);
 - dall'UTERO, organo che è destinato ad accogliere il prodotto del concepimento durante il suo sviluppo;
 - dalla VAGINA e dalla VULVA.

anatomia e funzione dell'ovaio

Le ovaie sono poste all'interno del piccolo bacino (parte inferiore dell'addome posta sotto il pube). Esse hanno la forma di mandorla e pesano, nella donna adulta, da 6 a 8 grammi, e le loro dimensioni sono di circa 3 Cm di lunghezza, 2 di larghezza, 1 di spessore. Come abbiamo visto è compito dell'ovaio non solo produrre le cellule-uovo, ma anche una serie di ormoni (ormoni sessuali femminili) che hanno principalmente il compito di agire sulle vie genitali, ma influiscono anche sullo sviluppo del sistema scheletrico, sui depositi di grasso delle varie parti del corpo, sulla crescita dei peli, sul funzionamento dell'ipofisi e, in maniera non del tutto conosciuta, sulle condizioni psicologiche della donna.

L'aspetto e la funzione delle ovaie variano con il procedere dell'età.

Al momento della nascita e per tutta l'infanzia, sino alla pubertà le ovaie ^{non} sono in funzione; si presentano come due piccole mandorle lisce e rosee.

Osservate in sezione al microscopio presentano, immerse nel tessuto connettivo della parte più esterna dell'organo (corticale dell'ovaio) numerose strutture particolari, chiamate FOLLICOLI PRIMORDIALI.

Al centro di ciascun follicolo si trova un OVOCITO (una cellula cioè che, quando l'ovaio entra in funzione, è destinata a dare origine ad un ovulo).

Il numero di follicoli primordiali (e perciò di ovociti) presenti alla nascita è stato calcolato tra i 100.000 e i 400.000; solo alcuni di essi però giungeranno a maturazione; molti regrediscono ancor prima della pubertà: a quest'epoca infatti il numero di follicoli primordiali si aggira sui 3-4.000 e continua a ridursi, tanto che, durante tutto il periodo di vita feconda di una donna, il numero di ovuli prodotti è di circa 4-500.

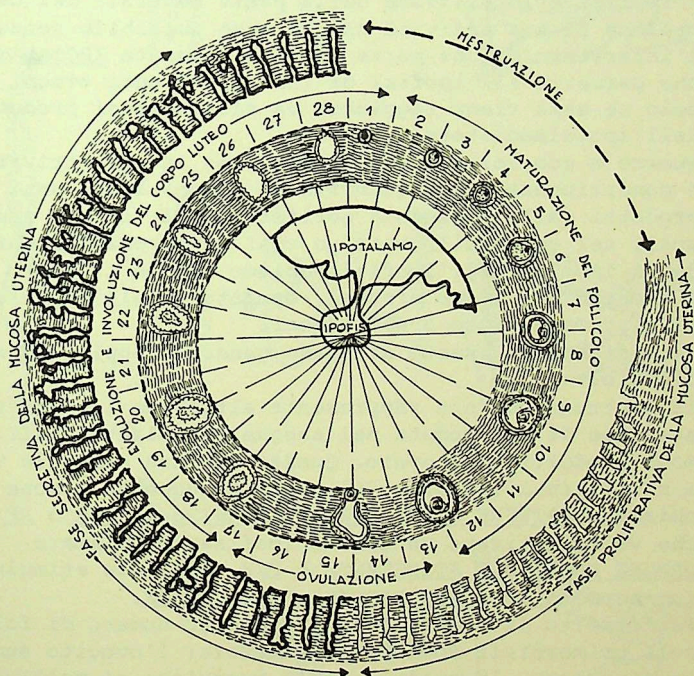
Di fatti durante ogni ciclo viene liberato un solo ovulo. Considerando che la vita feconda di una donna è di 35-40 anni e che ogni anno ci sono circa 13 cicli si arriva a determinare il numero di ovuli che giungono a maturazione.

Nel follicolo primordiale gli ovociti sono circondati da un unico strato di cellule epiteliali, che prendono il nome di CELLULE DELLA GRANULOSA.

All'età della pubertà, l'ovaio comincia ad entrare in funzione. Tale funzione si svolge ciclicamente: l'organo cioè va incontro ad una serie di modificazioni, al termine delle quali si ritrova nelle condizioni di partenza, in modo che le stesse modificazioni possano ricominciare a verificarsi, a intervalli fissi e regolari di circa 28 giorni.

Analizziamo ora quali sono le modificazioni cui va incontro l'ovaio.

Il nostro corpo può funzionare con armonia perché ogni sua parte, ogni suo organo è collegato ed interdipendente agli altri.



Ci sono due grossi sistemi di coordinazione: il SISTEMA NERVOSO e gli ORMONI, che sono sostanze prodotte da alcune ghiandole e immesse nel sangue, attraverso il quale raggiungono i vari organi che sono destinati ad influenzare. Ora anche l'ovaio é sottoposto a questo controllo e la ghiandola che lo regola é l' IPOFISI. Essa rappresenta un centro regolatore di tutti quegli organi ed apparati che sono deputati a mantenere la vita vegetativa dell'organismo. L'ipofisi é localizzata nella parte centrale del cervello e la sua attività non sarebbe possibile senza l'intervento di una parte di esso chiamata IPOTALAMO che permette all'ipofisi di liberare i suoi ormoni solo se essa viene raggiunta da altri ormoni prodotti dall'ipotalamo stesso.

Questo a sua volta non é libero, ma la sua attività é condizionata dalla quantità di ormoni circolanti prodotti dalla ghiandola periferica, gli ormoni sessuali nel caso dell'ovaio, e così il cerchio si chiude. A livello dell'ipofisi abbiamo dunque il punto di incontro tra i due sistemi regolatori dell'organismo: il sistema nervoso e gli ormoni.

Vediamo ora questo discorso generale applicato all'ovaio:

la mestruazione non rappresenta altro che la manifestazione di una caduta nel sangue circolante degli ormoni prodotti dall'ovaio. Questa carenza ormonale va a stimolare l'ipotalamo il quale produce un ormone chiamato FATTORE LIBERANTE o RELEASING FACTOR o RF che va ad attivare un ormone ipofisario chiamato ORMONE FOLLICOLO STIMOLANTE o FSH (follicle stimulant ing hormone) o GONADOTROPINA FOLLICOLARE.

Per effetto di questo ormone un certo numero di follicoli primordiali comincia a maturare: l'ovocito aumenta di volume, le cellule della granulosa si moltiplicano disponendosi in più strati tutt'intorno all'ovocito. Poco dopo, tra queste cellule compare una cavità: "cavità follicolare", con l'ingrandirsi della quale il follicolo risulta così costituito:

- una cavità ripiena di liquido limpido e vischioso (liquido follicolare);
- una parete costituita dalle cellule della granulosa disposte in pochi strati; solo nel punto in cui si trova l'ovocito le cellule si ammassano a formare un rilievo chiamato CUMULO OOFORO;
- all'esterno della granulosa si trova uno strato formato di piccole cellule che hanno la funzione di produrre ormoni particolari: gli estrogeni.

Dei vari follicoli la cui maturazione ha avuto inizio uno solo raggiunge lo sviluppo completo: gli altri vanno incontro a processi regressivi. Il follicolo man mano che si ingrandisce sporge sempre più sulla superficie dell'ovaio, mentre la pressione esercitata dal liquido follicolare tende ad assottigliare via via la parete esterna.

La maturazione completa di un follicolo richiede in media due settimane.

Poco prima della maturazione, l'ovulo si presenta come una grossa cellula, esso è circondato da una membrana chiamata ZONA PELLUCIDA. Attorno ad essa sono disposti come raggi le cellule del cumulo ooforo che nel loro insieme prendono il nome di CORONA RADIATA. La produzione di estrogeni da parte delle cellule del follicolo va a stimolare, a livello dell'ipotalamo, la produzione di un altro ormone LH-RF (fattore liberante LH), il quale a sua volta stimola l'ipofisi a produrre la GONADOTROPINA LUTEIFORMATIVA o LH (luteinizing hormone).

Questo ormone viene secreto in quantità notevole (picco del LH).

La brusca elevazione di LH si ripercuote a livello dell'ovaio determinando la rottura del follicolo e l'ovulazione.

L'ovulazione consiste nel fatto che il follicolo diventato teso e sporgente sulla superficie dell'ovaio, si apre e l'ovocito, circondato dalle cellule della corona radiata, viene trascinato fuori dall'ovaio con la corrente del liquido follicolare vischioso e verrà raccolto da una delle tube che lo convoglierà verso

l'utero.

Dopo l'ovulazione, la piccola apertura che si era formata sulla superficie dell'ovaio si chiude rapidamente e le cellule della granulosa vanno incontro ad un'importante serie di modificazioni. Innanzi tutto esse si moltiplicano in modo che lo strato della granulosa diviene molto alto e assume un aspetto pieghevole venendo ad occupare la maggior parte del follicolo. Sempre per azione del LH queste cellule iniziano a produrre oltre agli estrogeni anche un nuovo ormone: il progesterone.

L'elevato tasso di ormoni sessuali in circolo inibisce l'ulteriore produzione di LH il quale ritorna a livelli basali.

Il progesterone dà una colorazione giallastra alle cellule per cui la nuova struttura che si è formata viene chiamata CORPO LUTEO (luteus=giallo), mentre le cellule della granulosa modificate nel modo che abbiamo descritto prendono il nome di CELLULE LUTEINICHE.

Se l'ovulo viene fecondato ed ha inizio la gravidanza, il corpo luteo, attraverso varie modificazioni si trasformerà in CORPO LUTEO GRAVIDICO, se invece l'ovulo non viene fecondato il corpo luteo, nei 14 giorni successivi all'ovulazione, va incontro a fenomeni regressivi: le sue dimensioni si riducono, le sue cellule gradatamente scompaiono, la produzione di progesterone e di estrogeni diminuisce fino a cessare. Alla fine al posto del corpo luteo non rimane che una piccola cicatrice di colore biancastro, chiamata perciò CORPO ALBICANTE.

Venendo a mancare la produzione di estrogeni, l'ipofisi viene stimolata a produrre nuovamente l'ormone follicolo-stimolante, il quale a sua volta determina la maturazione di nuovi follicoli. Inizia così il nuovo ciclo.

Mentre la formazione e l'evoluzione del corpo luteo richiedono in tutte le donne 12-14 giorni, la maturazione del follicolo richiede un periodo che può variare entro limiti un po' più ampi: questo spiega le differenze di durata del ciclo mestruale, strettamente

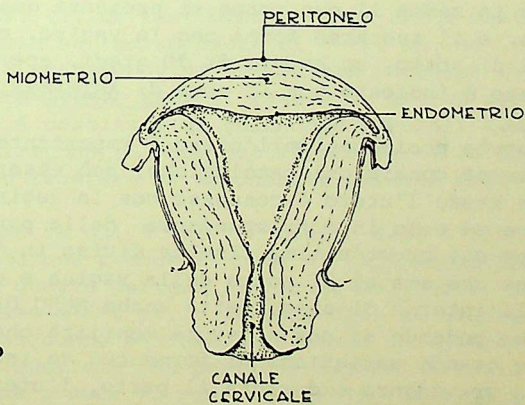
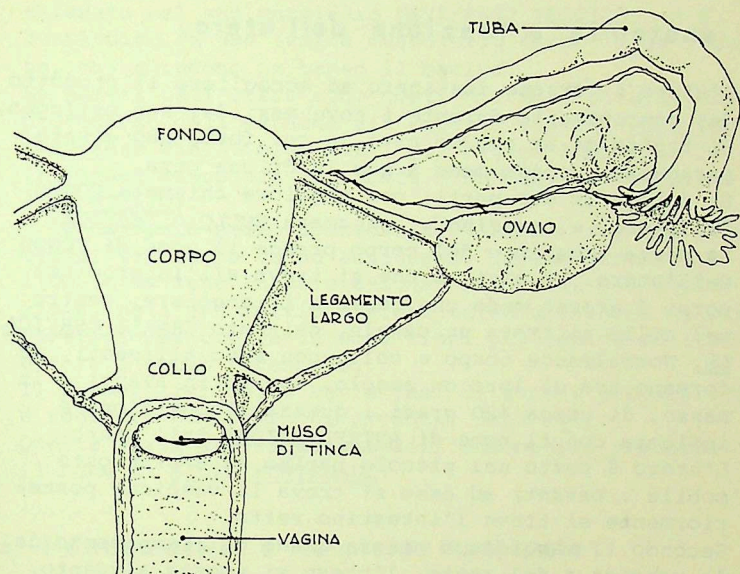
dipendente dal ciclo ovarico, che si osservano nelle varie donne.

Per ultimo é opportuno ricordare che, nel 10% circa dei casi, si verifica la contemporanea maturazione di due follicoli (uno per ovaio) e la conseguente liberazione di due ovuli: questo fatto spiega quel tipo di parto gemellare che dà origine a due individui diversi tra loro (falsi gemelli).

anatomia e funzione delle tube

Le tube (denominate anche SALPINGI o TROMBE DI FALLO-PIO) sono due condotti lunghi circa 12 cm. che si originano ai due lati del fondo dell'utero e terminano in corrispondenza delle ovaie. La loro parte terminale si allarga a forma di imbuto con bordi sfrangiati. Non esiste contatto permanente tra le tube e l'ovaio se non al momento dell'ovulazione. In taluni casi però anche questo contatto può non verificarsi. Allora l'ovulo maturo cade nella cavità addominale dove può essere raggiunto da uno spermatozoo e dare origine ad una gravidanza extrauterina.

La tuba ha due funzioni principali: quella di catturare l'ovocito nel momento in cui viene liberato dall'ovaio (infatti al momento dell'ovulazione la salpinge aderisce strettamente all'ovaio per mezzo delle sue fimbrie che si inturgidiscono di sangue e le ricoprono per tre quarti), e quella di dare passaggio all'ovulo mentre emigra verso la cavità uterina. Inoltre, attraverso la tuba passano gli SPERMATOZOI, elementi seminali maschili che si muovono incontro all'ovulo. Proprio nella salpinge avviene l'incontro degli spermatozoi con l'ovulo e ha luogo la fecondazione.



UTERO VISTO
DALL' ESTERNO
E IN SEZIONE

anatomia e funzione dell'utero

L'utero é l'organo destinato ad accogliere il prodotto del concepimento durante i nove mesi del suo sviluppo. Si tratta di un organo cavo la cui forma può essere paragonata grosso modo a quella di una pera.

Si divide in due parti: una maggiore chiamata CORPO dell'utero, e una minore, chiamata COLLO o CERVICE.

La parte superiore del corpo prende il nome di FONDO dell'utero. La cavità che si trova all'interno del corpo é grosso modo una fessura triangolare, mentre nel collo si trova un canale, chiamato CANALE CERVICALE. Normalmente corpo e collo non sono allineati, ma formano tra di loro un angolo, aperto in avanti e in basso, di circa 120 gradi : questa disposizione é indicata con il nome di ANTEFLESSIONE dell'utero. L'utero é posto nel piccolo bacino ed é piuttosto mobile . Davanti ad esso si trova la vescica, posteriormente si trova l'intestino retto.

Secondo il maggiore o minore grado di riempimento della vescica o del retto, l'utero si sposta alquanto, ma in media il suo corpo si presenta quasi orizzontale, e il suo asse forma con la vagina, che si trova al di sotto, un angolo di 90 gradi, aperto in avanti: esso é indicato con il nome di ANTEVERSIONE DELL'UTERO.

Questa posizione dell'utero é importante, perché in alcune condizioni patologiche, può essere modificata. In basso l'utero é connesso con la vagina, che si unisce ad esso in corrispondenza della parete del collo, per cui quest'ultima risulta divisa in due parti: una che sta al di sopra della vagina e una che sporge all'interno di essa, detta anche MUSO DI TINCA.

Pur godendo di una notevole mobilità che gli consente le grandi variazioni di forma cui va incontro durante la gravidanza e durante il parto, l'utero é dotato di un valido APPARATO di SOSPENSIONE, costituito dai legamenti rotondi, dai legamenti larghi, dai legamenti

utero-sacrali e dai legamenti utero-pubici e di un apparato di sostegno molto forte. Quest'ultimo viene chiamato nel suo complesso PAVIMENTO PELVICO, ed è costituito da due lamine muscolari, disposte ad imbuto, che chiudono in basso il bacino.

Le pareti dell'utero sono costituite da 3 strati, che, procedendo dall'esterno all'interno sono: il PERITONEO (membrana che avvolge tutti gli organi addominali), la tonaca muscolare (chiamata MIOMETRIO) e la mucosa (ENDOMETRIO).

E' proprio nello spessore dell'endometrio che l'ovulo, fecondato va ad annidarsi. Perciò mentre nell'ovaio avviene la maturazione dell'ovulo e l'ovulazione, nell'endometrio avviene tutta una serie di preparativi per creare le condizioni più adatte ad accogliere l'ovulo fecondato.

Il susseguirsi delle varie fasi di questi preparativi è regolato dagli ormoni prodotti dall'ovaio.

Queste varie modificazioni dell'endometrio prendono il nome di CICLO MESTRUALE.

l'endometrio e il ciclo mestruale

All'inizio del ciclo, cioè dopo la fine della mestruazione la mucosa ha uno spessore di 1-1,5 mm. ed è rappresentata unicamente da quella sua porzione che viene chiamata STRATO BASALE. Essa è in attiva proliferazione ed è costituita da ghiandole tubolari semplici, che si dirigono in modo rettilineo verso la superficie, e sono separate da abbondante tessuto connettivale.

Il periodo che va dal 5° al 14° giorno dopo l'inizio della mestruazione prende il nome di FASE PROLIFERATIVA perché in questo periodo la mucosa dell'utero si ispessisce fino a 6-8 mm. , le ghiandole si allungano e diventano alquanto sinuose, assumendo un andamento a cavatappi. Questa nuova porzione ispessita della mucosa uterina prende il nome di STRATO FUNZIONALE.

Il succedersi di questi fenomeni è stimolato dagli

ESTROGENI che sono prodotti dal follicolo ovarico in via di maturazione. Circa al 14° giorno del ciclo avviene l'ovulazione ed il follicolo si trasforma in corpo luteo ; quest'ultimo produce il PROGESTERONE, l'ormone responsabile delle successive modificazioni della mucosa uterina. Si entra in questo modo nella FASE SEGRETTIVA; le ghiandole, che durante la fase precedente si erano sviluppate in modo completo, cominciano a secernere abbondantemente, mentre il tessuto connettivo che le circonda diviene turgido. Le piccolissime arterie che decorrono parallele alle ghiandole diventano tortuose e formano una fittissima rete subito al di sotto della superficie della mucosa. Se l'ovulo liberato dall'ovaio è fecondato, viene ad annidarsi nell'endometrio che è nelle condizioni ottimali per accoglierlo. Se invece l'ovulo non è stato fecondato, il corpo luteo regredisce e di conseguenza diminuisce e cessa la produzione degli ormoni ovarici. L'endometrio senza la stimolazione di questi ormoni regredisce fino a degenerare. Al 28° giorno inizia un processo di distruzione: il sangue strava-
nello spessore della mucosa, separando lo strato funzionale da quello basale: il primo si distacca a brandelli, che vengono eliminati assieme al sangue. L'eliminazione di questo materiale dura 3 o 4 giorni e prende il nome di MESTRUAZIONE. La quantità di sangue perduto in complesso ad ogni mestruazione è di circa 100-200 grammi. Sebbene il sangue coaguli quando esce dai vasi endometriali il flusso mestruale è liquido perchè in vagina viene sciolto. L'emissione di sangue mestruale in grossi coaguli significa che il passaggio vaginale è rapido. Alle modificazioni cicliche che abbiamo descritto non partecipa la mucosa del collo: le ghiandole che vi si trovano solo al 14°-16° giorno, quando cioè è appena avvenuta l'ovulazione e l'ovulo è fecondabile, producono in particolare quantità un muco fluido e filante che facilita la salita degli spermatozoi verso la cavità uterina.

anatomia e funzione della vagina

La VAGINA è un canale virtuale, con pareti notevolmente elastiche, che si inserisce con la sua estremità superiore sul collo dell'utero, mentre con la estremità inferiore è in comunicazione con l'esterno attraverso un orifizio, che nella donna vergine è chiuso parzialmente da una sottile membrana: L'IMENE. La sua lunghezza è di circa 7 centimetri; poichè la parte inferiore del collo dell'utero sporge all'interno del lume vaginale (formando il cosiddetto MUSO DI TINCA) la distanza dell'orifizio del canale cervicale dall'esterno è di circa 5 centimetri.

Per questa disposizione, la vagina viene a formare attorno al collo dell'utero dei cul di sacco che sono denominati FORNICI VAGINALI (anteriori, posteriori e laterali). Il lume vaginale non è aperto completamente: la parete anteriore e la parete posteriore si toccano, per cui, se la si osserva in una sezione trasversale, la vagina ha la forma di una H.

Davanti alla vagina si trovano la VESCICA URINARIA e l'URETRA; posteriormente si trova l'intestino retto. La vagina è rivestita da epitelio pavimentoso pluristratificato, particolarmente sensibile agli ormoni sessuali. Per ciò durante il ciclo ovarico, col variare della quantità dei vari ormoni sessuali femminili che si trovano nel sangue, anche l'epitelio vaginale va in contro a modificazioni cicliche, in base alle quali è possibile stabilire le condizioni ormoniche in cui la donna si trova in un certo momento.

Anche il muco cervicale, che possiamo prelevare dalla vagina, varia al variare del tasso degli ormoni sessuali presenti in circolo. Infatti se noi disponiamo su un vetrino del muco di una donna che sia nella prima metà del ciclo osserveremo che per effetto degli estrogeni questo muco cristallizza e osservato al microscopio, dà la caratteristica figura a foglia di felce. Questo muco è fluido, soprattutto nella parte centrale del ciclo, per rendere adatto il passaggio degli spermatozoi. Quando è avvenuta l'ovulazione e l'ovaio comincia a produrre progesterone il

muco non cristallizza più e diventa denso e inaccessibile al passaggio degli spermatozoi. Ricorderemo anche che la comparsa degli estrogeni al la pubertà determina un aumento di spessore dell'epitelio vaginale e, contemporaneamente, l'accumulo nelle cellule di GLICOGENO sostanza costituita da moltissime molecole di glucosio (zucchero) unite fra loro. Nelle cellule della mucosa vaginale il glicogeno viene scisso in glucosio; contemporaneamente si impianta nella vagina un bacillo particolare (BACILLO DI DODERLEIN che è sempre presente nella vagina della donna sessualmente matura) il quale si nutre di glucosio che trasforma in ACIDO LATTICO. quest'ultimo viene riversato nel lume vaginale, creandovi una particolare acidità: poiché tutti i germi nocivi, che facilmente penetrano nella vagina, non possono vivere in ambiente acido, ne deriva che, grazie alla presenza del bacillo di Doderlein, si ha una vera e propria AUTOPURIFICAZIONE della vagina.

Cerchiamo ora di collegare tutti questi fenomeni e di comprendere il finissimo meccanismo che li collega l'uno all'altro determinandone la successione nel tempo. Il centro regolatore è costituito dall'ipofisi, la quale produce, come abbiamo visto, degli ormoni che, versati nel sangue, si distribuiscono in tutto l'organismo, e sono capaci di stimolare la funzione dell'ovaio. D'altra parte la funzione dell'ipofisi è regolata da stimoli nervosi, per cui si comprende come possano esistere strette correlazioni fra il sistema nervoso e la regolazione della funzionalità dell'apparato sessuale.

L'ORMONE FOLLICOLO-STIMOLANTE (F.S.H.) stimola l'accrescimento e la maturazione del follicolo ooforo, il quale produce estrogeni. Questo, versato nel sangue, raggiunge ogni punto dell'organismo.

Grazie ai suoi molteplici effetti, mentre nell'ovaio avviene la maturazione dell'ovocito, nel resto dello organismo si svolgono tutti i preparativi necessari per accoglierlo, nell'eventualità che venga fecondato. Infatti l'estrogeno determina nell'utero la fase pro

liferativa dell'endometrio, mentre nella vagina determina l'ispessimento della mucosa, l'accumulo di glicogeno e l'intensa desquamazione di cellule corneificate, cioè ricche di cheratina (la sostanza caratteristica delle corna, dei peli ecc.).

Nella mammella l'estrogeno stimola lo sviluppo dei DOTTI GALATOFORI (piccolissimi canali che convogliano il latte verso il capezzolo).

Ma l'azione dell'ormone estrogeno non si limita agli organi genitali: col sopraggiungere della pubertà, esso agisce sia sul sistema scheletrico, spingendo il bacino ad assumere la forma tipica del bacino femminile, sia sui depositi di grasso, di cui favorisce la tipica deposizione, sia infine a carico del sistema pilifero, determinando la crescita dei peli alle ascelle e al pube.

Gli ormoni estrogeni inoltre accrescono il metabolismo basale e la temperatura corporea, stimolando i processi di nutrizione dei tessuti e favoriscono la cicatrizzazione delle ferite; parei determinino quelle modificazioni del comportamento che sono comunemente chiamate estro o calore.

Quando ha raggiunto un certo livello, l'estrogeno agisce sull'ipofisi, stimolando la produzione di GONADOTROPINA LUTEO-FORMATIVA.

Questa, agendo sul follicolo ormai sviluppato, determina l'ovulazione e la trasformazione del follicolo in corpo luteo.

Avvenuta l'ovulazione, i processi vengono intensificati per l'intervento dell'ormone prodotto dal corpo luteo (sotto lo stimolo della gonadotropina luteo-secreta prodotta dall'ipofisi): il PROGESTERONE. Esso determina a carico dell'endometrio la fase secreta, mentre nell'epitelio vaginale determina un rallentamento della corneificazione.

Affinché queste modificazioni avvengano, è necessario che ciascuno di questi tessuti sia stato preparato dall'azione degli ormoni estrogeni.

Il progesterone blocca la maturazione dei follicoli oofori e perciò impedisce che, durante questa parte

del ciclo, avvengono altre ovulazioni. Esso provoca un leggero aumento della temperatura corporea e stimola l'accrescimento della parte acinosa delle ghiandole mammarie.

Se l'ovulo viene fecondato il progesterone nella gravidanza assume un ruolo di estrema importanza; se invece la fecondazione non ha luogo, quando esso ha raggiunto un certo livello nel sangue blocca la produzione da parte dell'ipofisi di tutti gli ormoni gonadotropi.

Il fatto che questi ormoni vengano a mancare fa sì che venga a mancare lo stimolo perché l'ovaio produca i suoi ormoni: cessa così la produzione di estrogeni e di progesterone e di conseguenza diminuisce la quantità di questi ormoni nel sangue.

La mucosa uterina, venendo a mancare di ormoni che ne avevano determinato le modificazioni, va incontro ad una brusca smobilitazione: la MESTRUAZIONE.

La riduzione degli ormoni ovarici nel sangue, infine, stimola l'ipofisi a produrre nuovamente l'ormone follicolo-stimolante: il ciclo in questo modo riprende.

SESSUALITA' E CONTRACCEZIONE

Che i contraccettivi siano una conquista delle donne e che la richiesta di metodi sempre più appropriati sia sostenuta dalle lotte di esclusivo appannaggio delle donne, appare, a noi evidente. E questo non solo perché appartiene al patrimonio storico delle donne la prima elaborazione e sperimentazione di metodi anticoncezionali (bava di cammello, lavande - tamponi di erbe e sterco di animali) mentre l'interesse della società maschile al controllo delle nascite si espresse nell'antichità con le proposte di aborto e infanticidio), ma anche perché non si è mai visto a questo proposito un intervento collettivo di maschi organizzati sulla richiesta di contraccettivi di sicura efficacia (loro che dispongono del solo preservativo), non nocivi (il coito interrotto non è certo innocuo), privi di effetti collaterali (non sono in uso a tutt'oggi farmaci per il controllo della fertilità maschile), etc.

Di fronte alla necessità di adottare un metodo contraccettivo più sicuro del coito interrotto e più soddisfacente del preservativo maschile, la scelta cade necessariamente a carico della donna che non è comunque messa nelle condizioni di regolare efficacemente la propria fertilità.

I metodi contraccettivi attualmente a disposizione non sono in grado di garantire a tutte le donne un libero esercizio della propria sessualità completamente svincolato dalla maternità: il maggior grado di sicurezza (indice di Pearl 0,02 %) lo offre la steri-

 † L'indice di Pearl indica il tasso di insuccesso di un metodo calcolandolo in base al seguente rapporto:

$$\frac{n^{\circ} \text{ gravidanze constatate} \times 1200 \text{ cicli}}{n^{\circ} \text{ donne campione} \times n^{\circ} \text{ mesi di uso del metodo}} = \text{gravidanze} \times 100 \text{ anni-donna}$$

Esemplifichiamo supponendo che a 50 donne (campione) venga somministrato l'uso di un certo metodo per il periodo di 12 mesi e che durante questo periodo si ve-

lizzazione che però, oltre ad essere un metodo difficilmente reversibile, è proibita in Italia; seguono la pillola combinata (0,25 %) e i dispositivi intrauterini (1-2%), entrambi i metodi sono però mal tollerati da un consistente numero di donne ed entrambi non costituiscono una soluzione da adottare permanentemente nella vita fertile della donna, i restanti metodi (diaframma, spermicidi, coito interrotto,.. oscillano tra percentuali di errore dal 3 al 38%. E' chiaro comunque che fintanto che noi donne non avremo ottenuto le condizioni ottimali in fatto di contraccezione, vogliamo poter conoscere ed usare tutti i mezzi a disposizione che crederemo opportuni, senza falsi allarmismi, senza preconcezioni, con serietà di informazione da parte di chi tali mezzi ha inventato e di chi ce li somministra senza averli mai usati sulla propria pelle.

Troppi figli indesiderati sono nati, troppe donne sono morte di aborto, troppi sono i condizionamenti che ancora viviamo perché si sia disposte a cedere ancora ad altri il controllo del nostro corpo. La somma delle condizioni di cui è necessario tener conto nella scelta degli anticoncezionali è talmente complessa da escludere la possibilità che uno stesso farmaco o mezzo meccanico possa soddisfare le esigenze di tutte le donne.

L'età, le condizioni di salute, la familiarità col proprio corpo,... si rivelano fattori fondamentali nella determinazione del grado di accettabilità degli

fichino 2 gravidanze. Tenendo presente che il 1200 nella formula sta ad indicare il n' dei cicli mensili in 100 anni per ogni donna, il calcolo del rischio nell'uso del metodo sarà:

$$= \frac{2}{50} \times \frac{1200}{12} = 4 . \text{ Il risultato, in questo caso } 4, \text{ in-}$$

dica il n' di gravidanze che si verificheranno nel corso di 100 anni donna di uso del metodo. Il metodo presenta un tasso di insuccesso pari al 4%.

degli anticoncezionali, insieme naturalmente all'innocuità e alla sicurezza degli stessi.

E poiché non tutti gli anticoncezionali sono innocui e tantomeno sicuri al 100% è necessario che l'adozione di uno o più di essi sia il risultato di una nostra precisa scelta che ci permetterà di godere della nostra sessualità senza assoggettare il nostro corpo ai mezzi che usiamo o alla sessualità del maschio.

Il problema del controllo della fecondità nasce dalla posizione di potere dell'uomo sulla donna, dall'imposizione più o meno diretta di rapporti utili a soddisfare la sua sessualità che sembra trovare nel coito la più alta espressione.

La sessualità della donna è invece ancora senza storia. L'equazione sessualità femminile = maternità ci è stata riproposta in migliaia di modi sotto forma di pressioni più o meno esplicite così costantemente, ad ogni ora della nostra evoluzione che ha lasciato dei segni più o meno evidenti nella psiche di ciascuna di noi. Attraverso l'imposizione dell'immagine della donna-madre, non solo ci è stata negata una sessualità al di fuori della riproduzione, ma anche ci è stato imposto un ruolo sessuale e sociale passivo e sostanzialmente masochista. Non è infatti il piacere lo scopo della donna-madre nei rapporti sessuali. Ci è stato concesso di considerare tali rapporti come positivi solo in vista del loro risultato finale: il concepimento.

La rivolta contro un ruolo subito, contro il potere sociale si è manifestato e si manifesta nel masochismo, nuova vilolenza contro di noi, odio del nostro super io maschile verso ciò che di noi resta o ricorda.

Il peso schiacciante di uno stereotipo assurdo e assolutamente irrealista ha potuto distruggere la vita sessuale di milioni di donne. Eppure anche noi, donne in lotta contro la propria schiavitù proviamo ancora paura di non avere una identità sufficientemente certa.

La paura espressa o meno a livello cosciente, di non essere autosufficienti, di avere ancora bisogno di me

diazioni con questa società che pure razionalmente combattiamo.

Abbiamo però ormai rifiutato di essere macchine per fare figli e strumenti per il piacere dell'uomo.

Non possiamo non vedere nella sola propaganda degli anticoncezionali una mutilazione apportata alla nostra personalità.

Il primo controllo della nostra fertilità lo dobbiamo attuare attraverso il rispetto della nostra sessualità, nella scelta del nostro partner e nell'esplorazione di tutti i possibili modi di fare all'amore che esprimano l'interesse totale per la persona e non solo per una parte del suo corpo.

LA CONTRACCEZIONE

La pillola combinata

cos'è la pillola

Quella che viene definita comunemente con il termine pillola è un'associazione di due tipi ormonali: un estrogeno e un progestinico. I vari tipi di pillola che troviamo in commercio variano per il tipo di ormoni usati e per la dose di questi.

meccanismo d'azione

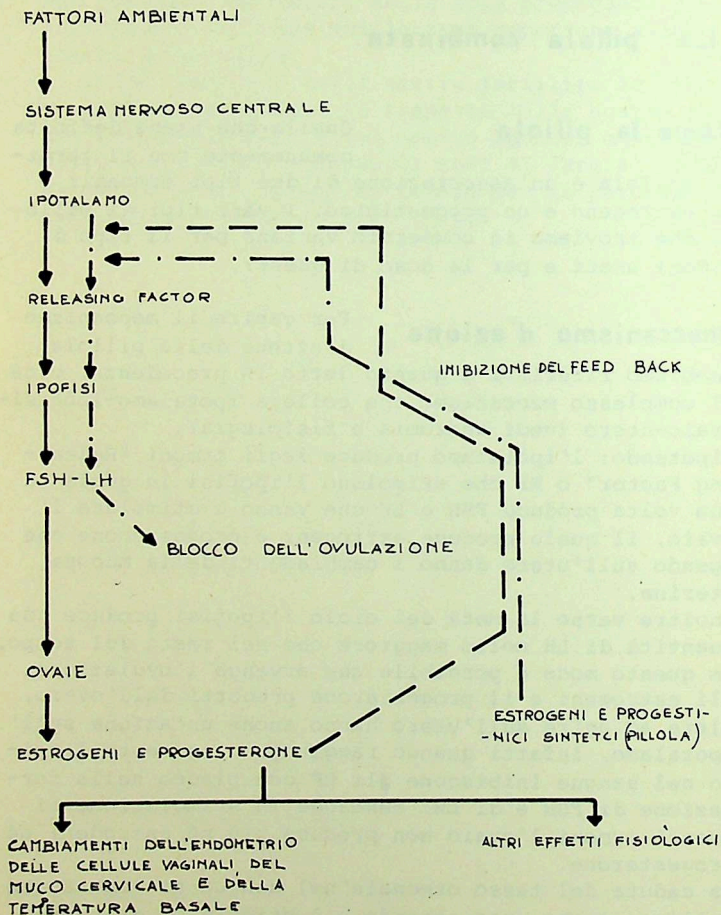
Per capire il meccanismo d'azione della pillola dobbiamo riferirci a quanto detto in precedenza, cioè al complesso meccanismo che collega ipotalamo-ipofisi-ovaio-utero (vedi anatomia e fisiologia).

Ripetendo: l'ipotalamo produce degli ormoni "Releasing Factor" o RF che stimolano l'ipofisi la quale a sua volta produce FSH e LH che vanno a stimolare l'ovaio, il quale produce estrogeni e progesterone che agendo sull'utero danno i cambiamenti della mucosa uterina.

Inoltre verso la metà del ciclo l'ipofisi produce una quantità di LH molto maggiore che nel resto del tempo, in questo modo è possibile che avvenga l'ovulazione. Gli estrogeni e il progesterone prodotti dall'ovaio, oltre ad agire sull'utero hanno anche un'azione sull'ipotalamo, infatti quando raggiungono un certo livello nel sangue inibiscono gli RF con blocco nella formazione di FSH e di LH. Mancando la stimolazione di questi ormoni l'ovaio non produce più né estrogeni né progesterone.

La caduta del tasso ormonale nel sangue si ripercuote sull'utero che, non essendo più stimolato, degenera e si hanno le mestruazioni.

SCHEMA DEI PRINCIPALI FATTORI REGOLANTI
IL CICLO ORMONALE DELLA DONNA.



Ora é evidente che assumendo noi dall'esterno una certa quantità di estrogeni e di progesterone creiamo una situazione tale per cui nel sangue c'è sempre un livello di ormoni sessuali tale da bloccare la produzione da parte dell'ipofisi del picco ovulatorio di LH. Mancando questa stimolazione l'ovaio non ovulerà. Questa é la principale azione contraccettiva della pillola.

Oltre a questa l'assunzione giornaliera di ormoni sessuali svolge altre azioni nel nostro corpo, talune ancora sconosciute.

- A livello dell'ovaio diminuisce la sensibilità alle poche gonadotropine (FSH e LH) prodotte. Questo fa sì che vengano prodotti meno estrogeni e progesterone naturali.
- Il progestinico contenuto nella pillola agisce sul muco cervicale rendendolo inadatto al passaggio degli spermatozoi.
- Si hanno cambiamenti a livello della mucosa uterina ma questi variano a seconda dell'associazione da noi assunta. Sappiamo infatti che gli estrogeni stimolano la proliferazione della mucosa uterina, mentre il progesterone produce un'atrofia dell'endometrio.
Dunque se noi abbiamo mestruazioni abbondanti e lunghe vorrà dire che nel nostro utero l'azione preponderante é svolta dagli estrogeni, se invece sono scarse, brevi e un pò ritardate l'attività del progesterone é predominante.

Clima della pillola Questo sarà un criterio discriminativo nella scelta del tipo di pillola, infatti se le mestruazioni sono abbondanti si preferirà un tipo di pillola con attività progestinica (attività che non significa solo quantità maggiore, ma anche il risultato dell'associazione tra un estrogeno e quel tipo di progestinico) per controbilanciare la tendenza del nostro corpo a pro-

durre estrogeni; nel caso contrario si sceglierà una pillola con attività estrogenica.

Questa attività viene definita CLIMA della pillola che può essere estrogenico o progestinico. (vedi tabella).

Nel caso che siate nella maggioranza delle donne, cioè che abbiate mestruazioni né scarse né abbondanti, né lunghe né corte, scegliete una pillola a basso dosaggio di entrambi i tipi ormonali.

effetti collaterali da

equilibrio ormonale

E' molto importante sapere questo per esigere dal medico una

accurata indagine prima che ci consigli il tipo di pillola da adottare e per non essere passivamente e completamente sprovviste di fronte alle sue proposte.

Non dobbiamo dimenticare infatti che molti effetti collaterali possono essere evitati scegliendo una pillola con clima adatto a noi.

Infatti se avete:

- Nausee, vomito, edema (gonfiore), aumento di peso, cefalea (mal di testa), male ai seni, leucorrea (perdite bianche), crampi uterini, pigmentazioni cutanee (macchie scure) significa che esiste un effetto estrogenico in eccesso.
- Vampate di calore, atrofie delle mucose genitali, dispareunia (dolore durante i rapporti sessuali) esiste una carenza estrogenica.
- Aumento dell'appetito, stanchezza, depressione, diminuzione della libido, mestruazioni scarse, esiste un effetto progestinico in eccesso.
- Perdite inframestruali, se queste compaiono nei primi tre mesi di assunzione della pillola ignorate, se persistono non vuol dire che la pillola è troppo estrogenica, ma che il dosaggio estrogenico è troppo basso e dovete passare ad un dosaggio maggiore.

Infatti non dobbiamo dimenticare che la quantità di sostanze contenute in pillole diverse non va tenuta presente per quanto riguarda l'effetto ormonale, ma solo per quanto riguarda il lavoro epatico di eliminarla.

Dal punto di vista ormonale si deve tener conto solo del "clima" della pillola che è la somma degli effetti ormonali che essa induce in una particolare donna.

- Se la mestruazione è troppo corta e scarsa siete in presenza di un effetto progestinico eccessivo od estrogenico relativamente troppo debole.

Naturalmente questi sintomi devono essere piuttosto forti per significare squilibrio ormonale. Infatti una sintomatologia leggera è frequente nel primo-secondo mese di assunzione, perché il nostro corpo si deve adattare ai cambiamenti che noi provochiamo, ma decresce e scompare in seguito. Comunque non dobbiamo soprattutto commettere l'errore di accusare la pillola di qualsiasi disturbo possa sopravvenire in quel periodo.

Però se idisturbi dovessero persistere è opportuno cambiare associazione.

come si prende la pillola

Vediamo ora come si prende la pillola:

Le confezioni che oggi si trovano in commercio sono costituite di solito da 21-22 confetti da prendere ogni sera per la durata della confezione, con una sospensione di 7 giorni nel caso delle confezioni da 21 confetti e di 6 per quelle da 22.

Nel periodo di interruzione venendo a cadere il tasso ormonale nel sangue, si avranno le mestruazioni.

Questo è il metodo corretto di prendere la pillola, quello che garantisce l'assoluta sicurezza come metodo anticoncezionale.

Vediamo ora come comportarci nel caso che si verificino degli inconvenienti:

- Se tra una confezione e l'altra invece di rispet-

tare il regolamentare intervallo di 6-7 giorni lo allunghiamo (8-9 giorni), l'efficacia contraccettiva dei primi confetti non é assoluta, per cui dovremo prendere precauzioni supplementari per una decina di giorni.

- Se ci dimentichiamo una sera di prendere un confetto, se constatiamo la dimenticanza il mattino seguente dobbiamo prenderlo subito; se ci accorgiamo la sera successiva dobbiamo prendere due confetti insieme; se ci dimentichiamo anche la sera successiva allora l'efficacia del metodo é compromessa. A questo punto ci troviamo di fronte a due soluzioni: o sospendiamo di prendere la pillola e aspettiamo che vengano le mestruazioni da privazione e dopo 7 giorni cominciamo con una nuova confezione, oppure continuiamo a prendere la pillola assumendo precauzioni supplementari. Questo dipende soprattutto se siamo verso la fine o verso l'inizio.
- Se dovessimo vomitare prima che siano passate 4 ore dalla assunzione della pillola dobbiamo prenderne un'altra.
- Prendere due pillole insieme non comporta nessuna conseguenza dannosa, soltanto la confezione finirà un giorno prima. Noi naturalmente rispetteremo il solito intervallo di 7 giorni e poi riprenderemo tranquillamente. Questo anche nel caso che perdessimo 1 pillola. Non dobbiamo dimenticare infatti che il ciclo di 28 giorni durante l'assunzione di estroprogestinici é puramente artificiale. Questo discorso va tenuto presente anche nel caso che per qualche motivo (per esempio in viaggio) volessimo ritardare la mestruazione. Basterà assumere anche dopo il termine della confezione altri confetti fino a quando non sia necessario. Alla sospensione le mestruazioni compariranno normalmente.
- Se dovessimo adottare d'urgenza un metodo contraccettivo e fossimo già oltre il 5° giorno, possiamo

iniziare subito l'assunzione della pillola, in tal modo ridurremmo di molto la possibilità che ci sia una gravidanza indesiderata. Durante questo trattamento potrebbero verificarsi perdite ematiche che però vanno ignorate, in quanto il ritmo mestruale si adeguerà a quello di assunzione del contraccettivo.

- Se passiamo da una pillola a più alto dosaggio ad una a più basso dosaggio, il periodo che corrisponde alla prima metà del primo ciclo non è sicuro, come anche la prima metà del primo mese di assunzione, anche se la percentuale di rischio è bassissima.

disturbi collaterali Altri inconvenienti che possono verificarsi ma che non compromettono l'efficacia del metodo sono disturbi collaterali

- Nausea e vomito. E' possibile ovviare solitamente all'inconveniente assumendo la pillola prima di coricarci con un pò di latte o prima del pasto serale. Si possono anche associare antispastici digestivi (Buscopan, Probanter). Se però i disturbi persistono sarà bene cambiare associazione.
- Aumento di peso. Se questo non supera i 3-4 Kg. assisterete ad una successiva stabilizzazione. Se questo è notevole e persistente dovete sottoporvi agli esami di funzionalità renale e del metabolismo dei carboidrati (vedi oltre).
- Tensione mammaria. Si può avere nel primo ciclo di terapia e magari può anche aumentare il volume del seno. Tutto ciò però si stabilizza nei cicli successivi.
- Variazione delle mestruazioni.
 - a) Solitamente le mestruazioni si riducono con l'uso della pillola, anche se la diminuzione dovrebbe essere limitata se la pillola adottata ha un clima adatto a noi. Comunque questo non dovrebbe

- rappresentare un grosso problema.

b) Potrebbe anche capitarvi che sospendendo la pillola non vi venissero le mestruazioni. Se questo si verifica un solo mese, non date alcuna importanza all'accaduto. Se invece l'amenorrea si verifica per alcuni mesi di seguito potete o passare ad una pillola con clima estrogenico più elevato oppure usare per un ciclo la pillola sequenziale, che contenendo una elevata quantità di estrogeni permetterà alla vostra mucosa uterina di ricrescere. Attenzione però. La pillola sequenziale non garantisce una efficacia assoluta come metodo anticoncezionale.

c) Dopo un periodo di assunzione della pillola, sia che sia breve sia che sia molto lungo, indipendentemente cioè dal periodo di assunzione, la prima mestruazione spontanea si verifica molto probabilmente con un ritardo di 10-15 giorni. Dunque niente di preoccupante, sempre che abbiate preso le vostre precauzioni nel mese di sospensione. Si possono verificare casi in cui il periodo di amenorree si prolunga oltre un mese. In genere tutto questo si stabilizza entro 6 mesi, ma se questo non avviene significa che il vostro ipotalamo è bloccato. Occorrerà in questo caso recarsi dal medico che procederà ad una semplicissima terapia sbloccante. Potete andare incontro più facilmente a questo inconveniente se avete già precedentemente sofferto di amenorrea.

- Cute. Durante l'assunzione della pillola potrebbe verificarsi effetti collaterali a carico della pelle, come aumento della sensibilità alla luce, accentuazione dell'herpes, capillari superficiali dilatati ed evidenti. Potreste anche soffrire di gengivite. Con una pillola a clima estrogenico talvolta l'acne può migliorare.

- Vista. Le lenti a contatto possono divenire disadatte per inibizione della cornea. Peggioramento della vista si può avere per edema (gonfiore) del-

la retina ed infiammazione del nervo ottico. Tutti questi disturbi sono reversibili se si smette la pillola.

visite ed esami Una volta che abbiate deciso di prendere la pillola recatevi dal medico per verifica

per assumere la pillola re se esistono nel vostro caso controindicazioni assolute all'uso di estroprogestinici. Dobbiamo ricordare comunque che per scoprire queste controindicazioni è molto più importante una accurata visita generale che molti esami di laboratorio.

Per questo dobbiamo pretendere dal medico:

- un'anamnesi accurata (cioè ci deve chiedere informazioni riguardanti i nostri familiari, la nostra vita fisiologica, le nostre malattie precedenti).
- una accurata visita generale.
- misurazione della pressione arteriosa.
- misurazione del peso.
- palpazione del seno.
- visita ginecologica.

Come esami (per evidenziare possibili controindicazioni non rilevabili dalla visita) :

- una glicemia (tasso dello zucchero nel sangue)
- glicosuria (zucchero nelle urine)
- dosaggio del colesterolo, dei lipidi totali e dei trigliceridi (grassi nel sangue).
- transaminasi, come prova di funzionalità epatica.

Fare altri esami sarebbe del tutto inutile a meno che noi non vogliamo approfittare di questa occasione per farci un controllo generale.

Questi esami vanno ripetuti dopo 6 mesi per vedere se la pillola ha provocato qualche alterazione, dopo 3 se esiste il sospetto di qualche controindicazione.

E' abitudine di alcuni medici consigliare lo striscio vaginale prima di prescrivere una pillola contraccettiva, questo viene fatto per una prassi di controllo del cancro al collo dell'utero, non perchè questo possa essere provocato dalla pillola.

controindicazioni Vediamo ora quali sono le controindicazioni, assolute e relative, alla assunzione di estroprogestinici.

- a) I contraccettivi orali influiscono sulla coagulazione del sangue. Questa azione è essenzialmente a carico degli estrogeni. Anche se sono rarissimi si ritiene che la pillola aumenti il rischio di trombo-embolia. Per questi episodi precedenti di trombo-embolia sono ritenuti controindicazioni assolute all'uso della pillola. Inoltre si ritengono fattori favorenti per questa malattia per cui controindicazioni relative all'uso della pillola:
- L'iperlipemia (alto tasso dei grassi nel sangue). Per questo è molto importante la misurazione dei trigliceridi, del colesterolo nel sangue. Se questi sono alti, però non superano i limiti superiori normali che troverete scritti nell'esito dell'esame, potete assumere la pillola, controllando ogni tre mesi la lipemia (grassi nel sangue) per vedere se gli estroprogestinici ne determinano una variazione.
 - L'obesità per cui è importante la misurazione del peso.
 - Diabete, infatti il diabete latente, cioè un diabete senza alcuna sintomatologia può essere evidenziato dagli estroprogestinici. D'altra parte bisogna ricordare che una gravidanza può essere disastrosa per una donna diabetica, e che sembra che l'equilibrio glucidico (degli zuccheri) raggiunto grazie ad un trattamento antidiabetico non venga alterato dalla assunzione di estroprogestinici. Dunque, sotto stretto controllo medico, potete assumere la pillola anche se siete diabetiche, ma sarebbe senz'altro meglio usare un'altro metodo anticoncezionale.

- Intervento chirurgico o degenza a letto devono far interrompere momentaneamente l'assunzione della pillola perchè in queste condizioni è molto più frequente il rischio di una tromboembolia. Se sapete di dover essere sottoposte ad un intervento chirurgico, sospendete la pillola due mesi prima.
- b) Cardiopatie (malattie di cuore) in questi casi la gravidanza è così pericolosa che se la cardiopatia è ben compensata, per cui non andate incontro ad incidenti tromboembolici, essendo la pillola l'unico metodo anticoncezionale sicuro, ne è senz'altro consigliabile l'uso, a meno che non vogliate prendere in considerazione la sterilizzazione. Comunque con sigliatevi col vostro cardiologo.
- c) Durante l'assunzione della pillola si possono avere variazioni della pressione arteriosa, per cui è molto importante con trollarla ripetutamente. Una variazione della pressione arteriosa di 30 mm di mercurio deve essere considerata allarmante ed indurre a sospendere la pillola. Se avete malattie renali, queste non sono una controindicazione a meno che non provochino un aumento della pressione arteriosa.
- d) Se avete sofferto di ittero (itterizia) o di prurito generalizzato durante la gravidanza, questo sta ad indicare un dan no del fegato, per cui la pillola è assolutamente sconsiglia ta.
Se invece avete sofferto di altre malattie epatiche, come l'epatite virale, potete assumere la pillola soltanto dopo che tutti gli esami si sono normalizzati.
- e) Studi comparativi abbastanza numerosi condotti su vasti gruppi di donne che prendono estroprogestinici da vari anni e di donne che non li prendono non hanno mostrato differenze per quanto riguarda la frequenza di cancro ai genitali.
Non vi è infatti alcuna relazione tra carcinoma cervicale e carcinoma dell'endometrio e l'assunzione della pillola.
L'uso di praticare una striscia vaginale si inserisce in una prassi di depistage (statistica e prevenzione) del carcinoma stesso. Per cui questo controllo lo fate perchè vi interessa farlo non perchè sia necessario per l'assunzione della pil-

lola.

Per quanto riguarda il cancro mammario non esiste nessuna prova che esso possa essere provocato dalla pillola, però un cancro precedente può essere stimolato e svilupparsi da essa.

E' dunque importantissima la palpazione del seno prima dell'assunzione della pillola.

Per quanto riguarda il fibroma, soprattutto se si trova in una donna giovane, visto che può aumentare considerevolmente con l'uso della pillola, viene considerata una controindicazione all'uso.

D'altra parte con pillole a clima fortemente progestinico si è ottenuta addirittura una remissione del tumore.

Se dunque, nonostante tutto, decideste di assumere la pillola, dovrete sottoporvi regolarmente a controllo ginecologico.

f) Vene varicose possono aggravarsi con l'uso prolungato della pillola, non sono controindicazioni assolute, però dovete farvi controllare frequentemente.

g) Epilessia: sembra che gli estrogeni possano favorire la frequenza delle crisi convulsive, per cui è consigliabile un altro metodo anticoncezionale.

h) Tubercolosi. Una donna che venga curata di tubercolosi con Rifampicina non può prendere la pillola contraccettiva perchè è stato provato che questo farmaco rende inefficaci gli ormoni sessuali.

Ci sono altri farmaci che possono inattivare questi ormoni, alcuni antibiotici, alcuni diuretici, i fenobarbiturici.

Per cui se dovete sottoporvi ad una qualsiasi cura sappiate che questa potrebbe inficiare l'effetto contraccettivo.

Dovete dunque chiedere al medico, sperando che sia informato, se questi farmaci hanno meccanismi d'azione in competizione con la pillola.

Pillole contraccettive in commercio in Italia e loro principali caratteristiche

prodotto	progestinico	mg.	estrogeno	clima della pillola	effetto sulla mestruazione
Anovlar	Noretisterone acetato	4	EE 50	fortemente progestinico	forte diminuzione
Evanor	{ 1-Norgestrel +d-Norgestrel	0,250	EE 50	+progestinico	diminuzione
Eugynon	"	0,250	EE 50	"	"
Evanor-d	d-Norgestrel	0,250	EE 50	"	"
Novogyn	"	0,250	EE 50	"	"
Arnile	Megestrol acetato	4	EE 50	"	lieve diminuz.
Nofer	"	2	EE 100	+estrogenico	lieve diminuz. o non
Ortho-Novum 2 mg.	Noretindrone	2	MEE100	+progestinico	"
Ortho-Novum 1/50	"	1	MEE 50	"	"
Regovar	"	1	MEE 50	"	"
Lyndiol	Linestrenolo	2,5	MEE 75	Misto + progestinico	"

Reglovis	Oringgestanolo acetato	0,5	EE 50	estrogenico moderato	assai lieve-diminuzione o non
Luteolas	Etinodiololo diacetato	1	MEE100	estrogenico dominante	"
Etinodiene	"	1	MEE100	"	"
Etinodiene 0,5	"	0,5	MEE 50	estrogenico debole	Lievissima diminuzione o non (perdite irregolari)

- * EE = etinilestradiolo
- * MEE = Metiletilestradiolo
- * 1-Norgestrel = non attivo

Per qualsiasi altro tipo in commercio e non citato nell'elenco dato si farà sempre riferimento alla composizione, cioè alla quantità di estrogeno e progestinico, per dedurne il tipo di clima.

la pillola maschile

L'assunzione di farmaci per il controllo della fertilità maschile é ancora un fatto sperimentale che segna un ritardo di 20 anni rispetto all'uso della pillola antifecondativa da parte delle donne.

Gli esperimenti effettuati fino ad ora in tale campo hanno rivelato due principali punti di attacco alla fertilità maschile: la spermatogenesi ed il passaggio degli spermatozoi lungo l'epididimo (= organo delle vie spermatiche; situato all'esterno del testicolo continua nel condotto deferente).

Nel primo caso, quando cioè il trattamento farmacologico agisca sul testicolo, per ottenere la sterilità sono necessari da 2-3 settimane a 2-3 mesi di tempo, dato che nell'uomo la spermatogenesi si attua in 10-12 settimane. Considerando che dopo un trattamento farmacologico di questo tipo sarà necessario il trascorrere di un uguale lasso di tempo perché si abbia il ripristino della fertilità nell'uomo, si vede come tale metodo contraccettivo richieda lunghi tempi di attesa e non si presti perciò ad una larga diffusione. Non é da sottovalutare inoltre l'alto rischio di gravidanza cui espone un farmaco che agisca in tal modo nel primo periodo di assunzione e in quello immediatamente successivo alla sospensione, tempi in cui non é ben determinato il livello di azione del farmaco sugli spermatozoi.

Il secondo punto di attacco alla fertilità maschile sono le vie seminali dove il seme umano subisce un lungo processo di maturazione dopo il quale viene trasportato lungo l'epididimo e da qui per altri condotti fino all'uretra.

Una ipotetica sostanza che agisse solo al livello dell'epididimo potrebbe produrre una sterilità più facilmente reversibile dato che il trasporto del seme lungo tale condotto dura 1-2 settimane circa e dato che in tal modo la spermatogenesi testicolare non verrebbe a subire interruzioni né modificazione alcuna.

in utero, avremo la liberazione progressiva del rame all'interno della cavità. L'assunzione del rame da parte delle cellule dell'utero provoca un blocco dell'attività biologica delle cellule dell'endometrio, che non potendosi più trasformare in secretivo rende difficile l'impianto dell'ovulo fecondato. Tale assunzione di rame è ulteriormente efficace perché agisce sugli spermatozoi, in quanto lo squilibrio tra rame e zinco (i due costituenti normali degli spermatozoi umani) è letale per gli spermatozoi stessi.

forma I DIUM a rame sono di due forme: a T e a 7. La forma a 7, Gravigard, che al momento dell'inserzione ha il diametro massimo di 3 mm (metà cioè di quello a forma a " T ") è di più facile e meno dolorosa inserzione nelle nullipare (donne che non hanno mai partorito).

Il difetto, non certo trascurabile di questo dispositivo è l'elevato numero di espulsioni totali e parziali. Queste ultime, dovute ad un innalzamento del braccio corto della spirale, sono molto più pericolose delle prime per la possibilità di gravidanze indesiderate perché, se come abbiamo detto, è possibile controllare i fili che sporgono in vagina e quindi renderci conto della totale espulsione della spirale, non è certo possibile renderci conto di un allungamento degli stessi dell'ordine di millimetri e cioè di uno spostamento parziale del dispositivo intrauterino.

Non possiamo affermare l'assoluta innocuità del D.I. U.M. sulla gravidanza che proceda fino al termine per insufficienza dei dati in proposito. Le gravidanze che hanno raggiunto il termine con DIUM in situ, non hanno mostrato feti malformati.

In genere data l'efficacia del DIUM le gravidanze sono relativamente rare e la stragrande maggioranza delle gravidanze con spirale in situ finiscono in aborti provocati.

d.i.u.m. al progesterone

Il dispositivo intrauterino al progesterone libera direttamente del progesterone nella cavità uterina utilizzando delle capsule di plastica facenti parte di un DIU.

Si è osservato che la durata dei cicli mestruali e l'escrezione del pregnandiolo urinario (una delle sostanze in cui viene trasformato il progesterone e che si elimina attraverso l'urina) non vengono alterati dalle piccole quantità di progesterone dismesso. L'azione del progesterone in loco è efficace solo negli strati superficiali della mucosa uterina mentre gli strati più profondi risentono delle variazioni cicliche provocate dagli ormoni naturali. Ciò significa che il ciclo mestruale ha funzionamento normale, ma che, d'altra parte, l'alterazione della parte superficiale dell'endometrio impedisce l'impianto dell'ovulo.

Per di più il progesterone agisce sul muco cervicale che diventa più denso e che si oppone al passaggio di spermatozoi riducendone la motilità e la vitalità.

forma La forma scelta è a T, per una minor frequenza di espulsione e di comparsa di dolori o perdite ematiche (perdite di sangue).

efficacia Poiché vi è un rischio di gravidanza di 1-2 su cento donne-donne per quelli al rame e di 0,5 per quelli al progesterone entrambi vanno usati, a metà ciclo, con schiuma o preservativo per una protezione sicura al 100%.

reversibilità Si è constatato che le possibilità di rimanere incinte quando il contraccettivo intra-uterino viene rimosso sono le stesse di prima dell'uso.

effetti collaterali e complicazioni Il disturbo più frequente è quello delle perdite di sangue. A parte quelle che si verificano per alcuni giorni subito dopo l'inserzione, sono comuni nei primi mesi anche delle irregolarità mestruali, che devono però scomparire. E' probabile

anche una modificazione della perdita mestruale che é caratterizzata da uno o due giorni in cui la perdita é leggera, poi diventa normalmente abbonadante e poi termina come al solito.

Inoltre la perdita mestruale, in genere, diviene più abbondante. Se però le perdite ematiche atipiche (cioé non mestruali) sono persistenti il contraccettivo dovrà essere rimosso. Se a ciò si accompagnano anche dolori continui dobbiamo ritenere che il tipo di dispositivo sia troppo grande e quindi si dovrà cambiare con uno più piccolo.

I crampi uterini e dolori sacrali si devono considerare come normali nei primi giorni dopo l'inserzione. Se però i dolori, insieme con perdite di sangue infra mestruali compaiono dopo alcuni mesi dobbiamo pensare che vi sia una iniziale espulsione del contraccettivo. Anche le perdite vaginali possono essere più abbondanti nei primi mesi, solo raramente diventano leucorrea (perdite bianche).

Nel caso in cui si verifichi un'infezione pelvica é possibile curarla con antibiotici senza dover rimuovere il contraccettivo.

Se però l'infezione persiste dovremo togliere il dispositivo.

Il pericolo più grave é quello della perforazione dell'utero. Di solito avviene o inizia al momento dell'inserzione. E' necessario perciò accertarsi che il medico che ce la applicherà sia esperto.

Talvolta il dispositivo può scivolare attraverso una perforazione nella cavità addominale. Perciò oltre a controllare i fili settimanalmente per essere sicure che sia a posto dobbiamo prestare attenzione a dolori uterini atipici che precedono sempre la caduta del dispositivo in peritoneo.

Le espulsioni, di solito, si hanno al tempo delle prime mestruazioni dopo l'inserzione. Perciò controllate ogni volta il pannolino ed evitate di usare assorbenti interni per i primi 3-4 mesi.

come si controlla

Accoccolatevi a terra con il sedere vicino ai calcagni, in

questa posizione l'utero si abbassa ed é facile raggiungere con il dito indice destro la portio. Riconoscerete il collo dell'utero perché é duro e resistente. In tal modo sentiremo i fili di naylon che escono dalla portio e potremo controllare noi stesse la nostra spirale.

Tenendo conto di quanto é stato detto per le possibili perdite ematiche e dolori dovremo eseguire un controllo medico dopo un mese. I controlli successivi li faremo a distanza di 3 - 6 - 12 mesi.

Nel caso però che accusiamo qualche disturbo o dolore che riteniamo non rientri nella casistica illustrata andremo subito dal ginecologo che ci ha inserito la spirale.

controindicazioni Quando abbiamo infezioni pelviche - salpingite acuta o subacuta (infiammazione della tromba o dell'ovaio), cervicite (infiammazione del collo dell'utero o della vescica), vaginite cureremo prima l'affezione e inseriremo il DIU quando saremo guarite perché altrimenti l'infezione si propagherà. Nei casi in cui abbiamo malformazioni uterine, non sceglieremo la spirale perché non avremo una sicura protezione anticoncezionale. E' poi controindicata nei casi di fibromi uterini che deformino la cavità uterina, di metrorragia (abbondante perdita di sangue al di fuori del normale ciclo mestruale) e menorragia (esagerazione della quantità e durata del flusso mestruale), tumori uterini di qualsiasi genere, dismenorrea grave (dolori mestruali) ed infine nel caso in cui non ci sentiamo di accettare il rischio di gravidanza della spirale. Se é vero, infatti, che la spirale ci dà una notevole garanzia e una preoccupazione minima di controllo, é pur vero che molte di noi devono vincere la resistenza di avere qualche cosa di estraneo nel proprio corpo.

Per quanto riguarda i tempi di inserzione é da tener presente che

- la spirale va applicata nei primi giorni del ciclo mestruale.

prima dell'inserzione dobbiamo richiedere:

- lo striscio cito-oncologico, se non é stato eseguito negli ultimi 6 mesi, perché se abbiamo una vaginite o cervicite cureremo questa prima e solo in un secondo tempo inseriremo la spirale.
 - visita ginecologica bimanuale. Se abbiamo fibromi, cisti ovariche, annessiti (infiammazioni delle tube e delle ovaie), flogosi pelviche o una spiccata ipoplasia uterina (utero infantile) a iniziare una immediata terapia per la disfunzione presente sarà necessario adottare un altro metodo. contaccettivo
- Se abbiamo l'utero retroverso e non abbiamo forte dismenorrea non esiste alcuna controindicazione per l'inserimento della spirale.

la sterilizzazione

Una persona che abbia preso la decisione di non avere figli o di non averne altri non può, in Italia, assicurarsi uno stato di sterilità tramite la chiusura delle tube o dei deferenti.

La sterilizzazione é cioè consentita solo alle donne e solo qualora esistano gravi motivi di salute, ad esempio dopo il terzo taglio cesareo, o in presenza di una malattia che sconsigli assolutamente e per sempre una gravidanza.

Le tecniche per la sterilizzazione femminile consistono in interventi chirurgici che presentano in alcuni casi dei rischi non indifferenti (come scottature all'intestino se si attua la cauterizzazione delle tube) La chiusura dei deferenti comporta invece per l'uomo un piccolo intervento che si può eseguire ambulatorialmente. La sterilità maschile si ha quando, dopo l'intervento, si istaura l'azoospermia (assenza di spermatozoi nello sperma), di solito dopo 6 - 12 eiaculazioni. Il grave difetto di questo metodo contraccettivo, che potrebbe costituire una soluzione permanente al

problema della fertilità non desiderata, è quello di non essere un procedimento facilmente reversibile. Nell'uomo, oltre alla difficoltà della ricostruzione dei deferenti che sono molto sottili, alla sterilizzazione può conseguire una sterilità autoimmune, ciò significa che il blocco del flusso seminale può provocare una autoimmunizzazione anti-spermatozoi e quindi provocare uno stato di sterilità irreversibile.

Nella donna la sterilizzazione è il metodo più efficace di controllo della fertilità (indice di Pearl = 0,02%) e senza ricorrere alla cauterizzazione sono stati sperimentati dei metodi che si prestano ad essere reversibili, quali quello di Steptoe (1973 -74) che consiste nell'inserzione nelle tube di una bacchetta di teflon o di silastic con nodi a distanza di 1,5 cm, ai lati del nodo centrale si effettuano due legature o chiusure a clips in modo da chiudere il lume addossando la tuba al cilindretto.

Yoon (1974 - 75) ha ottenuto la chiusura delle tube con l'applicazione di un anello di silicone che rende minima la lesione tubarica (limitata al piccolo tratto incarcerato nell'anello) e quindi non impossibile l'intervento di ricanalizzazione, e al tempo stesso non presenta gli inconvenienti che si possono verificare col metodo dell'elettrocoagulazione e con l'applicazione di clips ostruttive (sanguinamento).

Altro metodo proposto da Rakshit (1970) consiste nella installazione transuterina di 5 - 6 ml di plastica liquida al silicone che si indurisce in loco occludendo le tube. L'efficacia di tale metodo è stata provata, esso non abbisogna né di anestesia né di tecnica chirurgica elaborata, priva di particolari difficoltà si presenta anche l'asportazione della plastica quando si voglia ristabilire la pervietà tubarica. E' allo studio l'efficacia di un impianto intra deferenziale bilaterale di un dispositivo a valvola per la sterilizzazione reversibile maschile.

Quando il dispositivo è inserito esso viene lasciato

con il rubinetto (della dimensione di pochi mm.) chiuso; quando poi l'uomo voglia riacquistare la fertilità il chirurgo girerà il rubinetto nella posizione di aperto e il deflusso degli spermatozoi tornerà normale lungo le vie spermatiche.

metodi contraccettivi non raccomandabili

Alcuni metodi contraccettivi assai diffusi non solo si rivelano spesso inefficaci, ma sono pure dannosi :

a) Usati direttamente dalla o nella donna.

lavande l'idea di far scorrere in vagina immediatamente dopo il coito, dell'acqua, nel tentativo di evitare una gravidanza non può risolversi in una valida pratica visto che gli spermatozoi incominciano a migrare nel canale cervicale 90 secondi dopo l'eiaculazione.

dispositivi intracervicali sono dispositivi ideati per rimanere nel canale cervicale, il loro uso è riconosciuto come molto pericoloso.

b) Usati indirettamente dalla o nella donna.

coito interrotto (il mio uomo sta attento): è forse la pratica anticoncezionale più diffusa e si basa sull'estrazione del pene dalla vagina prima dell'eiaculazione.

Una certa quantità di spermatozoi, però, può essere presente nel poco liquido pre-eiaculatorio del pene in erezione e quindi l'attuazione corretta di questo metodo non offre garanzie sufficienti. D'altra parte molte situazioni possono rendere difficilissimo l'auto controllo, per esempio anche l'assunzione di liquidi alcolici in modeste quantità.

Nel rapporto ripetuto questo metodo è altamente pericoloso data la presenza di seme nell'uretra maschile.

E' di massima rilevanza che, con tale tipo di contracccezione, la donna vada soggetta di frequente a stati di congestione pelvica dovuta al ripetersi cronico del mancato raggiungimento dell'orgasmo genitale e quindi della relativa detumescenza degli organi pelvici.

Possono così insorgere sintomi quali dolori ai quadranti addominali inferiori, disordini mestruali, stati infiammatori uterini

e annessali.

Le stesse critiche sono da muoversi al una varietà di coitus interruptus, che si differenzia da questo perchè viene deciso a priori che l'eiaculazione non abbia luogo.

condom corto è un tipo particolare di purenatico che ricopre solo il glande. E' da sconsigliar si sia perchè può facilmente scivolare in vagina, sia perchè, quando è troppo stretto, può procurare stati venatori nei tessuti del glande.

contraccettivi sono normalmente conosciuti come i contrac cettivi maschili interni. Consistono in

intrametrali sottili sacchetti di gomma lunghi circa 5 cm da inserirsi nell'uretra maschile, che può essere danneggia ta in modo serio.

metodi di barriera maschili

il profilattico (preservativo). Il suo uso può essere uti le:

- durante il primo periodo di uso della coppa vaginale.
- nelle 6-8 settimane successive al parto, o fino alla fine dell'allattamento, quando diventerebbe possibile assumere il contraccettivo orale.
- durante il primo mese d'uso della pillola.
- quando la donna è stanca di subire sistemi contraccettivi direttamente violenti sul suo corpo.
- quando si passa da una pillola ad un'altra.
- quando si attende per l'inserzione di un DIU.
- come protettivo contro le malattie veneree.

come si usa Il preservativo deve essere calzato a pene asciutto ed in erezione massima, sempre prima che l'organo maschile sia toccato dal corpo della donna, in quanto qualche goccia di seme può apparire al meato

uretrale appena il pene raggiunge l'erezione, con pericolo di gravidanze. All'estremità del pene ci deve essere lo spazio di 1-2 cm per la raccolta del seme cosicchè sia più improbabile che rifluisca lungo il pene. Subito dopo l'eiaculazione il profilattico deve essere trattenuto facendo presa alla base del pene finchè l'organo maschile non sarà estratto perchè rimanga calzato regolarmente; l'estrazione deve avvenire subito dopo l'eiaculazione in modo che il pene sia ancora in erezione massima. Con tali precauzioni si diminuisce di molto il pericolo di perdite di seme in vagina, o che il profilattico stesso rimanga in vagina.

Si deve quindi fare attenzione a che il seme non goccioli. L'uomo deve lavare e asciugare attentamente il pene e le parti del corpo che sono venute a contatto con il liquido seminale; per evitare eventuali deposizioni accidentali di seme nella vulva.

Dobbiamo ricordarci di :

- non usare mai il condomp più di una volta (a meno che non si tratti del tipo lavabile in gomma assai più spessa del normale).
- non usarlo mai quando è scaduto di validità.
- non usare vasellina od altri grassi come lubrificanti del pene nel calzare il contraccettivo.
- di sostituire quello in gomma con il tipo in plastica quando si siano sviluppate in noi o nell'uomo reazioni allergiche alla gomma.

In molti casi comunque il profilattico produce una barriera psicologica che interferisce con la spontaneità del rapporto, ed è anche facile che una o più delle norme precedenti vengano ignorate e quindi non sussiste più neppure quella protezione completa contro le gravidanze che in teoria dovrebbe esserci.

metodi di barriera usati nella donna

Prima dell'uso dei vari dispositivi interni dobbiamo pretendere :

- Anamnesi medica - ginecologica, ostetrica, visita ginecologica.

Devono essere osservate soprattutto : le condizioni del perineo, lunghezza, tono, elasticità della vagina, tipo dell'angolo retropubico, condizione della portio (la parte di utero che sporge in vagina), posizione, volume, forma dell'utero, condizioni generali degli annessi, la nostra reazione alla visita, la applicazione dello speculum.

Se dobbiamo subire lo striscio vaginale, facciamo attenzione che non pongano materiale lubrificante sullo speculum o sui guanti.

Ci si deve sottoporre allo striscio cito-oncologico una volta all'anno. Possiamo ridurlo ad una volta ogni tre anni se non abbiamo superato i 35 anni e se il risultato è stato negativo per due anni consecutivi.

E' necessario che ci si informi e si pretendano spiegazioni sull'applicazione del metodo di barriera scelta che generalmente è costituito dalla coppa vaginale o dal diaframma.

la coppa vaginale va scelta a seconda del tipo che ci sembra preferibile e ce la devono lasciare in prestito per una settimana per poterci impraticare nell'uso e nell'inserzione. Dopo questo periodo si ritornerà al controllo con la coppa inserita e solo dopo la visita potremo fidarci del suo funzionamento come anticoncezionale.

il diaframma è costituito da una cupola di gomma soffice con alla base incorporata una spirale (organon) o lamelle elastiche di acciaio (marigold, Milano). Le misure di diametro usate sono : 62,5-70 cm per quelle che non hanno mai partorito (nullipare), per le altre (pluripare) cm 65-85. La misura esatta è quella che va dal fornice posteriore all'angolo retropubico distendendo leggermente la va-

gina senza provocare però nessun disturbo.

Bisogna essere certe che la portio sia sempre, in ogni caso, ri coperta dal diaframma e che questo non si arresti al fornice an teriore.

Per un uso corretto del diaframma è necessario adoperare sempre creme spermicide da spalmare sui due lati, inserirlo prima del rapporto e controllare che sia correttamente in sede e non rimuoverlo se non dopo 60 ore o più dall'ultimo rapporto.

In questo e negli altri metodi di barriera si deve notare sia la modesta efficacia (più di 10 gravidanze per 100 donne-anno) sia la difficoltà di ordine psicofisico che può insorgere.

Oltre al diaframma esistono altri tipi di metodi di barriera come la coppa cervicale, la coppa vulvale, la coppa avolta, ma sono di uso più limitato e richiedono determinate conformazioni anatomiche.

contraccettivi chimici vaginali (spermicidi)

Si basano sul principio che varie preparazioni: paste, creme, gelatine, schiuma aerosol, ovuli, dischi contenenti sostanze chimiche particolari ed innocue poste in vagina prima del rapporto, agiscono come spermicidi e come ostacolo all'eventua le salite degli spermatozoi.

Nonostante queste loro capacità, molti spermatozoi potrebbero avere il tempo di risalire nel canale cervicale e di sottrarsi all'effetto spermicida, avvenendo l'ovulazione a ridosso della portio.

I contraccettivi chimici, quindi, vanno usati solo se associati ad altri metodi anticoncezionali. Da non usarsi assolutamente sono gli spermicidi fatti in casa tipo acqua ed aceto, soluzioni di sapone, soluzioni iodate.

Ricordiamoci, inoltre, che gli spermicidi a crema spray danno una barriera più omogenea e sicura.

metodi basati sul ritmo mestruale

Il concetto base di questi metodi è quello di evitare rapporti

sessuali nel giorno dell'ovulazione ed in quelli subito vicino ad essa in modo da non avere concezione.

L'ovulazione avviene 14 giorni prima della mestruazione successiva. Tali metodi "del ritmo", tenendo conto di ciò, sono basati sulla previsione che qualche cosa succederà in una certa data futura. Se la previsione della data si dimostrerà sbagliata, allora tutti i calcoli basati su quella data saranno sbagliati.

Questi metodi hanno una elevatissima percentuale di gravidanze non pianificate.

l'astinenza periodica o metodo di

ogino-knaus si basa sul fatto che l'ovulo è fecondabile per un periodo di 24 ore circa, dopo la caduta del cumulo ooforo e gli spermatozoi hanno capacità di sopravvivenza in vagina e di fecondazione dell'ovulo per circa 48 ore.

In ogni ciclo mestruale così c'è un periodo di 72 ore in cui il concepimento è possibile e durante il quale il coito libero deve essere evitato. Questi 3 giorni comprendono 2 giorni prima dell'ovulazione e 1 giorno dopo.

Purtroppo però non esiste ancora oggi un metodo che preveda esattamente l'ovulazione, i cicli sono difficilmente regolari variano da mese in mese specialmente dopo una gravidanza, negli anni successivi al menarca e verso la menopausa. Oltre a ciò stress psicofisici o malattie possono alterarlo, ne consegue che per una donna con cicli variabili l'ovulazione potrebbe avvenire in quasi tutti i giorni del ciclo stesso.

E' chiaro dunque che tale metodo risulta facilmente inefficace oltre a porre restrizioni a desideri sessuali.

PERIODO SICURO calcolato con il metodo della temperatura.

La temperatura basale del corpo, sottolinguale o vaginale, presa con un termometro particolare al mattino appena svegliate prima di alzarci dal letto, presenta nella donna normale che ha un'ovulazione con corpo luteo florido, un particolare andamento bi-fasico: un po' più bassa in fase follicolare (o estrogenica), 2-4 decimi di grado più elevata ^{nel periodo} cosiddetto luteinico (progestinico), cioè dopo l'ovulazione.

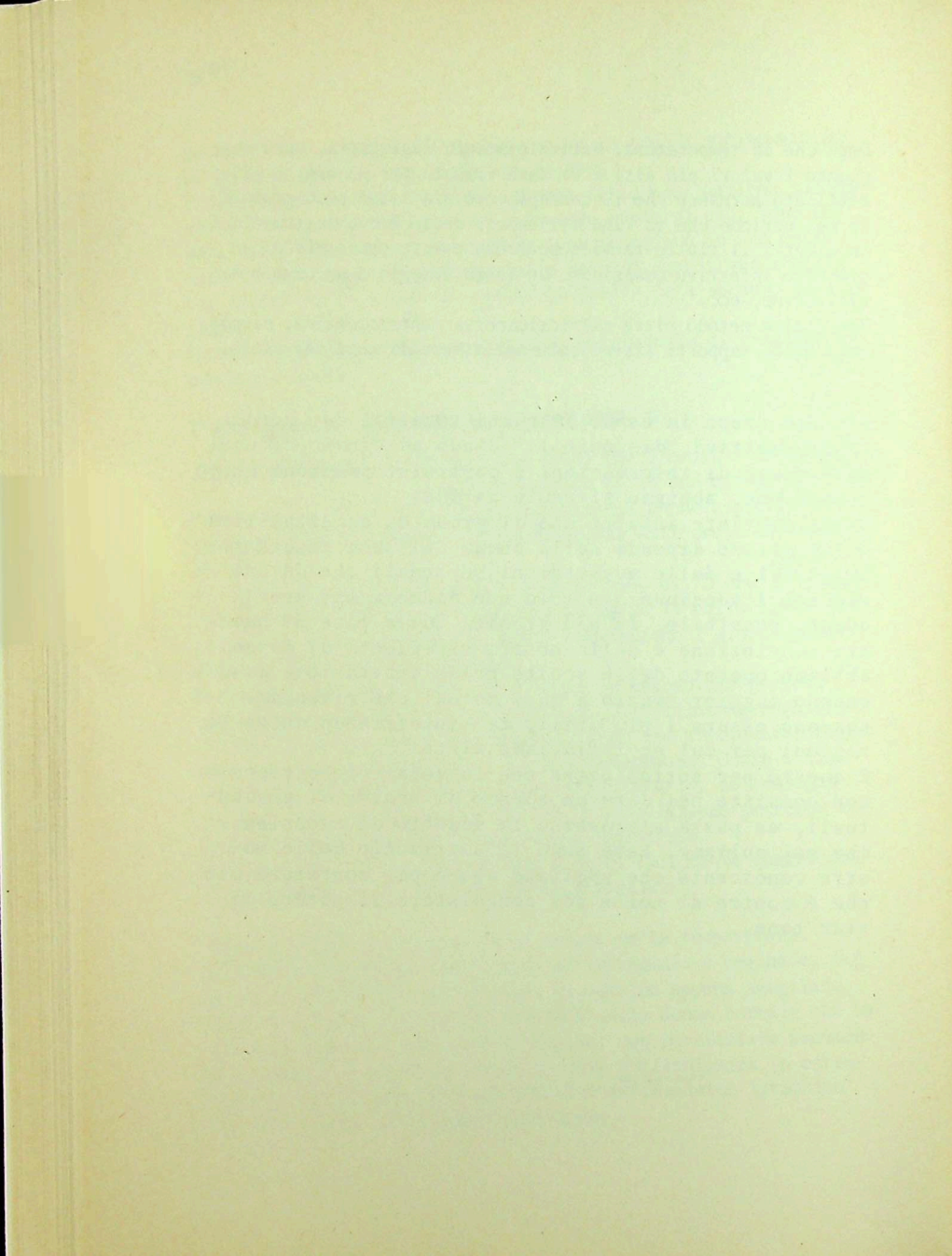
Dopo che la temperatura, meticolosamente registrata, avrà raggiunto i valori più alti e vi sarà rimasta per 72 ore, è giustificato pensare che il concepimento sia assai poco probabile nel periodo che va fino all'inizio delle nuove mestruazioni. In effetti il rialzo termico potrebbe essere provocato da un processo infettivo qualsiasi, un lungo viaggio o un cambio di altitudine, ecc.

Con questo metodo oltre all'insicurezza contraccettiva, si possono avere rapporti liberi solo nella seconda metà del ciclo.

Abbiamo preso in esame la quasi totalità dei metodi contraccettivi "disponibili" dando ad ognuno di essi quel tanto di informazioni e controinformazioni che, come donne, abbiamo ritenute valide.

Siamo convinte infatti che il grado di accettabilità di un metodo dipenda dalla somma dei suoi requisiti oggettivi e delle motivazioni personali che devono rederne l'adozione non solo non dannosa ma, per quanto possibile, la più gradita. Sulla base di questa convinzione e della nostra esperienza di donne abbiamo operato delle scelte nella trattazione assegnando maggior spazio a quei metodi che riteniamo possano essere i più utili, ma sintetizzando anche le ragioni per cui ne rifiutiamo altre.

E questo per sottolineare che la vera informazione non consiste nel dare un elenco di nomi e di percentuali, ma passa attraverso lo scambio di esperienze che noi abbiamo. Esse sono il patrimonio delle nostre conoscenze che vogliamo usare per confutare ciò che è contro di noi e per conquistare il potere di star bene.



INDICE

L'uso capitalistico del nostro corpo	Pag.	1
Come è stato espropriato il nostro corpo	"	1
Perchè fragili?	"	3
Oggetti sessuali	"	3
Rompiamo l'isolamento	"	3
Il lavoro domestico è risparmio per il capitale	"	3
Soldi alle donne	"	4
La forza-lavoro è merce	"	4
La maternità è produzione di forza- lavoro	"	5
La fine del lavoro domestico è la fine del capitale	"	6
Salario contro il lavoro domestico	"	7
Fragili quando?	"	7
Le donne lottano	"	8
La difesa del capitale	"	8
Emancipazione e ristrutturazione	"	10
 Anatomia e fisiologia dell'apparato ge nitale femminile	"	27
Anatomia e funzione dell'ovaio	"	27
Anatomia e funzione delle tube	"	34
Anatomia e funzione dell'utero	"	36
L'endometrio e il ciclo mestruale	"	37
Anatomia e funzione della vagina	"	39
 Sessualità e contraccezione	"	43
 La contraccezione	"	47
La pillola combinata	"	47
Cos'è la pillola	"	47
Meccanismo d'azione	"	47
Clima della pillola	"	49
Effetti collaterali da squilibrio ormonale	"	50
Come si prende la pillola	"	51
Disturbi collaterali	"	53
Visite ed esami per assumere la pil lola	"	55
Controindicazioni	"	56

La pillola maschile	Pag.	61
Dispositivi intrauterini	"	63
d.i.u.m. al rame	"	63
Forma	"	64
d.i.u.m. al progesterone	"	65
Forma	"	65
Efficacia	"	65
Reversibilità	"	65
Effetti collaterali e complicazio ni	"	65
Come si controlla	"	66
Controindicazioni	"	67
La sterilizzazione	"	68
Metodi contraccettivi non raccoman dabili	"	71
Lavande	"	71
Dispositivi intracervicali	"	71
Coito interrotto	"	71
Condom corto	"	72
Contraccettivi intrametrali	"	72
Metodi di barriera maschili	"	72
Il profilattico	"	72
Come si usa	"	72
Metodi di barriera usati nella donna	"	74
La coppa vaginale	"	74
Il diaframma	"	74
Contraccettivi chimici vaginali (spermicidi)	"	75
Metodi basati sul ritmo mestruale	"	75
L'astinenza periodica o metodo di Ogino-Knäus	"	76
Indice	"	79

L

streghe

non

tomate

