



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA
DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE E BIOMEDICHE

CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

Tesi di Laurea

**Vivere la sessualità di coppia secondo i ritmi naturali
delle Fertilità**

Relatore:

Ramacciani Doretta

Laureanda:

Valcelli Valentina

Anno Accademico 2014/2015

Indice

Premessa	pag 6-7
Introduzione	pag 8-9
Capitolo 1: Panorama storico della nascita e lo sviluppo dei Metodi Naturali	pag 10-17
Capitolo 2: Fisiologia della riproduzione femminile	
2.1 Asse ipotalamo-ipofisi-ovaio	pag 18-21
2.2 Ciclo ovarico	pag 21-23
2.3 Ciclo uterino	pag 23-26
Capitolo 3: La Fertilità come progetto o come minaccia al giorno d'oggi.	pag 27-30
Capitolo 4: Differenza tra Contraccezione e Regolazione Naturale della Fertilità	pag 31-33
4.1 Breve descrizione dei principali metodi contraccettivi	pag 33-39
4.2 Innocuità	pag 39-44
4.3 Reversibilità	pag 44-49
4.4 Efficacia	pag 49-53
4.5 Accessibilità	pag 53-57
4.6 Accettabilità	pag 57-59
Capitolo 5: Le basi scientifiche della Regolazione Naturale della Fertilità	pag 60
5.1 Il collo dell'utero	pag 60-62

5.2	Il muco cervicale	pag 62-66
5.3	La temperatura basale	pag 66-67

Capitolo 6: Descrizione dei Metodi Naturali

6.1	Metodo Ogino- Knaus	pag 68-70
6.2	Metodo della Temperatura Basale (BBT)	pag 70-73
6.3	Metodo Ciclo-Termico	pag 73-74
6.4	Metodo dell'Ovulazione Billings (MOB)	pag 74-79
6.5	Metodo Creighton	pag 79-81
6.6	Metodo Two Days	pag 81-82
6.7	Metodi Sintotermici	pag 82-83
6.7.1	Metodo Sintotermico Roetzer	pag 83-93
6.7.2	Metodo Sintotermico CAMeN	pag 93-96
6.7.3	Metodo del Doppio Controllo	pag 96-98
6.8	Standard Days Method (SDM)	pag 98-100
6.9	Metodo dell'Amenorrea da Lattazione (LAM)	pag 101-104
6.10	Metodi Naturali Computerizzati	pag 105-108

Capitolo 7: Indagine conoscitiva sulle conoscenze e le ragioni d'uso circa la regolazione naturale della fertilità come valida alternativa ai mezzi contraccettivi tradizionali.

7.1	Introduzione	pag 109-110
7.2	Obiettivi	pag 110
7.3	Materiali e Metodi	pag 110-113
7.4	Analisi dei dati	pag 113-158
7.5	Discussione e Conclusioni	pag 158-165

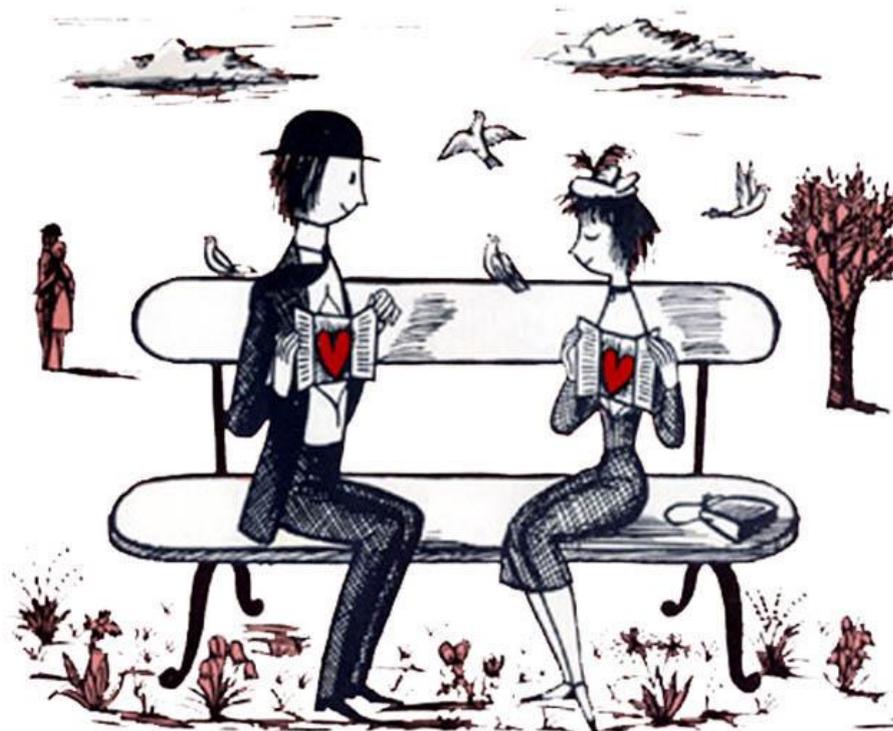
Sigle e Abbreviazioni	pag 166-167
-----------------------	-------------

Bibliografia e Sitografia	pag 168-182
---------------------------	-------------

Allegato 1	pag 183-187
------------	-------------

Allegato 2

pag 188-192



“Libido, regolarità mestruale, potenza procreativa, ovulazione sono elementi importanti della salute e della qualità di vita di una donna.

Una forza, non una debolezza come viene rappresentata.”

Roberta Giommi, Sessuologa

Premessa

La regolazione naturale della fertilità è un argomento trascurato, sia dalla popolazione generale, che dai medici e i professionisti del settore. Questo perché vi è l'opinione comune che, proprio perché naturali, siano metodi non affidabili in quanto poco sicuri ed anche poco accettabili.

In realtà, pur essendo vero che alcune pubblicazioni scientifiche assegnano valori di Indice di Pearl più alti per i metodi naturali rispetto ai contraccettivi tradizionali, è anche vero che recenti studi hanno dimostrato che grazie alla fondazione dei centri di insegnamento dei metodi naturali di regolazione della fertilità e alla formazione di insegnanti diplomate che seguono la donna/coppia in questo percorso, si è arrivati a livelli di efficacia addirittura sovrapponibili a quelli dei contraccettivi finora considerati più sicuri. Infatti, per quanto concerne il metodo dell'ovulazione Billings ad esempio, qualora se ne faccia un uso corretto e fedele alle regole, si può raggiungere un'efficacia del 97,8%, mentre per il Sintotermico Roetzer, si rilevano valori addirittura superiori al 99%. Quando ci riferiamo ai tassi di fallimento ottenuti a seguito del ricorso ai metodi naturali, sarebbe anche auspicabile fare una distinzione tra numero di casi di gravidanze indesiderate riferite al metodo e il numero di quelle che si sono verificate per abbandono consapevole delle regole. Questa differenza è d'obbligo se si vuole incominciare a parlare seriamente di efficacia.

Tuttavia, se da una parte quella dei metodi naturali potrebbe essere una scelta valida per le molte donne che preferiscono non assumere ormoni a causa degli effetti collaterali che vi sono associati e né utilizzare mezzi di barriera, sempre la letteratura scientifica ci mostra come anche le coppie più interessate, sono meno propense ad adottarli se il medico non fornisce loro informazioni esatte circa le modalità d'applicazione e la loro efficacia. La maggior parte dei ginecologi non conosce in modo approfondito i

metodi naturali, anche perché spesso non sono neanche menzionati nei programmi scolastici e universitari. Sono gli stessi medici che ritengono che sarebbero disposti a consigliare le coppie circa la scelta della regolazione naturale della fertilità solamente per la ricerca di una gravidanza e non affatto per distanziare le nascite.

In realtà, i metodi naturali potrebbero essere una preziosa risorsa per la donna, al di là delle intenzioni o meno procreative, perché la rendono finalmente libera. Infatti, le donne che hanno una maggiore consapevolezza della propria fertilità, sono in una posizione più forte per prendere decisioni informate su come vogliono gestire la propria salute riproduttiva e sessuale.

Quanto appena detto, e quindi la letteratura scientifica, non ha fatto altro che confermare quanto ho potuto personalmente sperimentare durante il mio percorso universitario.

Così è nata la volontà di andare ad indagare quante e quali conoscenze la popolazione femminile di alcuni distretti dell'Umbria effettivamente ha circa i metodi naturali ed eventualmente da chi le ha apprese. In un secondo momento invece, sono state intervistate donne che hanno già avuto un primo approccio alla regolazione naturale della fertilità per capire, in base alla loro esperienza, se questi possono essere considerati effettivamente dei metodi affidabili, accettabili ed ancora attuali.

Introduzione

Per al stesura della tesi, gli argomenti trattati sono stati suddivisi in 7 capitoli principali:

- Nel primo, si sono descritte le origini della regolazione naturale della fertilità e il suo sviluppo: a partire dalle prime teorie empiriche sulla ciclicità femminile e sull'identificazione dei giorni fertili e sterili del ciclo, fino al metodo di Ogino-Knaus, che implica la necessità di un'estrema regolarità del ciclo mestruale, per arrivare poi a quelli più moderni. Tra questi, il metodo Billings, i Sintotermici e i computerizzati, che sono ugualmente validi anche laddove persistano condizioni di irregolarità mestruale, stress, durante l'allattamento o in fase peri-menopausale.
- Nel secondo capitolo, si sono affrontate le basi della fisiologia riproduttiva femminile: l'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio che, fin dalla pubertà regola a livello endocrino il ciclo ovarico e mestruale femminili.
- Nel terzo capitolo si è cercato di descrivere brevemente il panorama storico e culturale della società attuale e come, nel tempo, sono cambiate le esigenze procreative delle donne e delle coppie in Italia: si sta assistendo ad una tendenza crescente a posticipare la prima gravidanza e più in generale, a distanziare le nascite. Sulla scia di quanto appena detto, si è voluto comprendere qual è l'approccio che si ha oggi nei confronti della fertilità: se viene considerata un valore da preservare o puramente una minaccia da dover controllare e manipolare.
- Nel quarto capitolo, dopo aver descritto molto brevemente le modalità d'uso e le peculiarità (vantaggi e svantaggi) dei mezzi contraccettivi, si è proceduto a delineare le basi per un confronto concreto con i metodi naturali. Questo è stato possibile grazie a un approfondimento sulle caratteristiche fondamentali che un buon metodo per distanziare le nascite dovrebbe possedere: l'innocuità, la reversibilità, l'efficacia, l'accessibilità e l'accettabilità.

- Nel quinto capitolo sono state descritte le basi scientifiche della regolazione naturale della fertilità. I metodi naturali prevedono la necessità del monitoraggio giornaliero dei segni clinici di fertilità che sono diversi a seconda del metodo che si decide di utilizzare: le modificazioni in consistenza e posizione del collo dell'utero, i cambiamenti in filanza ed elasticità del muco cervicale ed infine il bifasismo della temperatura corporea basale.
- Nel sesto capitolo si è proceduto alla descrizione dettagliata dei diversi metodi naturali disponibili, accumulati tutti da un unico principio di base: avere rapporti sessuali completi durante le fasi identificate come sterili del ciclo mestruale e osservare la continenza periodica in fase fertile peri-ovulatoria.
- Il settimo ed ultimo capitolo è quello dello studio: dopo un'introduzione, nella quale sono state esplicitate le ragioni per le quali si è deciso di intraprendere questo percorso, sono stati illustrati gli obiettivi e le modalità per la somministrazione di due questionari. Il primo, da somministrare alle donne in età fertile con un'età tra i 19 e i 45 anni presso i distretti di Città di Castello, Assisi, il Perugino e Media Valle del Tevere, mentre il secondo, a donne che rientrino sempre nella fascia di età sopra indicata e che utilizzino i metodi naturali. Del primo questionario ne sono stati raccolti 245 validi e del secondo 18, durante l'intero periodo di Novembre 2015-Marzo 2016. Dall'analisi e dall'elaborazione dei dati ottenuti (mediante il programma Microsoft Office Excell), si sono poi tratte le conclusioni dello studio.

Capitolo 1: Panorama storico della nascita e lo sviluppo dei Metodi Naturali

Per Regolazione Naturale della Fertilità (RNF) si intende l'insieme dei "metodi che sono in grado di definire o che tentano di predire i giorni di fertilità e d'infertilità nel ciclo mestruale e che permettono alla coppia informata di raggiungere la gravidanza o evitarla astenendosi dai rapporti sessuali nel periodo indicato come fertile". [1]

Questi, si basano sull'evidenza che la donna non sia costantemente fertile in ogni giorno del suo ciclo, e in ugual misura, ma solo per un numero di giorni limitato che varia da donna a donna e da ciclo a ciclo, a seconda delle situazioni della vita. La RNF non usa misure preventive attivamente, bensì sfrutta la consapevolezza della propria complessità biologica da parte della donna/coppia, la interpreta, per decidere con responsabilità e coscienza se cercare di distanziare o ricercare la gravidanza. Non può dunque coincidere con quella che più comunemente viene definita "contraccezione", ovvero "quell'insieme di tecniche o pratiche anticoncezionali che consentono di programmare la gravidanza" [2]: sono due fenomeni estremamente distinti.

In realtà da sempre, fin dalle epoche più antiche, l'uomo ha tentato di mettere in atto delle pratiche empiriche, anche se poco efficaci, per minimizzare il rischio di gravidanze indesiderate.

Ad esempio a Roma, nel 130 a.C., il medico Soranus affermava che: *<<per prevenire la gravidanza la donna doveva evitare il rapporto sessuale durante gli ultimi giorni della mestruazione e immediatamente dopo>>*. Nella antica legge ebraica e nelle antiche scritture indiane invece, vi erano alcune testimonianze di una certa conoscenza dei cambiamenti ciclici del corpo della donna e della loro correlazione con una certa fecondità. Nel 1896, un medico tedesco, Carl Cobellmann, suggerì l'ipotesi che il periodo infertile del ciclo andasse dal 14° al 25° giorno,

mentre secondo lui, la donna si poteva ritenere potenzialmente feconda da poco prima della mestruazione fino al 14° giorno del ciclo successivo. Questa ipotesi, è stata confutata dal medico G. Leopold nel 1894, il quale sottolineò come fino a quel momento non era mai stata dimostrata l'esistenza di un follicolo appena scoppiato durante la perdita mestruale. Questo concetto venne rafforzato venti anni più tardi dal medico tedesco Wholer, secondo il quale non era possibile che avvenisse il concepimento durante la seconda metà del ciclo.

Proprio queste scoperte spinsero i medici dell'epoca a studiare e approfondire l'argomento, per poter dare indicazioni alle donne da loro seguite sui periodi del ciclo nei quali avere rapporti con il coniuge (inizialmente si indicarono solamente gli ultimi sei giorni del ciclo, successivamente si passò a 11).

Bisognerà attendere il 1924, quando il ginecologo e chirurgo giapponese Kyusaku Ogino stabilì la durata del periodo dell'ovulazione calcolando la durata del ciclo in giorni e facendo dei conti a ritroso a partire dal giorno che precede l'inizio della mestruazione seguente. Grazie al suo lavoro di chirurgo, ebbe infatti l'occasione di osservare molteplici follicoli in via di sviluppo con un corpo luteo funzionante e questo gli permise di arrivare alla conclusione che l'intervallo di tempo in cui l'ovulazione può verificarsi è quello che va dal 12° giorno al 16° giorno del ciclo. Questa sua teoria venne poi elaborata da un medico olandese, Jan Smulder, descrivendo la regola matematica che ha posto le basi del Metodo: <<*il periodo di infertilità pre-ovulatoria è dato dal valore che si ottiene sottraendo 19 alla durata del ciclo più breve, mentre l'inizio della sterilità post-ovulatoria è data dal valore che si ottiene sottraendo 10 alla durata del ciclo più lungo*¹>>.

¹ Il ciclo "più corto" e quello "più lungo", fanno riferimento ad un totale di 12 cicli osservati precedentemente dalla donna.

Successivamente, nel 1929, il Dott. Herman Knaus affermò che l'ovulazione avveniva esattamente il 15° giorno che precede l'ovulazione. Seppur abbiano sviluppato queste teorie indipendentemente l'uno dall'altro, sia Ogino che Knaus concordavano nel ritenere che senza ovulazione non vi potesse essere mestruazione, (trattandosi, in caso contrario, di semplice perdita ematica). Il fenomeno ovulatorio ha quindi un legame dipendente con la mestruazione che lo segue e non con quella che lo precede. Nacque così il metodo di Ogino-Knaus, o anche detto "metodo del Ritmo" o "del Calendario", il quale introdusse il principio metodologico della continenza periodica.

Per determinare i giorni a rischio furono proposti numerosi apparecchi, interessante quello ideato nel 1931 da Adolf Schmid e commercializzato da una ditta svizzera: il "C.D. INDICATOR". La donna doveva tenere un'accurata registrazione della durata e della regolarità del suo ciclo e tramite semplici calcoli, l'apparecchio le forniva le date dei periodi fecondi. La produzione di questo apparecchio è durata sino al 1950 e si è interrotta con l'avvento della pillola Pincus. [3]

Questo metodo ha rappresentato un grande passo avanti per l'epoca, anche se, proprio perché strettamente legato a calcoli matematici, si è visto non essere facilmente applicabile, soprattutto in donne con cicli irregolari. Tuttavia, anche nelle donne con cicli apparentemente regolari, la predizione dei giorni fertili o meno, poteva essere fuorviata dal fatto che non vengano considerati tutti quei fattori esterni e/o interni che possono essere responsabili di cicli più brevi o più lunghi rispetto alla durata "standard" annotata dalla donna. In più, si è visto che molto spesso il metodo non era stato appreso correttamente e quindi neanche applicato con precisione, con errori di calcolo che sono stati determinanti (da qui l'espressione corrente "I figli di Ogino").

Più o meno negli stessi anni (1935), un prete cattolico tedesco, Wilhelm Hillebrand², [4] ebbe l'intuizione di utilizzare la temperatura basale femminile come un possibile indicatore della fertilità della donna. In realtà, già si sapeva da molto tempo che la temperatura basale era più alta nella seconda metà del ciclo rispetto che nella prima parte di esso e alcuni autori come il ginecologo e sessuologo olandese Van de Velde (1904) e Fruhinsholz (1928), avevano ipotizzato che tali variazioni termiche potevano essere influenzate dall'azione degli ormoni prodotti ciclicamente dall'ovaio. Tuttavia, il primo che lo applicò fu proprio Wilhelm che avendo verificato tre diversi insuccessi per il metodo del Ritmo nelle coppie da lui seguite, ebbe l'idea di cambiare approccio e fece registrare, a quante più coppie possibili, il grafico delle variazioni termiche per tutta la durata del ciclo. Ovviamente, Wilhelm fece utilizzare un semplice termometro alle donne che seguiva. Tuttavia, una ditta tedesca mise in commercio, nella seconda metà del 1900, un termometro specifico che, partendo da una temperatura basale di 36,9° permetteva di osservare agevolmente le variazioni di 6/10 di grado al di sopra o al di sotto di tale temperatura. Dopo di che, nel 1953 è stato prodotto un termometro denominato "Klimatest" per il controllo dell'ovulazione tramite la curva termica (il termometro era caratterizzato dall'angolazione del bulbo di mercurio che permetteva un'agevole introduzione in vagina).

Intanto nel 1938, notando che il cambiamento nella temperatura durante il ciclo di una donna fertile coincideva con la presenza di un'abbondante quantità di glicogeno nell'endometrio, i medici francesi Raoul Palmer e Jean Devillers, lo correlarono all'attività del corpo luteo dopo l'ovulazione. Considerando la suddetta teoria di Palmer e Devillers, il medico belga Jacques Ferin, nel 1947, elaborò un nuovo metodo basato sulla sola

² Nel 1959, ottenne anche la laurea <<honoris causa>> in medicina dall'Università di Colonia, per il suo lavoro in questo campo.

temperatura. Successivamente, nel 1954, il ginecologo tedesco Gerhard Döring pubblicò un manuale dal titolo “il metodo della temperatura per la prevenzione del concepimento” di facile comprensione per il lettore, che diffuse ampiamente il metodo. Nel frattempo, nel 1959, venne pubblicata la traduzione in tedesco di un libro scritto dal ginecologo olandese Jan Holt [5] che oltre a fornire la regola di base per determinare il rialzo termico, elaborò un metodo dato dalla combinazione di calcolo e temperatura: il calcolo matematico sarebbe stato utilizzato per determinare il periodo sterile nella fase pre-ovulatoria (non altrimenti possibile con la sola temperatura basale) e le variazioni termiche, per individuare la fase di sterilità post-ovulatoria.

Nel 1952, John Billings, un neurologo australiano, dietro l’invito del direttore del Consultorio Familiare Cattolico di Melbourne (padre Catarinich), cercò di comprendere i perché dei molteplici fallimenti del metodo del Ritmo come già descritto: Billings e padre Catarinich, arrivarono alla conclusione che si dovesse pensare ad un altro metodo che si basasse su un chiaro segno dell’ovulazione, che fosse semplice da comprendere e di facile rilevazione da parte delle donne. Incominciarono dunque a credere che il “muco cervicale” potesse essere proprio quello che stavano cercando. Nel 1962, continuò la ricerca di conferme da parte del medico australiano. Quest’ultimo chiese la collaborazione di James Brown del Reparto di Ginecologia e Ostetricia dell’Università di Melbourne: mentre le donne continuavano ad annotare la registrazione delle proprie sensazioni relative al muco, Brown si occupava di eseguire il monitoraggio endocrino degli ormoni ovarici (estriolo, estrone, estradiolo e pregnandiolo). Queste indagini dimostrarono finalmente la stretta correlazione tra l’andamento degli ormoni del ciclo ovarico e i cambiamenti delle caratteristiche del muco cervicale. Nel 1964, viene pubblicata la prima edizione del libro “il metodo dell’ovulazione”. Da questo momento in poi, la pediatra Lyn Billings, accompagnò e supportò il marito nei suoi

studi. Grazie a lei e alla collaborazione della stessa Università di Melbourne, nel 1966 si scoprì in primis che l'avvicinamento dell'ovulazione era per lo più associata ad una "sensazione" di lubrificazione piuttosto che alla quantità e alla filanza del muco cervicale e in secondo luogo, che la sensazione di netta secchezza alla regione vulvare è un indice di infertilità. Le scoperte dei coniugi furono così sorprendenti che nel 1971 nacque ufficialmente il "metodo Billings" che si basa sull'insieme dell'osservazione del muco e sulla percezione delle sensazioni da parte della donna. [6]

Nel frattempo, negli anni 50', si fece un ulteriore passo avanti nel superamento dei limiti imposti dagli altri metodi: si incominciò a parlare di "Metodi Sintotermici". Inizialmente, con questo termine si intendeva la possibilità che alcune donne fossero in grado di indentificare dei sintomi, quali per esempio perdite di muco e dolori al basso ventre, come potenziali segni di fertilità, senza riuscire però a dichiarare se l'ovulazione fosse o meno avvenuta. Successivamente, alcuni autori tra cui Keefe, (ginecologo e pioniere dell'esame dell'autopalpazione della cervice uterina), Hillebrand, Holt, proposero di associarvi anche la registrazione della temperatura basale, ma senza elaborare mai delle regole metodologiche vere e proprie. Fu il medico austriaco Josef Roetzer ad applicarlo concretamente e nel 1965 uscì il suo primo libro incentrato sull'applicazione pratica del metodo e con lui, nacque il primo vero metodo Sintotermico. Negli anni 1977 e 1978 venne realizzato a Calcutta uno studio riguardante un programma di impianto del metodo Sintotermico in questa zona. Lo studio, che venne condotto dalle missionarie della Carità di Madre Teresa di Calcutta, in collaborazione con l'"Indian Council of Medical Research", ha dimostrato la grande accettazione, la popolarità del metodo e anche un'elevata efficacia. [6]

E' sulla scia di queste grandi conquiste che il sociologo e consulente matrimoniale Paul Thyma pubblicò prima "Regole illustrate sulla fecondità periodica della donna" e poi il libro "Metodo a doppio controllo per la

pianificazione naturale familiare”. Considerando gli aspetti positivi dei vari metodi già presentati, Thyma dà vita ad un nuovo metodo che si basa sia sui calcoli matematici dei giorni sterili in fase pre-ovulatoria, che sulle osservazioni del muco e/o dei cambiamenti della cervice ed infine, sul grafico della temperatura al risveglio. Anche se potrebbe essere erroneamente scambiato per un altro metodo Sintotermico, la diversa identificazione dell’inizio del periodo sterile della fase post-ovulatoria ne demarca il contrasto. Per Thyma infatti, a seguito del rialzo termico dopo il picco del muco, è necessario attendere la sera del quarto giorno di temperatura costantemente alta per porre l’inizio della fase infeconda. Al contrario, secondo Roetzer, è sufficiente attendere la sera del terzo giorno di temperatura alta. [7]

L’interesse per la regolazione naturale della fertilità, ha raggiunto anche l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1967, mentre nel 1974 è nata l’IFFLP (international Federation for Family Life Promotion), che ha creato un movimento culturale e scientifico attualmente diffuso in più di novanta Paesi del mondo.

Per quanto riguarda l’Italia, nel 1976, all’interno dell’Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, è stato fondato il “Centro Studi e Ricerche sulla Regolazione Naturale della Fertilità”. [8] La sua attività si è diffusa molto velocemente, anche a livello nazionale e internazionale, ma nel contesto del nostro paese ha contribuito alla diffusione del metodo Billings ed è riconosciuta da “WOOMB International” (World Organization Ovulation Method Billings), come Centro di Coordinamento Nazionale per il metodo Billings (WOOMB Italia). Infine nel 2001 è diventato parte integrante dell’Istituto Scientifico Internazionale “Paolo VI” di ricerca sulla fertilità ed infertilità umana (ISI). Più o meno in contemporanea, nel 1978, nasce il C.A.M.e.N. [9] (Centro Ambrosiani Metodi Naturali) a Milano, impegnato nell’insegnamento del metodo Sintotermico CAMEN. Note sono anche le sue collaborazioni con l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e

con l'Institut Européen d'Education Familiale (IEEF) per progetti di ricerca. A Verona è stato fondato anche l'INER Italia [10] (Istituto per l'Educazione alla Sessualità e alla Fertilità), che dal 1985 promuove attività di ricerca nell'ambito della Regolazione Naturale della Fertilità secondo un approccio EBM (Evidence Based Medicine), e si occupa di formare insegnanti del metodo Sintotermico Roetzer.

Tutti questi centri sono oggi riuniti sotto la C.I.C.R.N.F. (Confederazione Italiana dei Centri per la Regolazione Naturale della Fertilità), fondata nel 1991 per volere della CEI (Conferenza Episcopale Italiana). La Chiesa Cattolica si è espressa da sempre in materia di contraccezione promuovendo approfondimenti e ricerche da parte dei professionisti del settore per diffondere la logica dei metodi naturali. Per questa ragione, nel 1968 è nata l'enciclica "Humanae Vitae" di Paolo VI, la quale è divenuta la "mission" ispiratrice di tutti i centri di insegnamento della Regolazione Naturale della Fertilità. A proposito di tale documento, Giancarla Stevanella, la Presidentessa della C.I.C.R.N.F., ha voluto sottolineare: <<non è banalmente l'enciclica sulla contraccezione o sul divieto posto all'utilizzo della contraccezione, come volgarmente si sente dire. Chiunque avesse finalmente il coraggio di leggere personalmente l'enciclica, dovrebbe prendere atto di un grande inno all'amore coniugale [...] E' bene puntualizzare che i metodi naturali non sono un dono semplicemente per i credenti, e anche se forse solo la Chiesa ha investito molto in questa direzione e promosso e sollecitato la ricerca scientifica sui metodi naturali, è senz'altro vero che essi non sono un prodotto della Chiesa, né una sua invenzione>>. Anche con l'esortazione apostolica "Familiaris Consortio" di Giovanni Paolo II (1981): <<La Chiesa vuole approfondire la sua rinnovata visione della sessualità nel contesto della comunione, anima e corpo dei coniugi. Alla luce di una antropologia che rifiuta di dissociare anima e corpo, l'atto sessuale appare già come espressione del dono totale della persona alla persona >>. [11]

Capitolo 2: Fisiologia della riproduzione femminile

2.1 Asse ipotalamo-ipofisi-ovaio

Il potenziale di fertilità di una coppia dipende dalla fisiologia dell'anatomia e della funzionalità degli apparati riproduttori di entrambi i partners. Il sofisticato processo della generazione di uno zigote diploide a partire da due gameti aploidi, richiede la presenza di meccanismi di controllo sia del differenziamento sessuale degli individui che della regolazione della produzione dei gameti stessi.

Per quanto riguarda la donna, questo è possibile, grazie ad uno specifico complesso neuro-endocrino: dal sistema nervoso centrale (SNC), dipartono input nervosi che raggiungono i neuroni ipotalamici, dove l'informazione nervosa viene convogliata in stimoli ormonali, i quali regolano così l'attività secretoria dell'adenoipofisi. Quest'ultima a sua volta, produce degli ormoni che hanno un'azione diretta sull'ovaio.

Il regolatore che garantisce uno stato di omeostasi dell'organismo è l'ipotalamo. Qui vengono confrontati ed elaborati i segnali provenienti dall'ambiente esterno con quelli provenienti dall'interno dell'organismo e generate le risposte comportamentali adeguate: pertanto, alterazioni dello sviluppo e della funzione dell'asse sono responsabili di diverse forme di infertilità.

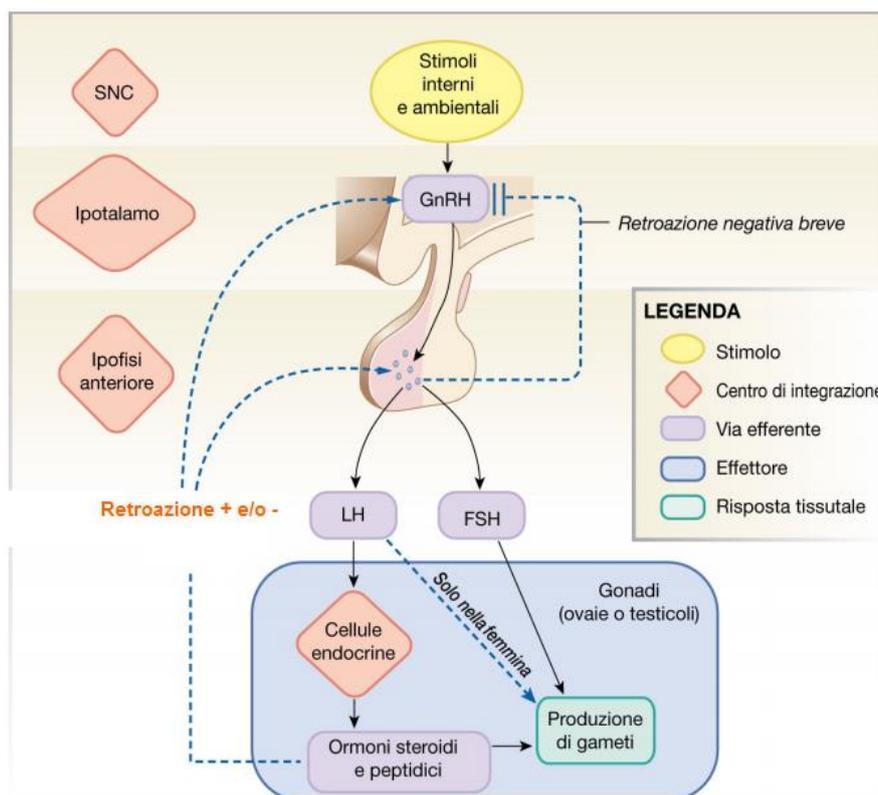
Il controllo nervoso della secrezione gonadotropinica si produce attraverso la liberazione del GnRH (Gonadotropin-Releasing Hormone), l'ormone chiave della funzione riproduttiva. La regolazione della secrezione del GnRH nel circolo portale ipofisario richiede il contributo interattivo di una rete complessa di neurotrasmettitori e di neuro modulatori. I neuroni GnRH ricevono infatti afferenze di tipo dopaminergico, serotoninergico, noradrenergico, e neuropeptidiche (CRH, TRH ecc.) suggerendo che

un'ampia gamma di fattori e/o situazioni fisiopatologiche a carico del sistema nervoso, o stimoli dall'esterno, comprese anche condizioni di stress, possano alterare la secrezione di questo ormone. Per una corretta attività dell'asse è necessario che la secrezione del GnRH avvenga in modo pulsatile con una periodicità circaoraria.

Il GnRH liberato, raggiunge l'ipofisi anteriore (adenoipofisi), si lega a specifici recettori di membrana (GnRH-R) e qui incomincia a stimolare la secrezione di ambedue le gonadotropine ipofisarie: l'ormone follicolo stimolante (FSH) e l'ormone luteinizzante (LH).

Figura 1 Asse Ipotalamo-Ipofisi-Ovaio

(Tratta dal sito web: <http://users.unimi.it/fisibioc/lezione%2012.pdf>) [12]



Anche la regolazione della secrezione delle gonadotropine è complessa in quanto dipende non solo dalla quantità di GnRH nel circolo portale, ma, come accennato, dalla sua pulsatilità secretoria. La frequenza e

l'ampiezza della secrezione del GnRH, si modificano durante le diverse fasi del ciclo della donna, a causa del meccanismo di autoregolazione endocrina dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio.

La secrezione delle gonadotropine a livello anteroipofisario è retrocontrollata dagli ormoni steroidei femminili (estrogeni e progesterone), liberati dall'organo bersaglio, attraverso meccanismi a feedback positivo (stimolatore) e negativo (inibitore).

Nella fase follicolare (inizia con il primo giorno di mestruazione vera e termina con l'ovulazione) precoce, vi è un leggero aumento dei livelli di estradiolo circolante, il quale, a livello ipotalamico modula l'ampiezza delle pulsazioni del GnRH, mentre esercita un controllo inibitorio per quanto riguarda la secrezione gonadotropinica ipofisaria, riducendo i livelli ormonali di FSH e LH. Nella fase follicolare tardiva invece, i livelli di estradiolo si mantengono costantemente elevati. Questa condizione, insieme anche alla presenza di un basso dosaggio di progesterone, determina una stimolazione ipofisaria a cui segue il picco dell'LH e poi dell'FSH. Subito dopo, nella fase luteinica (comprende l'ovulazione e termina con il verificarsi di una nuova mestruazione), il corpo luteo incomincia a produrre progesterone, i cui livelli aumentano tanto da indurre un feedback negativo sia a livello ipotalamico che ipofisario. Nel caso in cui non sia avvenuta la fecondazione, i livelli di progesterone decadono, così come quelli dell'LH, mentre aumenta la secrezione pulsatile del GnRH e i livelli di FSH.

Durante il periodo riproduttivo quindi, le modificazioni dei livelli ormonali dell'asse riproduttivo nella donna, seguono delle importanti fluttuazioni periodiche che caratterizzano il vero e proprio 'ciclo ormonale'. Esso è mirato al controllo ciclico della maturazione dell'ovocita (ciclo ovarico) e alla preparazione dell'endometrio in vista dell'instaurarsi di un eventuale gravidanza (ciclo mestruale). Dalla prima mestruazione infatti (menarca), fino alla menopausa, per un arco di tempo di circa 35-40 anni, la donna va

incontro a questi due fenomeni biologici che si ripetono ciclicamente e la cui durata si calcola contando il numero dei giorni che vanno dal primo giorno di perdita ematica vera, fino al giorno che precede la comparsa di una mestruazione successiva.

2.2 Ciclo ovarico

Il ciclo ovarico può essere suddiviso in tre fasi: fase follicolare, ovulazione e fase luteale.

Come abbiamo già accennato, l'avvio del ciclo ovarico in epoca puberale, è la conseguenza della maturazione del SNC e dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio. Infatti è grazie a questa condizione fondamentale di base che l'ovaio acquisisce la capacità di iniziare la steroidogenesi (produzione degli ormoni sessuali femminili), assieme a quella di completare il processo della gametogenesi.

La gametogenesi, o follicologenesi, inizia già in epoca embrionale nei soggetti di sesso femminile, con lo sviluppo di una riserva di follicoli primordiali (costituiti da un ovocita bloccato nella profase della prima divisione meiotica), localizzati al livello dello stroma ovarico. Subito dopo la comparsa della mestruazione, alcuni follicoli primordiali iniziano a maturare, dei quali solamente 4-6 arrivano a raggiungere un diametro di 10 mm (tutti gli altri subiscono dei processi di involuzione e atresia). Di questi follicoli poi, solamente uno diventerà quello dominante, destinato ad andare incontro all'ovulazione. La crescita follicolare passa innanzitutto per la formazione della membrana granulosa e delle cellule della teca, interne e esterne. Mentre l'ovocita completa la prima divisione meiotica e inizia la seconda che si arresta nella metafase II (sotto lo stimolo dell'FSH ipofisario), le cellule della granulosa e della teca iniziano a secernere estrogeni in quantità via via crescenti.

Questi ormoni, sebbene agiscano al livello di tutti i distretti corporei della donna, hanno però come bersaglio primario l'apparato genitale femminile,

apportando delle modifiche a livello dell'utero, la cervice e le caratteristiche del muco cervicale.

Sotto la spinta degli estrogeni, insieme al follicolo, maturano anche le cellule che lo circondano: si forma una "cavità follicolare" ripiena di un liquido limpido e vischioso (liquido follicolare), il quale cresce in quantità, tanto da aumentare la pressione interna e determinare un assottigliamento della parete follicolare. Contemporaneamente, al livello della membrana granulosa, si viene a localizzare il "cumulo ooforo", un polo ispessito che contiene la cellula uovo. Quest'ultima, risulta inoltre circondata da una "zona pellucida", cui sono adese le cellule del cumulo ooforo: l'insieme dei due è definito "corona raggiata". Il follicolo maturo è una grossa vescicola che sporge alla superficie dell'ovaio.

Quando il livello degli estrogeni è elevato e si mantiene tale, si attiva il feedback negativo che permette all'ipofisi di iniziare la secrezione dell'LH. La repentina e intensa crescita dei livelli di ormone LH circolanti, porta alla luteinizzazione delle cellule della granulosa, insieme all'aumento del rilascio di progesterone e la riattivazione del processo di meiosi, che tuttavia non si completa, se non quando la cellula uovo incontrerà lo spermatozoo nell'ampolla tubarica.

Il follicolo si matura definitivamente e, circa 10-12 ore dopo il picco dell'ormone luteinizzante, subisce la rottura con la conseguente fuoriuscita dell'ovulo: si ha così l'ovulazione. Nel contempo, la tuba inizia a contrarsi ritmicamente e le sue fimbrie si avvicinano alla superficie dell'ovaio per poter accogliere l'ovocita in vista di un'eventuale fecondazione. Appena avvenuta l'ovulazione, si completa il fenomeno di luteinizzazione già avviato in fase preovulatoria, con la conseguente formazione del corpo luteo. La piccola apertura che si era formata sulla superficie ovarica si chiude rapidamente, la cavità del follicolo si riempie di un piccolo coagulo di sangue, il corpo luteo assume una forma elissoide, di un colore giallognolo e viene a sporgere sulla superficie dell'ovaio. Le cellule

luteiniche del corpo luteo iniziano subito a secernere ormoni steroidei, soprattutto progesterone che si mantiene sempre elevato, mentre gli estrogeni aumentano solo in fase abbastanza tardiva del periodo luteinico. Qualora sia avvenuta la fecondazione, il corpo luteo permane, ma diviene “corpo luteo gravidico”, sotto lo stimolo della gonadotropina corionica umana (hCG) prodotta dal trofoblasto embrionale. In caso contrario invece, esso va incontro a dei processi involutivi che lo porteranno a diventare “corpo albicante”, determinando così il crollo ormonale di estrogeni e progesterone e la comparsa di una nuova mestruazione.

2.3 Ciclo uterino

Il ciclo uterino non è altro se non la manifestazione clinicamente evidente del ciclo ormonale e ovarico che avvengono nella donna.

Dunque la sua comparsa coincide con il menarca (prima mestruazione) nell'età puberale e termina con la menopausa. Il periodo puberale è il periodo di transizione dall'infanzia all'età adulta in cui si attuano numerose trasformazioni, fisiche e psicologiche, che si svolgono sequenzialmente fino al conseguimento della maturazione sessuale e della capacità di procreare.

Negli ultimi secoli, l'età dello sviluppo puberale è diventata sempre più precoce³, [13] tanto è vero che oggi in Italia, è stimata attorno ai 12.5 anni, mentre l'età della menopausa si è mantenuta attorno ai 50 anni. Il ciclo mestruale ha una durata media di 28 giorni, anche se, può durare dai 25 ai 35 giorni, senza per questo mancare del carattere di normalità. Il ciclo ovarico è definito “regolare” se si presenta con una certa puntualità senza

³ Il ‘timing’ della pubertà è determinato sia da fattori genetici che ambientali come la nutrizione, l'obesità, lo stato sociale, fattori psicologici, l'etnia e l'adozione. Le alterazioni nel timing della pubertà riflettono cambiamenti nella salute pubblica.

variazioni troppo grandi⁴ fra un ciclo e l'altro all'interno della stessa donna. La radice di queste differenze individuali può avere molteplici ragioni, ma va ricordato che ciò che distingue una donna con ciclo di 28 giorni da un'altra con ciclo di 35 giorni, è la durata della fase follicolare (vale a dire della prima fase del ciclo), in quanto non possiamo determinare con certezza il giorno in cui avverrà l'ovulazione (che può essere diversa da ciclo a ciclo poiché influenzato da vari fattori), mentre la fase luteinica ha una lunghezza che non supera di media i 14-16 giorni, dunque è per lo più fissa⁵. [7]

La ciclicità mestruale è una caratteristica esclusivamente dei primati e della specie umana e consta di tre fasi fondamentali: fase mestruale o rigenerativa, fase proliferativa e fase secretiva.

La prima, ha inizio con la comparsa della mestruazione, ovvero l'eliminazione attraverso il sangue, reso opportunatamente non coagulabile, dello strato funzionale più esterno del rivestimento interno dell'utero (endometrio) con una durata della mestruazione che è in media di 5-6 giorni. Questo evento compare poiché alla fine della fase secretiva, laddove non sia avvenuta una gravidanza, le arterie spirali si costringono diventando completamente occluse dopo circa due giorni. L'endometrio si deteriora, le ghiandole si degradano e compare così necrosi tissutale. Dopo la desquamazione dello strato funzionale dell'endometrio i vasi si

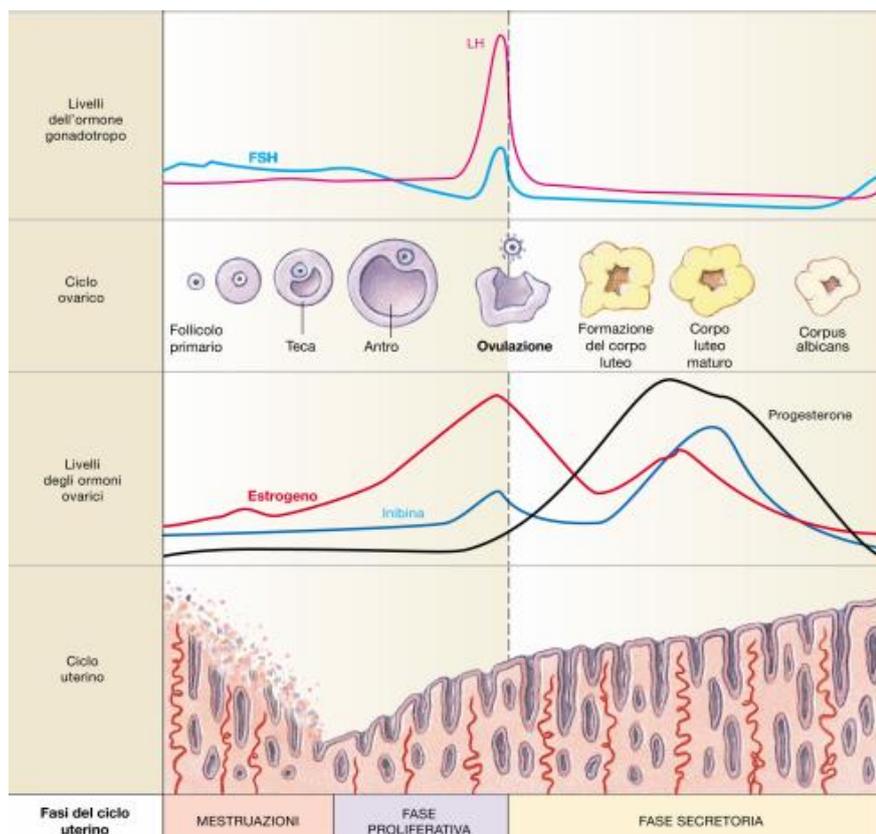
⁴ Quando le variazioni della lunghezza del ciclo mestruale superano i 7-10 giorni, si parla di cicli irregolari. Cause dei cicli irregolari possono essere eventuali infezioni dell'apparato genitale, tumori maligni e benigni dell'utero e delle ovaie, malattie ormonali, malattie non ginecologiche, brusche variazioni di peso, digiuni, anoressia, squilibri ormonali e stress. Questi aspetti, possono non solo arrivare a compromettere la regolarità dei cicli ovarici, ma addirittura a sopprimerli. Infine, adolescenza, puerperio e premenopausa, sono tre fasi fisiologiche della vita di ogni donna che tuttavia possono presentare cicli irregolari a causa di un non corretto funzionamento dei meccanismi di regolazione ormonale dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio.

⁵ Quando l'intervallo di durata della fase luteinica conta meno di 11 giorni, si tratta molto probabilmente di un ciclo infecondo. Il motivo per cui si verifica una fase del corpo luteo più corta del normale, può essere dovuto al fatto che il corpo luteo comincia la sua attività prematuramente, e così ha inizio la successiva mestruazione. In questo caso, se l'ovulo è stato fecondato, arriva nell'utero dopo aver impiegato alcuni giorni per attraversare l'ovidotto, mentre è già in corso la perdita mestruale. Il corpo luteo, in questo caso, non ha funzionato abbastanza per permettere l'annidamento dell'ovulo fecondato. Questo tipo di anomalia può essere curata farmacologicamente se la coppia desidera un figlio, cosicché la donna in questione potrà condurre a termine la gravidanza desiderata.

rompono al di sopra delle ostruzioni, dando il via alla perdita emorragica, mentre vengono conservate le estremità delle ghiandole e i vasi che si riformeranno. In questo primissimo intervallo di tempo, prima del periodo proliferativo, inizia la ricostruzione dell'epitelio superficiale, partendo dallo strato endometriale basale presente. La nuova formazione epiteliale è sostenuta dai fibroblasti sottostanti, con ricomparsa dei tubuli ghiandolari con decorso rettilineo e lume stretto. Dopo 5-6 giorni, la mucosa uterina basale è conservata, mentre la porzione funzionale è ancora molto sottile: la sua crescita è garantita dall'azione degli estrogeni (la fase proliferativa infatti viene anche definita follicolare, in quanto avviene in contemporanea al reclutamento e alla maturazione dei follicoli).

Figura 2 Ciclo ormonale e ciclo uterino

(Tratta dal sito web: <http://users.unimi.it/fisibioc/lezione%2012.pdf>) [12]



In questa fase le ghiandole aumentano di numero e dimensioni e diventano tortuose, mentre le arteriole spiraliformi diventano molto evidenti. Proprio in corrispondenza del picco degli estrogeni in circolo, avremo anche la massima maturazione di tutte le componenti endometriali, dopo di che, sotto la spinta dell'FSH che inizia ad essere prodotto a livello ovarico, le ghiandole aumentano ancora di volume e diventano maggiormente tortuose e le arteriole spiraliformi invadono tutto il connettivo neoformato fino ad arrivare in prossimità dello strato superficiale.

Ad ovulazione avvenuta, le ghiandole aumentano di volume, si allungano e al loro interno si formano vacuoli di glicogeno intracitoplasmatici: il progesterone circolante stimola la secrezione di glicoproteine fonte di nutrimento per accogliere un eventuale embrione. Per le stesse ragioni, le arteriole diventano ancora più evidenti, si allungano e si inspessiscono. In questa fase l'endometrio raggiunge il suo massimo spessore e il progesterone, inibisce la contrazione delle cellule di muscolatura liscia del miometrio che potrebbero interferire con l'annidamento. Le ghiandole continuano a modificarsi, si accentua la loro tortuosità, assumono un classico aspetto a "dente di sega", e, nel caso in cui il suddetto ciclo sia stato infertile, la caduta dei livelli di estradiolo e progesterone si riflette in una serie di alterazioni vasomotorie e tissutali che conducono alla comparsa di una nuova mestruazione: si sfaldano gli strati superficiale compatto e intermedio spongioso, mentre quello basale rimane in situ.

Capitolo 3 : La Fertilità come progetto o come minaccia al giorno d'oggi

La Fertilità è indice della capacità riproduttiva di una coppia, al cui concetto è intimamente legato anche quello di salute sessuale degli individui.

Se consideriamo la definizione della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la quale dice che la Salute è lo "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia", è ovvio che il mantenimento dello stato di salute sessuale e riproduttiva dell'essere umano, è sicuramente uno degli obiettivi cardine delle campagne di sensibilizzazione del Ministero della Salute e dell'OMS. Questo perché esistono molti fattori esterni, ma anche abitudini personali (che quindi possono essere soggette a modifiche), che rischiano di minare la fertilità ai giorni nostri: tra questi, l'obesità o l'eccessiva magrezza, le abitudini del fumo e dell'alcol e la diffusione sempre maggiore di malattie sessualmente trasmesse (e non solo l'HIV, ma anche e soprattutto infezioni come la Clamydia, più subdole, ma ugualmente pericolose).

Uno dei possibili fattori di infertilità o sub-fertilità, va ricercato sicuramente anche nell'età avanzata alla prima gravidanza. Secondo il rapporto OCSE "Society at a Glance 2014", [14] viene affermato che: *<<in Italia il ritardo dei giovani nel guadagnare la loro indipendenza dalle famiglie è uno dei fattori che contribuiscono al notevole differimento nella formazione di nuclei familiari. Tale ritardo mantiene basso il tasso di fecondità e aggrava ulteriormente l'invecchiamento della popolazione>>*. Questo fenomeno, evidente soprattutto nei giovani del Sud Italia rispetto a quelli del Nord e nei piccoli comuni rispetto che nei grandi centri, porta a dover posticipare delle scelte importanti per l'essere umano, vale a dire il matrimonio e l'averne dei figli.

La natalità e la fecondità sono entrambe espressioni dell'attività riproduttiva di una popolazione, ma con diverso significato. La prima infatti è data dal rapporto fra il numero di nati vivi e la popolazione residente. Il tasso di fecondità totale invece (TFT), ovvero il numero medio di figli per donna (in una fascia di età considerata per convenzione fra i 15 e i 49 anni), misura l'intensità riproduttiva di un determinato paese. Sembrerebbe che un TFT pari a 2,1 sarebbe un valore ideale, in quanto assicurerebbe alla Nazione la possibilità di avere un ricambio generazionale. Per questa ragione è preoccupante che in Italia, siamo passati da un TFT di 1,42 nel 2012 a uno di 1,39 rimasto uguale sia per il 2013 che per il 2014. Questo, è il segno di un calo demografico importante.

Il ritardo rispetto la scelta di avere dei figli, spiegherebbe dunque anche il fenomeno dell'età media delle donne alla prima gravidanza che si è spostata dai 23-25 anni del 1970 agli attuali 31,4 del 2014. Rilevante è inoltre il numero di coppie che desiderano avere un figlio dopo i 35 anni, tanto è vero che rispetto al 2012, le madri over 40 sono addirittura raddoppiate. [13] L'età massima a cui avere l'ultimo figlio è inoltre aumentata nel tempo: essa era pari a 34,6 anni nel 2002, per poi salire a 35,5 nel 2005 fino ad arrivare ai 36,6 nel 2012. [15]

Purtroppo, le conseguenze legate alla decisione di posticipare la prima gravidanza sono molto spesso sottovalutate, crogiolandosi dietro al falso mito di una fertilità permanente e stabile dal periodo del menarca a quello della menopausa. Al contrario, le evidenze scientifiche dimostrano che la capacità procreativa delle donne sembrerebbe cominciare a diminuire già dopo i 20 anni, ma subisce un calo significativo alla fine dei 30. [16]

E' sulla base di quanto appena detto che viene normale chiedersi che importanza diamo al benessere del nostro corpo, alla fisiologia della riproduzione, al nostro essere donne, potenzialmente lavoratrici e potenzialmente madri, nel contesto che ci circonda. Ad esempio, anche se

l'OMS afferma che "la mestruazione è un *marker* importante della capacità riproduttiva e dell'ambiente endocrino di una donna", le donne della società attuale tendono a vivere questo evento ciclico della loro femminilità quasi come fosse una malattia. Le mestruazioni, il cattivo odore, la sindrome pre-mestruale, la labilità emotiva, sono tutti fattori che vanno necessariamente controllati, eliminati e medicalizzati. Come sottolinea Verena Schmid : <<*Più che una potenza diventa una condanna, un appuntamento temuto e odiato. Sicuramente oggi viviamo in una società che, dal punto di vista produttivo vuole le donne amazzoni, anzi, androgine. Aggressive, efficienti, sempre belle apparenti, devono seguire un ritmo statico, lineare, senza concessioni a vacillazioni cicliche, né di umore né di corporeità. Magre, longilinee, con poche curve, libere, asciutte, statiche, vuote, senza pancia, così l'immagine sociale si impone alle donne. Le vuole senza estrogeni dunque, che le rendono rotondette, acquose, emotive, succulenti, fertili e odorose. [] Nella nostra società quindi non c'è posto per le mestruazioni, non c'è posto per i bambini, la famiglia, non c'è posto per le caldane delle donne in menopausa e per i loro umori labili. Non c'è posto per la donna. Il suo istinto biologico di proliferazione, non soddisfatto dalle scarse o nulle maternità concessole, viene ridotto a disturbo, malattia pericolo*>>. [17]

La complessità della nostra natura, della biologia del nostro corpo, sembra condurci sempre di fronte a delle scelte, riguardo al fatto di avere o meno le mestruazioni, o dei figli, o di quanti figli desiderare.

Analizzando in maniera più approfondita i progetti di intenzione di fecondità delle donne e delle coppie nel contesto del nostro paese, sempre secondo i dati Istat risalenti al 2014, sembrerebbe che: <<*Il numero medio di figli attesi dalle madri è poco variabile non solo al mutare delle principali caratteristiche socio-demografiche delle donne ma anche nel tempo. Esso è infatti pari a poco meno di 2,29 figli per donna nel 2012 contro il 2,22 del 2005 e il 2,24 del 2002. Con riferimento alle*

caratteristiche delle donne, si noti che il numero atteso di figli è lievemente più basso per le madri non in coppia ed al contrario più elevato per le madri casalinghe e per le coppie composte da entrambi i partner stranieri>>.

I motivi per cui le coppie decidono di non investire il loro tempo e le loro risorse in matrimonio e figli, andrebbero ricercati, come già detto prima, sicuramente nell'assenza o precarietà delle possibilità economiche dei giovani del nostro paese (23,4 %), nella difficoltà a conciliare famiglia e lavoro (5,6%), ma anche nel raggiungimento del numero massimo di figli desiderati e realizzati (36,6%), motivi legati all'età (15,5%) ed infine, preoccupazioni legate alla gravidanza, al parto o alla crescita dei figli (7,0%). Le intenzioni degli Italiani dunque, esprimono chiaramente la volontà, che a volte diventa necessità, di distanziare, se non di evitare le gravidanze che sarebbe auspicabile raggiungere attraverso un approccio che sia il più rispettoso certamente della salute riproduttiva e sessuale, ma anche della salute spirituale, delle convinzioni e della dignità dell'essere umano. Questo progetto può essere realizzato anzitutto attraverso la formazione e l'informazione dei cittadini, in modo che questi possano prendere delle decisioni che siano responsabili e coscienti e più concretamente, attraverso due modalità che potrebbero sembrare apparentemente simili, ma ricche di differenze intrinseche fondamentali: la Contraccezione o la Regolazione Naturale della Fertilità.

Capitolo 4: Differenza tra Contraccezione e Regolazione Naturale della Fertilità

Il problema del controllo delle nascite ha le sue origini nel 1978, quando di fronte al continuo aumento della popolazione globale, Thomas Robert Malthus, sostenne la necessità di tentare di limitare questo fenomeno per scongiurare un'enorme miseria mondiale, impiegando mezzi quali il differimento del matrimonio, il celibato e la continenza coniugale. Successivamente, fu il "neomalthusianesimo" la dottrina che, spinta dalle stesse ragioni, si propose di risolvere il problema della superpopolazione mediante la riduzione artificiale delle nascite: contraccezione, aborto, sterilizzazione. Le pratiche contraccettive, nascono dunque per essere "pratiche anticoncezionali" efficaci, che avessero l'obiettivo di evitare l'instaurarsi di una grave crisi sociale [1].

Oggi invece ci troviamo nella situazione opposta. Dalla metà degli anni sessanta, abbiamo assistito alla diminuzione della natalità, fenomeno che prende il nome di "implosione sociale" e non si è riusciti comunque a impedire il verificarsi di un'importante crisi economica e sociale. Un quadro allarmante e che dovrebbe far riflettere. Già durante la Conferenza Mondiale della popolazione tenutasi a Bucarest nella metà degli anni settanta (1974), era stato dichiarato con provocazione che: "Lo sviluppo è il miglior contraccettivo". [18] Tuttavia, si continua a riservare la maggior parte delle risorse in materia di "family planning" nei confronti delle politiche contraccettive. La Società Medica Italiana per la Contraccezione (SMIC) sostiene che la scelta di quando e quanti figli crescere è il 7° diritto della Carta della IPPF (The International Planned Parenthood Federation). [19] Tuttavia, dai risultati del progetto "Barometer of Women access to modern contraceptive choice in 10 EU Countries", l'Italia si classifica in terzultima posizione per l'accesso alla "contraccezione moderna". Anche

la WHO (World Health Organization), nel 2014 [20] ha sottolineato l'esistenza di un bisogno insoddisfatto di contraccezione che resta alto in molti ambienti e che riguarda circa 222 milioni di donne. Queste società ritengono che la contraccezione infatti, avrebbe dei chiari benefici per la salute della donna e il benessere della comunità: potrebbe contribuire a impedire 54 milioni di gravidanze indesiderate, 26 milioni di interruzioni di gravidanza, 7 milioni di aborti spontanei, 79.000 morti materne e 1.1 milioni di morti infantili. [21]

Tutto questo perché la promozione della pianificazione familiare è in grado di aumentare il benessere, la salute sessuale e riproduttiva e l'autonomia della donna. [22]

Con il termine generale di "pianificazione familiare", "s'intende la progettazione e le modalità di formazione delle famiglie nucleari, attraverso la fase dell'unione coniugale, la definizione del numero delle nascite, dei tempi e dei modi del loro distanziamento. Il significato corrente della dizione, tuttavia, si limita in genere alla pianificazione delle nascite, come progetto e attuazione, da parte di individui e di coppie, di comportamenti riproduttivi tesi a condurre a un numero definito di nascite e al voluto distanziamento tra di esse; il riferimento alle unioni coniugali è incluso limitatamente al loro collegamento con il comportamento riproduttivo e con i suoi esiti". [23]

La pianificazione familiare, può essere operata dalla donna e dalla coppia attraverso due modalità profondamente distinte l'una dall'altra, nonostante nella maggior parte dei documenti dei principali enti autorevoli, si parli erroneamente di "contraccezione" per intendere sia la logica anticoncezionale, che quella di regolazione naturale della fertilità. La prima, ha portato allo sviluppo dei più moderni e conosciuti metodi contraccettivi, strumenti atti a "manipolare" in modo temporaneo o prolungato, reversibile o irreversibile i processi biologici che sottintendono il potenziale procreativo della coppia. Al contrario, la seconda promuove

dei metodi “informativi” che forniscono semplici nozioni circa la fisiologia del corpo umano e dei processi riproduttivi. Sulla base di queste conoscenze, è la coppia che decide di adeguare i propri comportamenti sessuali a seconda di ciò che ritiene più opportuno in quel preciso momento.

4.1 Breve descrizione dei principali metodi contraccettivi

I metodi contraccettivi possono essere ormonali, meccanici e metodi di barriera, oltre che la sterilizzazione femminile e maschile (l'unico caso di compromissione persistente e irreversibile della fertilità).

Nei metodi ad azione ormonale sono compresi la pillola combinata, la minipillola, il cerotto transdermico, l'anello vaginale, l'impianto sottocutaneo e la spirale a rilascio di levonorgestrel (progestinico).

La pillola combinata (COCs) è così chiamata perché è strutturalmente costituita dalla presenza di due ormoni: uno estrogenico e l'altro progestinico. Questi ormoni agiscono a livello ipofisario dove inibiscono la produzione dell'ormone follicolo stimolante (FSH) e luteinizzante (LH) e bloccano così l'ovulazione. Il loro meccanismo può andare anche a indurre modificazioni del muco cervicale impedendo la permeabilità degli spermatozoi e, ad alterare la motilità tubarica o l'ambiente intrauterino per evitare l'annidamento di un eventuale embrione. La pillola viene assunta per via orale per 21, 22 o 28 giorni, in base alla tipologia prescelta.

Nel caso in cui la pillola combinata sia sconsigliata dal medico, si può ricorrere alla minipillola (POPs), la quale è a base di solo progestinico. Il meccanismo d'azione è simile a quello della pillola convenzionale, ma si sfrutta soprattutto l'azione del progesterone sull'ispessimento del muco cervicale e l'impedimento della permeabilità spermatica, oltre che la soppressione del ciclo ormonale femminile. Questa, deve essere assunta

tutti i giorni, sempre alla stessa ora, partendo dal primo giorno di perdita ematica vera.

Recentemente è stata introdotta in Italia (in commercio già da dieci anni negli Stati Uniti) anche la “pillola stagionale”. Si tratta di un contraccettivo orale combinato a regime esteso le cui compresse vengono assunte in modo continuativo per 91 giorni per poi riiniziare la confezione successiva il giorno dopo aver terminato l'ultima compressa della confezione precedente. Così, i sanguinamenti programmati da sospensione vengono ridotti a soli quattro episodi nell'arco dell'intero anno. La logica che c'è dietro a questo metodo è stata chiaramente espressa dal Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'Università di Stanford in California: <<*le mestruazioni possono diventare una scelta della donna e non una condanna*>>. [24] In realtà il parere degli esperti è ancora controverso a riguardo. La psicologa e psicoterapeuta, Presidente della Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica, Roberta Giommi, ha dichiarato: <<*Dobbiamo chiederci a chi giova, cosa regala alle donne avere le mestruazioni quattro volte all'anno. Dobbiamo stare attenti a non staccare troppo l'identità dal corpo, non per affermare il dominio della natura, ma per rispettare una dialettica costruttiva tra psiche e corpo, senza forzature*>>.

Anche l'anello vaginale (CVR) e il cerotto transdermico sono metodi che presentano l'azione combinata di estrogeni e progesterone. Il primo ha proprio la forma di un anello, è trasparente, flessibile ed è costituito di un materiale biocompatibile. Viene inserito in vagina dalla donna stessa il primo giorno del ciclo e rimane in sede per tre settimane. Il punto di forza dell'anello vaginale è la sua capacità di mantenere livelli ormonali sierici costanti. Questa caratteristica consente di ottenere un ottimo controllo del ciclo nonostante la dose di estrogeno più bassa, per ciclo di trattamento, rispetto a quella di tutti gli altri contraccettivi combinati.

Il cerotto contraccettivo è un sistema transdermico costituito da tre strati: uno strato colorato di supporto, uno strato adesivo che contiene gli ormoni e uno strato di protezione da rimuovere prima dell'applicazione del cerotto. Può essere applicato su: natiche, schiena, addome, parte superiore del braccio, 1 volta alla settimana (iniziando sempre dal primo giorno del ciclo) per 3 settimane. Il cerotto consente di somministrare settimanalmente basse dosi di ormoni, ma allo stesso tempo di garantire un controllo del ciclo simile a quello della pillola combinata. [25]

Per quanto riguarda gli impianti sottocutanei, essi sono costituiti da un vettore polimerico flessibile non biodegradabile (capsule o bastoncini) inserito nel tessuto sottocutaneo, che diffonde lentamente un progestinico nei tessuti circostanti, assorbito poi dal sistema circolatorio e distribuito sistematicamente, evitando elevate concentrazioni iniziali a livello epatico. I contraccettivi iniettabili combinati (CIC) invece, contengono una molecola estrogenica a breve durata d'azione e un progestinico a lunga durata d'azione: inibiscono il processo ovulatorio e provocano modificazioni del muco. L'iniezione va eseguita per via intramuscolare, va effettuata entro il 5° giorno di un ciclo mestruale spontaneo e ripetuta mensilmente (ogni 28-33 giorni). Nonostante questo metodo contraccettivo sia in uso da alcuni decenni è recente la documentazione della modificazione del peso corporeo e della composizione corporea con aumento della massa grassa in coloro che utilizzano le iniezioni di medrossiprogesterone acetato (MAP), [26] tanto che sono state registrate alte percentuali di abbandono, ad esempio in Gran Bretagna. Oltretutto, il medrossiprogesterone acetato ha anche effetti immunosoppressivi. [27]

Infine, tra i contraccettivi ormonali abbiamo anche lo IUD (dispositivo intra-uterino) o "spirale" medicata al levonorgestrel. Si tratta di un dispositivo che una volta inserito in utero da parte del medico, si apre a forma di "T" (questa la più diffusa, anche se ne esistono molte altre tipologie) con un filo ricordato che rimane in vagina per assicurarsi del

mantenimento in situ della spirale. La spirale è medicata di polietilene e nel braccio verticale, ha un serbatoio che rilascia ogni giorno, in utero, una dose fissa di un progestinico per la durata di 5 anni. L'azione è locale: inibisce la motilità tubarica, rende sottile l'endometrio e addensa il muco secreto dalla cervice ostacolando la risalita degli spermatozoi. [28]

Il dispositivo iniettabile, gli impianti sottocutanei e il sistema intrauterino vengono definiti "contraccettivi a lunga durata d'azione" o LARCs (Long Acting Reversible Contraceptives), nei quali l'efficacia, comunque elevata, non dipende dall'utilizzatore. [29,30] Sempre in questo gruppo può essere ammesso il "chip contraccettivo" annunciato nell'estate 2014. Si tratta di un nuovo dispositivo "telecomandato" sviluppato dalla MicroCHIPS: un impianto che rilascia un ormone progestinico e viene inserito sotto la pelle con una durata d'azione per ben sedici anni. Quando la donna vuole avere un bambino, le basta disattivarlo con il telecomando in dotazione attraverso un semplice blocco wireless che può essere effettuato solo dalla donna stessa e non da terzi. In un secondo momento, potrà essere poi riattivato. In realtà si tratta di un sistema che sarà sottoposto a studio clinico il prossimo anno negli Usa e si pensa che già nel 2018 potrà essere in commercio. [31]

Per quanto riguarda i metodi contraccettivi meccanici, abbiamo la spirale medicata con il rame. Questa è dotata di un sottile filo di rame che avvolge il braccio verticale del dispositivo. Essendo un corpo estraneo, irrita la mucosa uterina tanto da far scatenare una risposta infiammatoria da parte dell'organismo,(effetto potenziato dal rame stesso). Dovrebbe anche svolgere un effetto tossico sugli spermatozoi, anche se in realtà non è in grado di eliminare l'intera carica spermatica, tanto che sono stati trovati spermatozoi vitali in donne che usavano la IUD sia all'interno dell'utero, che nella tuba. [32]

Sotto la dizione di metodi contraccettivi di barriera rientrano sia il diaframma che il cappuccio cervicale che l'impegno di sostanze spermicide,

anche se solamente il condom può avere concretamente un ruolo di barriera meccanica sia impedendo la risalita degli spermatozoi al di là del canale cervicale che per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse (MST).

Il diaframma contraccettivo è costituito da una calotta sottile in lattice o silicone montata su un anello flessibile di metallo, il quale va inserito obliquamente in vagina prima di ogni rapporto, in modo da ricoprire interamente la cervice uterina e rimosso non prima di 6-8 ore dopo il rapporto stesso.

Medesima azione anticoncezionale e stessa modalità di applicazione ha anche il cappuccio cervicale: una coppetta di lattice sottile o di silicone con una forma a tronco di cono, più rigido e piccolo rispetto al diaframma. L'efficacia di questi dispositivi può essere potenziata grazie all'impiego di alcune sostanze (spugne sintetiche, gel, creme, candelette) con azione spermicida. Rappresentano dunque sia una barriera fisica che chimica. Bisogna comunque sottolineare che sia il diaframma che il cappuccio cervicale hanno avuto una scarsa diffusione nel nostro paese.

Mentre i metodi finora descritti sono applicabili solo da parte della donna, il condom o profilattico, viene utilizzato in prima persona dall'uomo. Questo è costituito da una fine guaina, generalmente in lattice, che ricopre il pene in erezione durante il rapporto sessuale, impedendo così il contatto tra vagina e spermatozoi (barriera meccanica) e raccogliendovi all'interno il liquido seminale dopo l'eiaculazione. Come abbiamo già accennato, il condom è l'unico mezzo contraccettivo che è in grado di evitare il contagio delle malattie sessualmente trasmesse, motivo per cui lo si usa anche congiuntamente ad altri mezzi contraccettivi (ormonali o intrauterini), modalità che viene chiamata "double protection" ovvero doppia protezione. Tuttavia, quanto appena detto è valido se il preservativo viene conservato e utilizzato correttamente, ovvero dall'inizio alla fine del rapporto e non solo nella fase dell'eiaculazione. Inoltre, per quanto

riguarda l'HPV (Human Papilloma Virus), vi può essere comunque un rischio residuo, in quanto questo si può trasmettere anche con il semplice contatto della cute dei genitali che non viene coperta dal preservativo. Oggi esiste anche il preservativo femminile, raramente utilizzato dalle donne italiane. Si tratta di una guaina a forma di sacchetto di poliuretano trasparente o di nitrile, spesso e con due anelli flessibili alle estremità, dei quali uno si ancora all'interno della vagina in profondità e l'altro al livello dei genitali esterni.

Per quanto riguarda la sterilizzazione, questa viene definita "una tecnica chirurgica rivolta ad impedire ad un individuo di riprodursi, temporaneamente od in permanenza". [33] La sterilizzazione usata per fini contraccettivi, può riguardare sia la donna che l'uomo. Nel primo caso, si può eseguire la legatura e chiusura delle tube o la rimozione chirurgica dell'utero (isterectomia), alla quale si ricorre per lo più per scopi terapeutici per patologie a carico del corpo o collo dell'utero. La chiusura delle tube viene eseguita tramite una recisione chirurgica o diatermocoagulazione o chiusura tramite fettucce elastiche o clip a molla, in modo da impedire il contatto tra l'ovulo e gli spermatozoi. Al contrario, la sterilizzazione maschile prevede o la vasectomia o la castrazione (molto rara). Per vasectomia si intende la tecnica di legatura o interruzione dei dotti deferenti, impedendo così agli spermatozoi che vengono prodotti al livello dei testicoli di far parte del liquido seminale. Come per la sterilizzazione femminile, ci sono varie tecniche che possono essere utilizzate, ma tutte determinano uno stato di azoospermia, senza interferire in alcun modo con i meccanismi di erezione, raggiungimento dell'orgasmo e dell'eiaculazione. Per entrambi i sessi, le tecniche appena descritte sono permanenti, irreversibili e sono permesse anche in Italia, previo consenso scritto.

Infine, come il preservativo e la vasectomia, anche il coito interrotto è un mezzo di controllo delle nascite ad appannaggio dell'uomo. Consiste

nell'interruzione del rapporto sessuale poco prima del raggiungimento dell'orgasmo maschile per eiaculare al di fuori della vagina. Questa modalità è molto comunemente utilizzata dalle coppie. Uno studio [34] del 2014 ha dimostrato che il coito interrotto è il secondo metodo contraccettivo più usato tra gli adolescenti americani, il che è allarmante se si considera l'elevato rischio associato al metodo stesso.

4.2 Innocuità

Le differenze di base tra i metodi contraccettivi e quelli di regolazione naturale della fertilità riguardano vari aspetti. Anzitutto le influenze che hanno sullo stato di salute della donna.

I metodi naturali non comportano alcun effetto collaterale né a lungo, né a breve termine in quanto non utilizzano né farmaci, né dispositivi più o meno invasivi. Oltretutto, nonostante per molto tempo si è erroneamente continuato ad affermare che questi potessero essere utilizzati solamente da parte di donne con cicli regolarissimi ed in perfetto stato di salute, oggi sappiamo che non è assolutamente così. Al contrario, sono condizioni di applicabilità anche l'avere cicli troppo lunghi o troppo brevi, irregolari, subito dopo la sospensione dell'assunzione di un contraccettivo ormonale, dopo un aborto, nel periodo dell'allattamento e in pre-menopausa. Questo perché il metodo Billings e il Sintotermico (i due più diffusi), non si basano più su calcoli statistici e rigidi come nel caso dell'Ogino-Knaus che è stato ormai superato da tempo. Possono essere utilizzati in ogni circostanza di vita della donna e per tutto il tempo che la coppia lo desidera, cosa che invece non contraddistingue i metodi contraccettivi ormonali, i quali richiedono dei tempi di sospensione che ne garantisca l'efficacia e la sicurezza. Inoltre, l'osservazione dei segni clinici di fertilità e l'attenzione particolare ai messaggi del proprio corpo, permette alla donna di captare dei "campanelli di allarme" rispetto a possibili patologie endocrinologiche,

ginecologiche e cervico-vaginali (insufficienza del corpo luteo, iperestrogenismo, infezioni, infiammazioni, tumori), che sarebbero altrimenti passate inosservate in qualsiasi altra circostanza. Per tale ragione, i metodi naturali vengono anche definiti “metodi diagnostici”.

La maggior parte dei contraccettivi invece, prima di essere utilizzati, richiedono la consultazione del medico che in primis, ha l’obbligo di fare un’accurata anamnesi per indagare i fattori di rischio ed escludere l’eventuale presenza di controindicazioni ed in secondo luogo, di informare correttamente la donna circa gli effetti collaterali metodo-associati. Ad esempio, nel caso specifico della piccola combinata, il ginecologo dovrebbe prescrivere alla donna alcuni esami di routine, da eseguire prima di iniziarne l’assunzione e anche successivamente, a scadenze regolari.

Generalmente, è possibile affermare che per quanto riguarda i contraccettivi ormonali combinati, il rischio di effetti collaterali come aumento di peso, dolenzia mammaria, emicrania, ritenzione di liquidi e nausea è oggi ridotto, soprattutto se si considera il basso dosaggio ormonale delle pillole in commercio. Tuttavia, studi che hanno indagato la correlazione con il rischio di sviluppo di tumori, hanno dimostrato un rischio aumentato di carcinoma della cervice. [35] Questa complicanza sembrerebbe essere in realtà la conseguenza del mancato ricorso al preservativo a causa dell’uso prolungato della pillola estro-progestinica. Per tale ragione è raccomandata l’esecuzione di pap-test in soggetti sessualmente attivi e l’adesione alle campagne di screening. Ci sarebbe anche un rischio aumentato di cancro alla mammella. [36] Al contrario, l’uso dei contraccettivi ormonali combinati ha dimostrato un effetto protettivo nei confronti del rischio di cancro dell’endometrio e dell’ovaio, che risulta quasi dimezzato con il loro uso e la cui riduzione permane per molti anni dopo l’interruzione della contraccezione. Per quanto riguarda la correlazione con il cancro del colo-retto, sono necessari maggiori

approfondimenti. Vi è un aumento del rischio di infarto del miocardio nelle donne fumatrici, mentre l'associazione con lo sviluppo dell'ictus non è completamente documentata. Possono comportare un aumento del rischio di fenomeni di tromboembolismo e quindi di embolia polmonare, soprattutto nelle donne che hanno una predisposizione di base a fenomeni di ipercoagulabilità e qualora vengano prescelte pillole anticoncezionali di terza generazione, cioè contenenti desogestrel, gestodene, drospirenone e ciproterone. Sembrerebbe dimostrarlo un recente studio [37] epidemiologico condotto dalla Nottingham University e pubblicato sul British Medical Journal. Gli esperti hanno confrontato 10.500 casi di donne fra i 15 e i 49 anni con trombosi venosa e 42.000 donne loro coetanee e con i medesimi fattori di rischio ma non affette da trombosi (gruppo di controllo). Ebbene, il rischio di eventi trombotici venosi nella popolazione trattata con i suddetti anticoncezionali è risultato essere da 3,6 a 4,3 volte maggiore rispetto alla popolazione che non li assumeva. Ancora, le donne che assumevano i contraccettivi di seconda generazione (con noretisterone, levonorgestrel o norgestimato) presentavano, rispetto a quelle che non assumevano alcun farmaco a scopo contraccettivo, un rischio aumentato di 2,5 volte di sviluppare episodi di tromboembolismo venoso. Percentuale comunque molto inferiore rispetto alle donne in terapia con i prodotti più recenti. Infine il WHI [38] (Women's Health Initiative) ha fatto un'ampia ricerca randomizzata dalla quale risulta chiaramente che donne che hanno assunto la pillola per più di 5 anni hanno significativamente più patologie di donne con placebo, tra cui più coaguli (+211%), malattie cardiovascolari (+29%), cancro al seno (+ 26%), ictus (+ 41%) [17]. Per tali ragioni, per i contraccettivi ormonali combinati esistono delle controindicazioni assolute al loro utilizzo. [39]

Inoltre, cosa che non accade con i metodi naturali, si può verificare interferenza con altri farmaci e di conseguenza, una diminuzione dell'efficacia contraccettiva.

Sulla scia di quanto detto finora, considerando che molte donne si trovano combattute tra la volontà di adottare un metodo contraccettivo altamente efficace da una parte e, il timore per i possibili squilibri ormonali dall'altra, in questi ultimi anni sono state immesse sul mercato delle nuove pillole, le cosiddette "pillole anticoncezionali naturali" o "alleate del benessere della donna". La naturalità andrebbe ricercata nel fatto che invece di utilizzare estrogeno sintetico, vi è una combinazione di estradiolo valerato (un estere semisintetico dell'estradiolo naturale umano) e il dienogest, o di 17- β -estradiolo e il nomegestrolo acetato. Per quanto riguarda l'estradiolo valerato, viene definito "naturale" in quanto viene scisso a livello della mucosa intestinale e dal primo passaggio epatico in estradiolo e acido valerico, facendo sì che agli organi bersaglio giunga l'estradiolo e non l'etinilestradiolo, come in tutti gli altri estrogeni. In realtà, nonostante quanto sostengono le case farmaceutiche: *<<Non esistono studi epidemiologici sugli effetti dei contraccettivi orali combinati contenenti estradiolo/estradiolo valerato. Tutte le avvertenze e le precauzioni sono derivate da dati clinici ed epidemiologici di contraccettivi orali combinati contenenti etinilestradiolo. Non è noto se queste avvertenze e precauzioni sono applicabili a Klaira [40] [...]Non sono stati riportati casi di tromboembolismo venoso o eventi arterio-tromboembolici, ma i dati a riguardo sono troppo limitati per definirne il profilo di rischio trombo embolico [41] [...]. Il rischio di TEV durante l'uso di Klaira è al momento non noto>>*. Le stesse avvertenze si rintracciano anche sul foglietto illustrativo dell'altra pillola [42] che contiene il 17 β -estradiolo e che è stata immessa sul mercato farmaceutico circa 3 anni più tardi. Il 17 β -estradiolo è un estrogeno strutturalmente identico a quello prodotto naturalmente dalle ovaie durante il ciclo, al quale è combinato il nomegestrolo, che si contraddistingue per avere, oltre a un eccellente legame con i ricettori per il progesterone, solo un modesto effetto anti androgenico, considerato benefico in relazione ad alcuni inestetismi.

Comunque, per entrambe le tipologie di pillole biologiche descritte, si possono avere le medesime controindicazioni e effetti collaterali della pillola tradizionale.

Per quanto riguarda i contraccettivi ormonali con solo progestinici, possono dare alterazioni del ciclo mestruale (elevata incidenza di sanguinamento irregolare), cefalea, tensione mammaria, nausea, vertigini, cloasma (colorazione a tonalità bruna della pelle del volto), diminuzione della libido, tendenza agli sbalzi dell'umore. Data l'assenza della componente estrogenica, avremo effetti trascurabili sul rischio cardiovascolare e sul metabolismo dei grassi e degli zuccheri e rappresentano la "contraccezione ormonale di prima scelta" nella donna che allatta.

Per quanto riguarda i dispositivi intrauterini, sappiamo che al momento dell'inserzione si può verificare una reazione vagale (perdita di coscienza, collasso cardiovascolare), anche se ciò avviene molto raramente e il più delle volte sono episodi che si risolvono spontaneamente e in breve tempo. L'inserimento e il corretto posizionamento del dispositivo può essere spesso reso difficoltoso dalla presenza di anomalie anatomiche dell'utero. Tuttavia è raro il rischio di perforazione uterina. Durante la permanenza in utero gli IUD possono causare sanguinamenti irregolari e aumento della quantità del flusso mestruale, soprattutto nei primi 3-6 mesi di utilizzo, che tendono a scomparire con il passare del tempo. Al contrario, con lo IUD medicato al levonorgestrel, la perdita mestruale è estremamente ridotta. Anche per quanto riguarda la dismenorrea può essere intensificata dalla spirale medicata al rame e ridotta da quella con progestinico. Il rischio di malattia infiammatoria pelvica (PID) è quasi esclusivamente limitato ai primi venti giorni post-inserzione ed è necessario assicurarsi che nei rari casi in cui si instauri una gravidanza, non si tratti di una gravidanza extrauterina (GEU). Complicanza che potrebbe dare degli esiti cicatriziali a carico della tuba ed eventuale

occlusione della stessa, con il rischio di compromissione della fertilità. Tuttavia, il rischio di sviluppare una PID dopo l'inserimento dello IUD per un'infezione asintomatica da Neisseria Gonorrea e Clamidia trachomatis è inferiore al 5% dopo due settimane dall'impianto. Per questo recentemente, l'American College of Obstetrician and Gynecologist si è pronunciato: *<<contro lo screening di routine per la N. Gonorrea e la Clamidia T. prima dell'inserimento dello IUD. Quando sulla base di una valutazione clinica si ritiene che lo screening sia indicato andrebbe eseguito lo stesso giorno in cui si inserisce lo IUD>>*. [43] Mentre alcuni autori ritengono che sarebbe sconsigliato prescrivere la spirale in donne nullipare e giovani, [44] nel Bollettino della Società Italiana della Contraccezione (I quadrimestre 2009), si afferma che: *<<...non è più controindicato l'inserimento dello IUD nelle nullipare, questo può essere solo un poco più difficoltoso dato le caratteristiche del collo>>*.

4.3 Reversibilità

Quando parliamo di salute, intendiamo ovviamente anche la salute riproduttiva.

Nonostante il fatto che i contraccettivi ormonali di maggiore uso al giorno d'oggi, assicurano una buona reversibilità dopo la sospensione del farmaco e quindi possono essere assunti con una relativa tranquillità dalle coppie che intendono progettare una gravidanza in un futuro non immediato, sembrerebbe che un rischio minimo di compromissione dello stato di fertilità sia comunque possibile in questo gruppo di donne. La causa andrebbe ricercata nello stesso meccanismo d'azione della contraccezione ormonale, la quale va ad agire al livello dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio impedendo che avvenga l'ovulazione. Infatti, ci sono stati alcuni casi di amenorrea post-pillola. Da studi scientifici è dimostrata la duplice azione di un possibile danneggiamento a carico delle ghiandole cervicali che producono il muco o dall'altra parte, della loro

eccessiva stimolazione. In entrambi i casi, viene impedita la motilità degli spermatozoi e la loro risalita oltre il canale cervicale, interferendo così con il processo della fecondazione. [45]

Per quanto riguarda la spirale, abbiamo già accennato prima a come la malattia infiammatoria pelvica, essendo un processo flogistico a carico della tuba, può comportare una riduzione delle probabilità successive di concepimento.

Sul piano della fertilità, il confronto con i metodi naturali non è neanche possibile, in quanto questi ultimi non vanno a “manipolare” la fertilità femminile in nessun modo, ma la rispettano per interpretarla: *<<I metodi basati sul riconoscimento dei segni di fertilità sono unici tra le opzioni di pianificazione familiare, in quanto possono essere utilizzati sia per evitare che per ricercare ed ottenere una gravidanza, dipendentemente dalla scelta della coppia>>*. [46] Da recenti studi sembrerebbe che entro 3 mesi di uso dei metodi naturali, il 92% [47] (tramite il metodo Sintotermico) e il 98% [48] (tramite il Modello Creighton, “metodo Billings standardizzato”) delle coppie che iniziano a ricercare la gravidanza riescono ad ottenerla. Nel caso di problemi di ipofertilità⁶ [49] infatti, un terzo delle coppie che grazie ai metodi naturali sono riuscite ad individuare i segni di fertilità e quindi la finestra fertile, hanno raggiunto il concepimento. [47]

La regolazione Naturale della Fertilità infatti, oltre a non intaccare minimamente il potenziale riproduttivo della coppia, può addirittura essere un valido aiuto laddove vi siano problemi di infertilità. A tale proposito, uno studio condotto nel 1998 presso il Centro Studi e Ricerche per la Regolazione Naturale della Fertilità dell'Università Cattolica S. Cuore di Roma, ha costituito una prima valutazione sull'efficacia di impiego del protocollo utilizzato dal centro stesso per le coppie che dichiarano di avere

⁶ “In biologia e medicina, la ridotta capacità riproduttiva, sia femminile (per scarsa attitudine a concepire) sia maschile (per il limitato potere fecondante dello sperma, che presenta una bassa percentuale di spermatozoi mobili dopo due ore dalla loro emissione o un'alta percentuale di essi anormalmente conformati)”.

problemi di infertilità. [50] Dal commento di Elena Giacchi (Ginecologa e Docente di Pianificazione familiare e Regolazione naturale della fertilità) a proposito del suddetto studio: <<Queste coppie ricercavano la gravidanza da un tempo superiore ai due anni in una percentuale significativa, pari al 52,94 % dei casi; la loro età media era superiore a 30 anni nel 72,19 % dei casi. [...] vengono analizzati i concepimenti in relazione agli anni di ricerca della gravidanza e dei mesi impiegati per ottenere la gravidanza. Le coppie con un tempo di ricerca della gravidanza di uno o due anni, hanno avuto percentuali più alte di successo (65,39 %), però anche il gruppo che cercava il concepimento da tre a cinque anni ha avuto una percentuale di successo non trascurabile (14,10 %), soprattutto se paragonata con i risultati forniti dai centri in cui si praticano tecniche di fecondazione artificiale>>. Ancora, in un altro articolo della stessa E.Giacchi: <<I metodi naturali dimostrano un'efficacia crescente nella risoluzione delle patologie dell'infertilità. Al contrario avviene per le tecniche di fecondazione in vitro che hanno un'efficacia minore, non curano le malattie e prevedono percorsi invasivi, frustranti e costosi[...] Su una casistica di 297 coppie che hanno seguito i metodi naturali, il 71% è riuscita a concepire un bambino>>. [51] Eppure, questo tipo di percorso non è affatto pubblicizzato. Al contrario, viene considerato non efficace semplicemente perché naturale. <<In realtà è abbastanza evidente la differenza fra natura e provetta: fra 2005 e 2011, la percentuale delle gravidanze con tecniche ICSI e Fivet era di circa il 20% rispetto ai cicli iniziati, che aumenta o diminuisce a seconda dell'età: nel 2009 per le donne tra i 30 e 35 anni era circa del 25% e per quelle tra i 40-42 anni del 14,5%>>. [52] Dati pressoché comparabili si ottengono dalla Relazione del Ministero della Salute al Parlamento del 30 giugno 2014, [53] elaborati dal Dott. A. F. Filardo nel settembre dello stesso anno: <<Dalla tabella emerge chiaramente il dato che solo il 14,92% delle coppie trattate riesce a coronare il desiderio di avere in braccio uno o più figli e che il costo in vite

umane innocenti per far nascere vivi 9.818 bambini è altissimo, cioè 95.506 embrioni, il che vuol dire che solo 1 su 10 embrioni trasferiti in utero riesce a nascere>>. [54]

Tabella 1 Dati relativi alla fecondazione in vitro in Italia nel 2012

(Tratta da: Filardo A. F. Riflessioni osservazioni suggerimenti sui disegni di legge presentati al parlamento sulla procreazione medicalmente assistita eterologa. Roma, 23 Settembre 2014.) [54]

NUMERO COPPIE TRATTATE (A FRESCO)	46.481	
NUMERO CICLI TRATTATI (A FRESCO)	55.495	
NUMERO COPPIE TRATTATE (CON SCONGELAMENTO DI EMBRIONI OD OVOCIT)	7.967	
NUMERO CICLI TRATTATI (CON SCONGELAMENTO DI EMBRIONI OD OVOCITI)	8.702	
NUMERO TOTALE TRASFERIMENTI DI EMBRIONE	49.054	
NUMERO EMBRIONI TRASFERITI	105.324	60,75%
		Embrioni prodotti
NUMERO GRAVIDANZE	12.646	23,22%
		Coppie trattate
NUMERO NATI VIVI	9.818	9,32%
		Embrioni trasferiti
NUMERO DI EMBRIONI MORTI DOPO IL TRASFERIMENTO IN UTERO	95.506	90,68%
		Embrioni trasferiti
NUMERO PARTI	8.127	14,92%
		Coppie trattate

Il fatto è che il confronto tra tecniche di procreazione medicalmente assistita e metodi naturali non si può tradurre solo sul piano dell'efficacia e dei risultati raggiunti. Esattamente come per le coppie che intendono distanziare le nascite, la regolazione naturale della fertilità ha un ruolo educativo nei confronti della coppia. Spesso, gli uomini e le donne che arrivano a questi centri hanno un vissuto psicologico molto particolare.

Nella maggior parte dei casi stanno tentando di ricercare la gravidanza da più di 12 mesi e proprio per questo, maturano aspettative molto alte nei confronti del “figlio desiderato”. Per cui, quello che si cerca di fare in questi Centri, è di accogliere le coppie nel modo più dignitoso possibile, facendoli sentire protagonisti della loro storia, e di fornire loro degli stimoli per poter riflettere sul significato che assume per loro la ricerca del concepimento. Questo prima ancora di discutere dell’inquadramento diagnostico e dell’applicazione del metodo. Il motivo è semplice: l’amore e l’unione sono per la coppia la risorsa più preziosa, che dovrebbe essere salvaguardata e non logorata dai tentativi di ricerca della gravidanza. Al contrario, gli interventi medico-chirurgici che abbiano l’obiettivo di “risolvere” il problema dell’infertilità, possono involontariamente generare conseguenze sociali e psicologiche per l’individuo, come isolamento, stress, insoddisfazione, sofferenza, perdita di controllo, stigmatizzazione e in alcuni casi divorzio. [55,56] L’infertilità arriva a non riguardare più la coppia, bensì la donna e l’uomo separatamente. In due studi è stato dimostrato che le donne infertili hanno livelli significativamente più alti di sintomi depressivi rispetto alle donne fertili [57,58] e subiscono inevitabilmente una riduzione di fiducia nelle proprie competenze. [59] Per quanto riguarda gli uomini, alcuni di loro manifestano episodi transitori di impotenza, ansia da prestazione sessuale e abbassamento dei livelli di autostima. [60] Tuttavia, gli uomini sembrerebbero predisporre alla transizione verso uno stile di vita senza figli più facilmente rispetto alle loro partner. [61,62] Il risultato è che la genitorialità non rappresenta più un progetto da custodire insieme, ma semplicemente una serie di “doveri” di cui doversi incaricare singolarmente, per poter finalmente essere felici. Peccato che le evidenze scientifiche dimostrano che le donne mantengono elevati livelli di sofferenza fin dal periodo iniziale della valutazione di infertilità, che durante le procedure di trattamento, per quanto riguarda la soddisfazione sessuale e coniugale. [62,63] Anche perché la necessità di avere rapporti

sessuali in momenti specifici, laddove la coppia non sia adeguatamente motivata ed “educata”, può avere un notevole effetto negativo sul desiderio e sulla funzione sessuale, aumentando ulteriormente i livelli di stress. [64] Difficoltà che per alcune coppie possono persistere anche dopo aver superato il limite dell’infertilità.

4.4 Efficacia

Per fare un confronto più approfondito circa i metodi naturali e quelli contraccettivi, è importante conoscere il loro potere di efficacia/affidabilità. Quest’ultimo viene comunemente valutato tramite l’indice di Pearl o IP (valore percentuale corrispondente al numero di gravidanze indesiderate insorte in 100 donne che utilizzano un determinato metodo nell’arco di un anno). Per calcolare l’IP, si fa ricorso ad una formula matematica introdotta da Raymond Pearl nel 1932: consiste nel rapporto tra il numero delle gravidanze ottenute nello studio e i mesi di esposizione al metodo, il tutto moltiplicato per 1200 (numero di mesi in un anno, moltiplicato per 100). Minore è il valore dell’indice di Pearl e maggiore è l’efficacia del metodo considerato.

Il fallimento del metodo contraccettivo può essere ulteriormente descritto in due modi: si possono considerare indistintamente tutte le gravidanze che si sono verificate in tutti i mesi per la durata dello studio (uso tipico), oppure solamente quelle ottenute da un uso corretto del metodo e solamente i mesi in cui la coppia ha seguito un “rigore metodologico” (uso perfetto). Facendo un confronto tra gli Indice di Pearl dei vari metodi di regolazione delle nascite, risulta che la pillola combinata anticoncezionale, sia il metodo più efficace in assoluto per prevenire una gravidanza indesiderata (IP =0,1-0,8%).

Se è vero quindi che la maggior parte delle pubblicazioni assegnano valori di IP più alti per i metodi naturali rispetto ai contraccettivi tradizionali, è

anche vero che recenti studi hanno dimostrato che grazie alla fondazione dei centri di insegnamento dei metodi naturali di regolazione della fertilità e alla formazione di insegnanti diplomate che seguono la donna/coppia in questo percorso, si è arrivati a livelli di efficacia dei MN addirittura sovrapponibili a quelli dei contraccettivi finora considerati più sicuri. [65] Inoltre è d'obbligo precisare che le variabili che possono andare ad influenzare la corretta applicabilità di un metodo sono molteplici. Proprio per questo, in alcune pubblicazioni è stato abbandonato l'Indice di Pearl per lasciare il posto alle valutazioni basate sulla "life table", [66] un metodo che tiene conto di tutte le variabili implicate, quali il tempo di utilizzo e abbandono del metodo, età, etnia, etc. La "life table" permette di combinare le storie incomplete con quelle complete, al fine della stima delle proporzioni del campione che sarebbe potuto essere rimasto protetto per periodi determinati se tutti i soggetti fossero rimasti sotto osservazione per tali periodi.

Studi [67,68] che hanno utilizzato questo parametro di valutazione, dimostrano che qualora la coppia abbia compreso adeguatamente il metodo e lo applichi correttamente (uso perfetto), la probabilità di ottenere una gravidanza indesiderata è addirittura inferiore al 5%. Una ricerca [69] del 2012, ha dimostrato che se il metodo Sintotermico viene usato in modo adeguato, il suo tasso di fallimento è simile a quello dei contraccettivi ormonali e dei metodi di barriera più comunemente accettati: 0,4% per un uso perfetto appunto, mentre sale a 7,5% nel caso di uso tipico. L'efficacia del metodo Two Days invece rivaleggia con quella dei preservativi: con un uso perfetto, si hanno il 4% di gravidanze indesiderate per il Two Days rispetto al 2% dei condoms, mentre con uso tipico è del 14% rispetto al 18% per i preservativi. L'anno successivo è uscita un'autorevole Revisione [46] che non ha fatto che confermare quanto appena detto: dal 1980 sono stati pubblicati 20 studi clinici scientifici che hanno valutato l'efficacia di uno o più FABM (metodi di pianificazione

familiare basati sulla consapevolezza della fertilità) per distanziare le gravidanze. Tutti i principali FABM hanno almeno uno studio clinico robusto e ben condotto che ne documenta l'elevata efficacia. I dati degli studi più autorevoli in letteratura relativi alle migliori evidenze circa l'efficacia dei MN più diffusi, sono consultabili alla Tabella 2.

Tabella 2 Le migliori evidenze nell'efficacia dei FABM per rinviare la gravidanza

(Tratta dallo studio: Manhart, Michael D., et al. "Fertility awareness-based methods of family planning: a review of effectiveness for avoiding pregnancy using SORT." *Osteopathic Family Physician* 5.1 (2013): 2-8) [46]

Metodo	Uso corretto	Uso tipico	Livello di evidenza SORT	Citazioni
Billings	3.2	22	2	Trussell [70]
	1.1	10.5	1	Indian Medical Task Force [71]
STM (Sintotermico)	0.4	1.6	1	Frank-Hermann [65]
	0.6	2.2	1	Frank-Hermann [72]
	0.6	2.02	1	Frank-Hermann [65]
	0.4	1.43	1	Frank-Hermann [72]
SDM (Standard Day Method)	4.75	11.96	1	Sinai (2002) [73]
Two Days	3.5	13.7	1	Arévalo [74]

Per i mezzi anticoncezionali, la riduzione del loro potere contraccettivo e quindi della loro efficacia, può essere secondaria alla mancata o non corretta assunzione del farmaco o applicazione del dispositivo. Nel caso in cui invece vengano utilizzati correttamente, seguendo tutte le indicazioni con precisione, il potenziale fallimento è strettamente connesso allo strumento stesso.

Al contrario, per i metodi naturali, affinché venga garantita un'adeguata affidabilità del metodo devono essere considerati vari aspetti: anzitutto ci deve essere un uso costante (richiedono un'osservazione e una registrazione giornaliera), una forte motivazione che dovrebbe essere condivisa, in quanto è fondamentale la cooperazione e quindi anche la collaborazione del partner maschile che non è un soggetto passivo o di secondo piano, bensì un protagonista fondamentale per la buona riuscita del metodo. Ci deve essere anche una corretta educazione delle coppie circa l'uso appropriato differente per ogni singolo metodo, quindi cruciale è la consulenza da parte di insegnanti esperti e la qualità dell'insegnamento. Questo aspetto riguarda anche l'acquisizione di un'ottima conoscenza della fisiologia del proprio corpo e dei processi biologici della fertilità. Nel caso in cui poi tutti questi elementi siano soddisfatti, l'affidabilità del metodo dipende dalla coppia stessa, dalle intenzioni più profonde che la contraddistinguono, circa la volontà di ricercare o meno la gravidanza. Sono metodi utente-dipendenti.

Quando ci riferiamo ai tassi di fallimento ottenuti a seguito del ricorso ai metodi naturali, sarebbe anche auspicabile fare una distinzione tra numero di casi di gravidanze indesiderate riferite al metodo e il numero di quelle che si sono verificate per abbandono consapevole delle regole. In tali circostanze infatti la coppia sa perfettamente di essere fertile in quel periodo, ma vuole liberamente, avendone il diritto, avere un rapporto sessuale completo. Queste gravidanze non sono dunque sfavorevoli al metodo, bensì confermano la precisione dello stesso nell'identificare correttamente la potenziale fertilità, confermata dall'avvenuto concepimento. [75] Questo significa anche che la donna in primis non delega più ad altri soggetti o dispositivi il controllo della propria fertilità, ma diviene finalmente colei che ha consapevolezza di sé, delle proprie potenzialità e non ne è spaventata, al contrario, le considera una "risorsa". Infatti, le donne che hanno una maggiore consapevolezza della propria

fertilità, sono in una posizione più forte per prendere decisioni informate su come vogliono gestire la propria salute riproduttiva e sessuale. [76]

4.5 Accessibilità

Per quanto riguarda la buona accessibilità, che dovrebbe essere un elemento da considerare per decidere il metodo di regolazione della fertilità più adatto per una coppia, possiamo affermare che donne giovani, nullipare, non sposate, con rapporti precoci, con basso stato socio-economico e situazioni familiari difficili, hanno una scarsa compliance (adesioni del farmaco alle prescrizioni mediche) dei contraccettivi ormonali. Questo sembra essere vero soprattutto nei paesi in via di sviluppo, dove l'organizzazione dei servizi sanitari è più carente e meno accessibile alla popolazione, sia dal punto di vista pratico/strutturale che economico. E' importante sottolineare che se questa condizione è anche associata ad un basso livello di istruzione, probabilmente si arriverà a fare un uso scorretto del metodo o a interromperlo molto precocemente, il che si può tradurre in un indice di fallimento del metodo che può andare dal 3% fino al 20%. [77] Dai dati del "Barometer of women's access to modern contraceptive choice in 10 EU Countries", a cui abbiamo già accennato, risulta che l'Italia è al terz'ultimo posto per quanto concerne il ricorso alla contraccezione ormonale e sicuramente questo è dovuto anche alla spesa economica necessaria che può gravare sul bilancio familiare.

La contraccezione in Italia, rispetto ad altri paesi europei, sarebbe costosa e quindi poco accessibile, soprattutto per le coppie più giovani, spesso precarie. Le uniche pillole anticoncezionali rimborsabili, sarebbero quelle di "terza generazione" che come abbiamo già sottolineato sono anche le più pericolose per la salute della donna, mentre quelle ad oggi più sicure costano intorno ai 15 euro mensili. [78] Anche gli altri metodi anticoncezionali hanno dei prezzi significativi: il costo di una spirale

ormonale (Mirena) è di €211 circa e una durata pari a 5 anni (prezzo aggiornato ad agosto 2014). In compenso, quella al rame è più economica: Il prezzo medio è di € 100 per una durata fino a dieci anni. Per non parlare del più conosciuto preservativo maschile o condom: ne esistono di diverse marche, ma un pacchetto da 6 profilattici ha un prezzo medio di €7.50-9.90. [79] Un problema di cui molte volte si è discusso anche al livello politico, poiché il preservativo viene ormai considerato l'unico metodo efficace nella prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, in primis l'HIV.

Per quanto riguarda l'accessibilità ai metodi di regolazione naturale della fertilità invece, è chiaro che l'aspetto economico non rappresenta un elemento discriminante. L'apprendimento del metodo così come la sua realizzazione sono del tutto gratuiti. Per l'apprendimento non si può assolutamente agire da autodidatti leggendo su internet, né affidandosi alla lettura di un manuale, bensì è necessario rivolgersi ad un insegnante diplomato e abilitato da uno dei Centri Regionali riconosciuti dal Centro di Coordinamento Nazionale: Centro di Studi sulla Regolazione Naturale della Fertilità dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma per il metodo Billings o un Centro INER riconosciuto dalla Federazione "Istituto per l'Educazione alla Sessualità e alla Fertilità" INER-Italia per il metodo Sintotermico. Tutti gli insegnanti abilitati sono volontari che svolgono la loro attività nei consultori, nei centri o direttamente al domicilio della coppia nella più totale gratuità. Un costo nullo quindi, a meno che non si decida di ricorrere ai cosiddetti "Metodi Naturali Computerizzati", quale ad esempio "Pearly": un dispositivo medico per il controllo computerizzato del ciclo che misurando la temperatura basale per via sublinguale, permette di identificare i giorni sicuramente sterili del ciclo e quelli potenzialmente fertili. [80] IL suo prezzo è pari a €345 circa, contro i €6 di un classico termometro al mercurio. Se la gratuità che caratterizza solamente i metodi naturali può essere considerata un elemento positivo che ne aumenta

l'accessibilità, dall'altra parte è anche vero che è stato dimostrato come sia facile, per le coppie che hanno il desiderio di approcciarsi a questi metodi, abbandonare l'idea per una non corretta informazione da parte dei professionisti sanitari e più propriamente medici. Vi sono molte evidenze a sostegno di questa teoria. In un primo studio risalente al 1999 [81] sono stati intervistati 840 medici di medicina generale, medicina interna e di Ostetricia e Ginecologia nel Missouri. Ne è convenuto che la maggior parte dei medici, in particolar modo quelli ignari della disponibilità di insegnanti specifici, hanno sottovalutato l'efficacia dei MN. Un'altra indagine [82] sulle conoscenze di medici di famiglia e ginecologi, questa volta ambientata nella British Columbia, è stata fatta nel 2010. Dai risultati si evince che meno del 6% dei medici erano informati sul valore di efficacia per uso perfetto relativo ai MN considerati nello studio e solo il 33% era a conoscenza di quello per uso tipico. I medici di famiglia erano più propensi rispetto ai ginecologi a parlare della pianificazione familiare naturale durante la consulenza ($P=0,003$), soprattutto quelli con un proprio credo religioso ($P=0,03$) ed i medici più anziani rispetto ai più giovani. Addirittura, dallo studio di Warniment e Hansen [69] del 2012 emerge che meno dell'1% delle donne intervistate avrebbero preso la decisione di utilizzare la PFN basandosi sul consiglio del proprio medico. Ancora, in quello di Duane e Motley (2013) [83] si evince infatti che solo la metà dei medici presi in esame fornirebbe informazioni sulla pianificazione familiare naturale ai pazienti che desiderano prevenire una gravidanza indesiderata. Oltretutto, più della metà dei docenti presso la facoltà di Ostetricia non avevano familiarità con i metodi naturali, i quali, non erano neanche menzionati nel 25% dei programmi scolastici.

A tale proposito si è espresso il Dott. Angelo Francesco Filardo, ginecologo ed esperto in bioetica: <<*Sulla scarsa conoscenza dei metodi naturali, grande responsabilità hanno anche le nostre Università, che nonostante gli studi compiuti sui MN dimostrino un'altissima efficacia dei*

MN e nell'uso comune, cioè comprendendo anche le gravidanze dovute ad applicazione errata ed insegnamento inadeguato, un'efficacia anche più alta di quella della pillola, continuano a non far conoscere l'esistenza dei MN di osservazione (Metodo Billings e Metodi Sintotermici) agli studenti dei vari corsi di laurea (Medicina e Chirurgia, Scienze Ostetriche, Scienze Infermieristiche,...) e di specializzazione delle Facoltà di Medicina e Chirurgia. A ciò si aggiunge che studi, ricerche e pubblicazioni sui MN da parte di Istituti o Dipartimenti di Ostetricia e Ginecologia sono veramente eccezionali e non provenienti da dove naturalmente li aspettavamo ed aspettiamo>>. [84] Nello stesso anno (2013) è stato pubblicato anche lo studio [46] di Manhart e Duane, secondo il quale 1 donna su 5 negli Stati Uniti esprime interesse ad utilizzare i metodi di pianificazione familiare basati sulla consapevolezza della propria fertilità. Tuttavia, anche le coppie più interessate, sono meno propense ad adottarli se il medico non fornisce loro informazioni esatte circa le modalità d'applicazione e la loro efficacia. Questa sembra essere una delle principali ragioni della loro scarsa diffusione negli Stati Uniti. Infine, uno studio clinico randomizzato ha fatto emergere che molti medici ritengono che i MN non siano metodi da proporre alle donne nell'ambito di una consulenza contraccettiva.

Dunque, è chiara la necessità che i medici si formino in modo da avere maggiore comprensione dei moderni metodi di PFN, tanto da poter fornire una consulenza con informazioni corrette e basate sulle evidenze scientifiche a pazienti selezionate e altamente motivate che preferiscono metodi non ormonali, né di barriera, per distanziare le nascite. Per quanto riguarda gli altri elementi che descrivono l'accessibilità al metodo, oggi sappiamo che la regolazione naturale della fertilità viene utilizzata da coppie un po' in tutto il mondo (addirittura Sri Lanka, Messico, Giappone), di diversa cultura e con differenti livelli socio-economici. [85] Per il metodo dell'Ovulazione ad esempio, negli anni 1977-1979 la WHO ha condotto

uno studio prospettico multicentrico in 5 paesi del mondo diversi per condizioni climatiche, cultura, religione e condizioni socio-economiche, con l'obiettivo di andare a verificare la percentuale reale delle donne in grado di riconoscere il "sintomo del muco", il tutto correlato con il livello culturale e socio-economico delle donne in questione. I risultati dimostrano che il 97% delle donne, al terzo ciclo di osservazione, sono perfettamente in grado di riconoscere il "sintomo del muco" indipendentemente dalla loro condizione. [86] Dato che è stato confermato nuovamente dall'OMS nella "Guida all'organizzazione dei servizi" del 1988.

4.6 Accettabilità

Per quanto riguarda il grado di accettabilità della pianificazione naturale della fertilità da parte delle coppie, sappiamo che lo stress dovuto al monitoraggio quotidiano delle modifiche del proprio ciclo, la paura di incorrere in una gravidanza indesiderata e l'astinenza sessuale richiesta per la buona riuscita dei metodi, sono degli elementi molto temuti che possono essere anche fonte di abbandono del metodo stesso. [87]

Per i contraccettivi, la difficoltà di attenersi alle regole di applicazione e più precisamente per quanto riguarda la pillola, l'incapacità di stabilire dei ritmi routinari nell'assunzione, [88] sono anch'esse cause di una ridotta accettabilità. I metodi anticoncezionali tuttavia, non comportano il "problema" della continenza periodica: la coppia è libera di esprimere e condividere la propria sessualità in ogni momento o circostanza, secondo la propria volontà. Detto questo, cerchiamo di capire meglio se l'astinenza sessuale rappresenti concretamente un elemento limitante per le coppie che ricorrono ai MN e se nella scelta di tipo contraccettiva la donna può realmente definirsi libera.

Dallo studio della WHO (1977-1979) sopra riportato, emerge chiaramente un alto grado di soddisfazione del metodo Billings, in questo caso, sia da

parte del 98,2% delle donne che del 96,7% degli uomini che lo usano. Addirittura, al di là delle motivazioni etiche, morali, religiose, moltissime donne si avvicinano ai metodi naturali dopo aver utilizzato altri metodi contraccettivi e averne sperimentato gli effetti collaterali. Donne che per tali motivi vivono questa irrequietezza personale e sono alla ricerca di sistemi di pianificazione familiare che non contemplino danni o sacrifici aggiuntivi per il proprio corpo. Per quanto riguarda il metodo Billings ad esempio, la percentuale di abbandono per insoddisfazione è molto bassa, tanto che rappresenta solo lo 0,7-2,2% dei casi.

Infatti, il falso mito che sostiene che le coppie che decidono di ricorrere ai metodi naturali hanno meno rapporti sessuali a causa del “dovere” all’osservanza del periodo di continenza periodica è stato ormai sfatato. I risultati di uno studio [89] condotto in Brasile e pubblicati nel 2000, dimostrano chiaramente per le coppie in questione, un piacere sessuale superiore e un numero di rapporti maggiorato rispetto alle coppie che usano i contraccettivi. Un’ulteriore studio [87] del 2010, condotto dalla Marquette University e nel quale sono state intervistate 1.400 coppie che hanno fatto ricorso alla pianificazione naturale della fertilità, ed una ricerca [90] sempre condotta in Brasile e pubblicata nel 2013, hanno riconfermato quanto detto finora. Nell’ultimo Studio citato è risultato che solamente il 6% degli intervistati hanno dichiarato sentimenti di frustrazione e incomprendimento derivanti dalla mancata soddisfazione dei bisogni sessuali, con la creazione di tensioni all’interno del rapporto di coppia. Infatti, se si è adeguatamente supportati e sostenuti, vivere la continenza periodica può educare l’individuo all’autocontrollo e anche se da una parte questo può suscitare le principali difficoltà nell’accettazione del metodo, dall’altra, è in grado di stimolare il desiderio sessuale, evitando la routine del rapporto e alimentando l’unione. Di conseguenza, la relazione ne ottiene grandi benefici, anche perché, nei periodi fertili del ciclo, i MN incoraggiano la coppia a condividere, cooperare ma soprattutto a

comunicare: possono realmente condurla ad abbracciare con pienezza gli aspetti emotivi e relazionali della propria sessualità. [70] Infatti, come sostiene la psicologa Dott.ssa Maria Pia Buracchini: *<<La comunicazione si trova nel riuscire a capire, a parlarsi di cose intime e l'uno con l'altro scoprire quelle affettuosità che preparano la donna anche al gesto sessuale. La donna ha bisogno di queste affettuosità prima di accedere al momento sessuale. Per l'uomo è diverso, la sua sessualità si muove anche attraverso un'immagine. Per la donna non è così, la sua sessualità è di tipo percettivo e il suo istinto si muove molto più lentamente e solo attraverso un tipo di comunicazione profonda e di gesto affettivo. Questa comunicazione agevola la maturazione affettiva che si fa insieme. L'uomo e la donna hanno bisogno di amare e di sentirsi amati così come sono, con la propria specificità e i propri doni, per crescere come coppia e come persona>>. [91]*

Non a caso, le coppie che hanno partecipato allo studio della Marquette University sopra citato, hanno dichiarato legami più forti in cui si riesce ad essere meno egoisti e più sensibili alle esigenze del partner, a comprendere meglio l'altro. Anche la responsabilità dell'atto sessuale e della procreazione non riguarda più solamente la donna (come nel caso della contraccezione, in particolar modo quella ormonale), bensì è compresa e regolata da entrambi.

Capitolo 5: Le basi scientifiche della Regolazione Naturale della Fertilità

Parlando del metodo naturale Billings, J. Billings dichiarava che: <<*è semplicemente l'interpretazione di manifestazioni naturali di fertilità ed infertilità, messaggio d'amore del Creatore, che intese darne alla donna comprensione*>>.

Ovviamente non solo in quello dell'ovulazione, ma in tutti gli altri metodi di regolazione naturale della fertilità, la donna e la coppia sono in grado di riconoscere alcuni "segni clinici" della natura biologica femminile che possono essere interpretati per mezzo di specifiche "teorie scientifiche". Infine, sulla base delle conoscenze di questi fenomeni, si formula un "metodo" appropriato che fornisca delle indicazioni comportamentali per la coppia, a seconda delle loro esigenze. La scelta di ricorrere ai metodi naturali non è dunque basata su un'ideologia o un'utopia meravigliosa, bensì su basi scientifiche reali ed estremamente concrete. E' sufficiente conoscere quali ruoli hanno il ciclo ovarico e ormonale già precedentemente descritti (Capitolo1), nel mantenimento del benessere endocrinologico e ginecologico del corpo della donna per riuscire a comprendere appieno il significato dei 3 principali "segni clinici" di fertilità: le secrezioni del muco cervicale, i cambiamenti della temperatura basale e della consistenza e posizione del collo dell'utero.

5.1 Il collo dell'utero

Il collo dell'utero è un bersaglio importante degli ormoni secreti a livello ovarico, subendo anch'esso delle modifiche in consistenza e in posizione, a seconda della fase del ciclo ovarico in cui ci troviamo.

Viene qui descritto perché anch'esso può essere un "indicatore di fertilità", in quanto molte donne che ricorrono al metodo naturale Sintotermico ad

esempio, scelgono di aggiungere alla misurazione della temperatura basale giornaliera e all'annotazione della sensazione del muco, anche l'autopalpazione della cervice. Altre donne invece, si basano unicamente su quest'ultimo parametro per determinare i giorni fertili e sterili del proprio ciclo.

Il collo dell'utero, definito anche "cervice", è la porzione anatomica che chiude inferiormente il corpo uterino e sul quale si inserisce la cupola vaginale. Quest'ultima, ci permette di distinguere due elementi differenti che sono parte del collo uterino: la prima porzione sopravaginale o "endocervice" e quella inferiore che sporge direttamente nel canale vaginale, chiamata "portio" o "esocervice". Queste due regioni anatomiche hanno funzioni e caratteristiche ben distinte: la tonaca mucosa dell'endocervice, presenta un epitelio colonnare con cellule ciliate intercalate in cellule muco-secernenti. Qui vi troviamo ghiandole tubulari ramificate in grado di secernere muco cervicale. Al contrario, l'esocervice presenta un epitelio pavimentoso stratificato (squamoso), che per localizzazione anatomica, ha caratteristiche simili a quelle della mucosa vaginale. La zona in cui si incontrano i due epiteli, prende il nome di "giunzione squamo-colonnare" e anch'essa risente della stimolazione ormonale. Il collo dell'utero è attraversato al proprio interno da un canale cervicale che si approfonda dall'orifizio uterino esterno (OUE), il quale sporge sulla "portio vaginalis" ed è ben visibile tramite esame speculare, all'orifizio uterino interno (OUI).

Le caratteristiche dell'OUE cambiano fisiologicamente sia in base alla parità della donna, che alla fase del ciclo attuale. In una nullipara, normalmente è puntiforme, mentre nella pluripara si presenta svasato, beante e irregolare.

Se invece seguiamo l'andamento del ciclo ormonale, possiamo dire che durante la perdita ematica mestruale e nel periodo infecondo precoce che la segue, la cervice è compatta, ha una consistenza dura quasi

cartilaginea, simile alla “punta del naso”, al tatto la superficie non è liscia o scorrevole, bensì ruvida. La portio è relativamente bassa e quindi di facile accessibilità e l’orifizio uterino esterno è chiuso, a meno che il ciclo della donna non sia particolarmente corto, o il sanguinamento mestruale prolungato. In ultimo, generalmente non vi dovrebbe essere muco: il condizionale è utilizzato poiché anche se alcune donne non avvertono la sensazione di essere bagnate, potrebbero invece già presentare del muco nel canale cervicale (riscontrabile attraverso una leggera spremitura della cervice). La chiusura dell’orifizio e l’assenza di muco, oppure la presenza di muco non ancora fertile, è ovviamente funzionale ad evitare che gli spermatozoi possano eventualmente passare oltre il canale cervicale ed arrivare in utero. Quest’insieme di fattori, si ripresentano anche ad ovulazione avvenuta, quando il progesterone secreto da parte del corpo luteo impedisce alle ghiandole endocervicali di produrre del muco fertile per minimizzare il rischio di una gravidanza indesiderata. [7] In fase peri-ovulatoria e prettamente ovulatoria, la cervice è soffice, spugnosa, morbida come il “labbro della bocca”, la superficie è tesa e liscia e dotata di una certa scorrevolezza. In questa fase, gli estrogeni fanno contrarre, alla base del legamento largo, i sostegni dell’utero, per cui la cervice diviene più alta, tanto da poter rendere difficile il suo raggiungimento. Contemporaneamente l’orifizio uterino esterno si infossa e si apre, diviene più ampio, come fosse una valvola, tanto da potervi quasi introdurre la punta di un dito e da questo, fuoriesce spontaneamente del muco potenzialmente fecondo, il che è segno di un quadro classico di fertilità.

5.2 Il muco cervicale

Il muco cervicale è prodotto dalle cellule endocervicali (assieme a piccole quantità di fluidi provenienti dall’endometrio, dalle tube e probabilmente, dal follicolo rotto), in risposta alla stimolazione di ormoni ovarici (dunque è

un “indicatore di fertilità”). Come abbiamo detto, è prodotto nel canale cervicale uterino, dove vi sono delle pieghe della mucosa, pliche palmate, al fondo delle quali sono localizzate delle cripte con ghiandole tubulari. Nella cervice esistono due differenti popolazioni di cellule: le più numerose sono le mucosecernenti (90%), le meno numerose sono ciliate.

Dunque potremo definire il muco un “idrogel”: la fase semisolida è composta da sostanze di natura glico-proteica con agganciati degli zuccheri e dal punto di vista qualitativo, è costituita da tre tipologie diverse di filamenti: alfa, beta e gamma. Al contrario, la fase liquida presenta piccole molecole di elettroliti, enzimi, grassi e proteine.

Abbiamo detto che la secrezione del muco cervicale è regolata dal punto di vista endocrino dagli stessi ormoni che poi influenzano il ciclo endometriale e ciò avviene perché anche il muco ha delle funzioni fondamentali nel mantenimento della fisiologia della fertilità: in primis, funge da barriera tra la cavità uterina e l’ambiente esterno, dopo di che permette di fare una “selezione” degli spermatozoi, di garantirne la capacitazione, oltre a rappresentare per essi una fonte di nutrimento. Gli permette anche di sopravvivere all’ambiente ostile della vagina e li protegge dalla fagocitosi intracellulare: sappiamo che l’esistenza del ph acido vaginale, in condizioni normali, porta gli spermatozoi a morte nell’arco di alcune ore. Quindi, solamente se il liquido seminale raggiunge le cripte cervicali, riesce a trovare una condizione finalmente favorevole per la sua sopravvivenza. Abbiamo detto che il muco può anche impedire il contatto diretto tra spermatozoi e globuli bianchi (che si possono localizzare al livello del collo dell’utero) ed il meccanismo è assai semplice: mentre i globuli bianchi sono soliti scorrere nella parte centrale del canale, gli spermatozoi passano lungo i “canicoli” dei filamenti proteici nella loro porzione laterale, a contatto con la parete della cervice. Questo perché proprio qui, riescono a captare una maggiore quantità di ossigeno e a trovare delle condizioni più adatte al loro metabolismo. In ultimo

quindi, il muco li può aiutare nella risalita oltre le cripte del canale cervicale dove sono depositati, in alcuni momenti del ciclo mestruale rispetto che in altri.

Questo perché la secrezione o meno del muco non è sempre uguale, così come cambiano le sue caratteristiche in consistenza, colore, elasticità, filanza, cristallizzazione e fluidificazione. Già durante la fase follicolare del ciclo, grazie all'aumento esponenziale dei livelli di estrogeni ovarici, aumenta anche la produzione di muco da parte delle cellule endocervicali, senza che però la sua presenza sia ancora necessariamente evidente nella regione vulvare. Sarà in prossimità dell'ovulazione che aumenterà la componente liquida del muco (fino al 95-98%). Sembrerebbe che in questo periodo vi sia un aumento del sodio nel muco stesso, al quale l'organismo risponde con un meccanismo osmotico di richiamo di liquidi per mantenere costante la concentrazione del sodio.

Queste modifiche chimico-fisiche rispondono all'importante funzione biologica del muco, che è in grado di influenzare il destino della procreazione. Anzitutto, con una maggiore componente liquida, aumentano anche i filamenti proteici gamma, i quali sono meno attorcigliati l'un l'altro, bensì si organizzano a formare dei canali che messi insieme descrivono una rete a maglie larghe, che a sua volta facilita il passaggio degli spermatozoi oltre il canale cervicale. In particolare, uno studio [92] del 1997 ha dimostrato l'esistenza di una correlazione forte, ma non lineare, tra il livello di idratazione del muco e la permeabilità dello sperma, soprattutto quando si superava un valore di idratazione maggiore del 97,5%. Oltretutto, il salto di qualità di questa caratteristica del muco precede l'incremento dei livelli ematici dell'ormone LH, tanto da poter affermare che l'idratazione tende ad aumentare circa 2 giorni prima dell'incremento misurabile della penetrazione degli spermatozoi nel muco. Questi risultati dimostrano dunque che l'idratazione del muco può essere considerata un prezioso marker dell'ovulazione e utile per l'identificazione

della “finestra fertile” del ciclo. Allo stesso tempo, dal punto di vista fisico c'è una diminuzione della viscosità, il muco è più fluido, aumenta la filanza (la capacità del muco di essere stirato a formare dei fili) e la cristallizzazione (capacità di formare cristalli a forma di felce).

Al contrario, il muco non ovulatorio presenta una disposizione spaziale assolutamente disorganizzata, non vi è la formazione di canicoli, bensì di una rete a maglie strette che intrappolano gli spermatozoi, impedendone il passaggio.

Ai fini di una maggiore semplificazione e comprensione della “sensazione del muco” per le coppie che si avvicinano ai metodi naturali, diciamo che il muco può essere fertile o non fertile. Il primo è distinto in muco “S” e muco “L”, mentre il secondo, viene comunemente definito muco “G”. Seguendo l'andamento del ciclo ovarico, possiamo affermare che nella fase follicolare, vi è inizialmente un muco “corto”, grumoso, appiccicoso, denso, opaco, torbido e giallognolo (muco “G”). La sua presenza può essere avvertita dalla donna come una sensazione di umidità interna a carico della vagina e solo in un secondo momento, come delle tracce di muco ben visibili al livello dei genitali esterni o degli indumenti intimi. Inizialmente, la sua produzione è scarsa e molto lenta. Sarà in fase peri ovulatoria che il muco diventa abbondante e inizia a subire delle modificazioni importanti, tipiche di un muco fertile, prima di tipo “L” e poi “S”. La donna potrà o solamente avvertire la sensazione di essere “bagnatissima” quasi ai livelli di una perdita mestruale dei primi giorni di ciclo, ma senza vedere muco, oppure può obiettivamente vedere del muco limpido, trasparente come il vetro, simile alla chiara dell'uovo, bagnato e sdruciolevole, elastico e particolarmente filante (o sugli indumenti intimi, o sulla carta igienica). Avvenuta l'ovulazione, il muco cambia di nuovo le sue caratteristiche e le cellule dell'orifizio uterino esterno, insieme a quelle della parte inferiore della cervice, iniziano produrre un “tappo mucoso” nuovamente appiccicoso e a maglie strette

che verrà espulso poco prima della nuova mestruazione, laddove non sia avvenuto il concepimento. Nella fase luteinica, è il progesterone che permette il ritorno da un muco fertile a uno non fertile.

5.3 La temperatura basale

L'essere umano è omeotermo, nel senso che è in grado di regolare la propria temperatura corporea mantenendola più o meno stabile, anche se questa varia a seconda del momento del giorno in cui ci troviamo, con ritmo circadiano: raggiunge infatti dei picchi più alti nel tardo pomeriggio e alla sera, mentre è relativamente bassa verso le cinque del mattino.

La temperatura corporea della donna, in particolar modo, presenta delle oscillazioni fisiologiche e che sono ricorrenti ad ogni ciclo. In condizioni normali, qualora il ciclo sia potenzialmente fecondo (ovvero non vi sia amenorrea e/o anovularietà⁷), il grafico relativo alla temperatura basale, presenta un caratteristico “andamento bifasico”.

Nella prima parte del ciclo, ovvero quella follicolare, i livelli elevati di estrogeni in circolo sono responsabili del mantenimento di una temperatura basale bassa, mentre a seguito del picco della gonadotropina LH, i livelli di estrogeno diminuiscono, lasciando spazio al progesterone, per la cui azione metabolica, vengono rilevati valori di temperatura basale più alti, per la durata di tutta la fase luteinica [7], rispetto a quelle della fase pre-ovulatoria, per poi riscendere poco prima della nuova mestruazione. Il rialzo termico è dunque un indicatore a posteriori dell'ovulazione avvenuta.

Dunque ricapitolando, In condizioni fisiologiche di una donna sana in età fertile, nei giorni immediatamente successivi all'inizio delle mestruazioni la temperatura basale è compresa tra i 36,3 gradi e i 36,9 gradi. In

⁷ Nel ciclo senza ovulazione non vi è innalzamento della temperatura. In tal caso, essa rimane allo stesso livello, con variazioni minime, per tutta la durata del ciclo.

prossimità dell'ovulazione (in genere 24 ore prima) si abbassa bruscamente di circa mezzo grado rispetto alla temperatura del giorno precedente e ciò è dovuto agli alti livelli di estrogeni in circolo (questo fenomeno viene definito "Nadir"). Successivamente, nell'arco di circa 48 ore risale fino a raggiungere i 37 - 37,3 gradi. Ed è così che rimane tutta la durata della fase luteinica fino, laddove non sia avvenuto il concepimento, la comparsa del flusso mestruale. In caso contrario invece, la temperatura basale continua a rimanere elevata.

Capitolo 6: Descrizione dei Metodi Naturali

6.1 Metodo Ogino-Knaus

Il metodo di Ogino-Knaus è anche definito “metodo del Calendario”. Questo perché sia Ogino che Knaus credevano di poter identificare i giorni sterili e fertili del ciclo femminile con semplici regole basate su calcoli matematici, in modo da limitare i rapporti sessuali nei periodi sterili ai fini contraccettivi.

La teoria di fondo prevede che la numerazione dei giorni del ciclo mestruale sia fatta a ritroso, dall'inizio delle mestruazioni che chiudono il ciclo (la mestruazione vera è l'unico segno clinico realmente contemplato dal metodo). La ragione va ricercata nella convinzione comune sia ad Ogino che a Knaus, che la fase luteale del ciclo abbia una durata più uniforme nelle diverse donne rispetto a quella follicolare. Secondo quanto appena detto, in un ciclo di 28 giorni l'ovulazione accade sempre tra il 12° e il 16° giorno prima della mestruazione successiva. Considerando anche il tempo di sopravvivenza della cellula uovo e di quella degli spermatozoi, teoricamente si potrebbe affermare che la maggiore probabilità di concepimento per la donna è tra il 10° e il 18° giorno del suo ciclo.

Per l'applicazione del metodo è importante anzitutto chiarire che il primo giorno del ciclo corrisponde al giorno in cui ha inizio il flusso mestruale di sangue rosso vivo (anche se la donna dovesse accorgersi dell'avvenuta mestruazione la sera del 1 gennaio alle ore 23:00 ad esempio, si considera il 1 gennaio e non il 2 come data di inizio della mestruazione). A questo punto, grazie ai calcoli matematici descritti dal metodo del calendario, si riescono ad identificare i limiti dei due periodi sterili in fase pre e post ovulatoria e del periodo potenzialmente fertile centrale:

- Dopo l'osservazione preliminare di 12 cicli dell'anno precedente, si sottrae al ciclo più corto il valore "19". Il numero così ottenuto corrisponde all'ultimo giorno della fase sterile pre-ovulatoria. Per cercare di essere più chiari diciamo che una donna in cui il ciclo più corto è stato di 26 giorni, solamente fino al 7° giorno del suo ciclo ($26 - 19 = 7$) potrà avere rapporti completi con il partner, in quanto infertile.
- La seconda fase sterile post ovulatoria si calcola sul ciclo più lungo dell'anno precedente, al quale si sottrae il valore 9; il giorno così individuato è il primo della seconda fase sterile. Ciò significa che in una donna con un ciclo più lungo di 29 giorni, il 20° giorno termina la fase fertile peri-ovulatoria ($29 - 9 = 20$).
- Il periodo intermedio tra le due fasi precedentemente descritte è considerato potenzialmente fertile.

Poiché questo metodo si affida a un calcolo statistico e nella pratica clinica si è visto che la lunghezza del ciclo mestruale varia non solo da donna a donna, ma nella stessa donna da ciclo a ciclo, è ovvio che per garantire un'efficacia accettabile, è necessario avere cicli estremamente regolari, con una differenza tra il ciclo più corto e quello più lungo dell'anno che non deve superare i 5-6 giorni (questa condizione riguarda solo il 75% delle donne). Anche laddove la donna abbia cicli regolarissimi tuttavia, è noto come fattori quali stress, viaggi, turni di lavoro o malattie possono essere responsabili dell'irregolarità del ciclo, provocando a volte anche un ritardo dell'ovulazione. Questi fattori non sono affatto contemplati dal metodo. [93] Oltretutto, per la sua corretta applicabilità è necessario essersi accertati del fatto che la donna abbia cicli ovulatori, tanto che sono criteri di esclusione l'amenorrea, il post-partum, il periodo post-aborto, subito dopo aver interrotto l'assunzione di un contraccettivo ormonale e la fase peri-menopausale.

Dunque, nonostante da dati reperiti direttamente dal sito della World Health Organization aggiornati a Maggio 2015, sembrerebbe che l'efficacia ottenuta per un uso corretto e costante del metodo sia pari al 91%, scendendo al 75% per uso tipico, questo metodo è stato ormai superato da tempo da altri metodi naturali più moderni o combinato con altri segni clinici all'interno di essi.

6.2 Metodo della Temperatura Basale (BBT)

Il metodo della Temperatura Basale si fonda su di un unico indicatore di fertilità per accertarsi dell'avvenuta ovulazione: la temperatura corporea. La temperatura corporea della donna è influenzata dalla fluttuazione di ormoni che vengono secreti durante il ciclo ovarico femminile.

In particolare, questo metodo naturale si basa sul concetto che ad ovulazione avvenuta, fino alla comparsa di una nuova mestruazione (quindi per un periodo lungo all'incirca 12-16 giorni), il corpo luteo riesce a mantenere produzioni costanti di progesterone, il quale è responsabile dell'innalzamento di 0.2°-0.5°C della temperatura stessa, definendo un classico aspetto "bifasico" tra il periodo che precede l'ovulazione e quello che la succede. Per tali ragioni si è soliti dire che la sola misurazione della temperatura basale è un indicatore a posteriori dell'avvenuta ovulazione.

Il metodo prevede che la temperatura sia presa ogni mattina immediatamente dopo il risveglio (prima ancora di alzarsi, andare in bagno o fare colazione) e possibilmente in un intervallo di tempo tra le 06:00 e le 08:00. Non è necessario che la misurazione avvenga sempre alla stessa ora ma mai dopo le ore 08:00. In caso contrario, è indicato riportarlo in tabella come "temperatura disturbata". Questo semplicemente perché per ragioni del tutto fisiologiche, misurazioni effettuate più tardi si possono tradurre in valori più elevati.

La temperatura viene misurata attraverso un termometro prismatico, all'interno di una delle tre cavità naturali: il cavo orale (per 8 minuti ed è di qualche decimo più bassa di quella rettale), la vagina o il retto (entrambe per soli 5 minuti, anche se la rettale è la più precisa delle tre). I termometri al mercurio, sostituiti in commercio da quelli ecologici, sono preferibili rispetto al digitale ed è importante che venga utilizzato sempre lo stesso termometro e lo stesso luogo di misurazione, per evitare di avere dei valori alterati.

Non appena termina la perdita mestruale si incominciano le rilevazioni e vanno registrate appositamente su una tabella nel mezzo della colonna di ciascun giorno. Si procede poi ad unire con una riga il singolo punto con quello del giorno successivo in modo da essere facilitati nella lettura del grafico finale. Laddove non sia stato possibile misurare la temperatura basale per dimenticanza o altro, gli insegnanti del metodo consigliano alla donna di non unire il punto del giorno precedente con il successivo: questo valore mancato non verrà considerato nel calcolo finale relativo al metodo per capire se effettivamente l'ovulazione sia avvenuta o meno. Infatti è importante basarsi su misurazioni corrette della temperatura basale corporea, per poter determinare con certezza l'inizio della temperatura stabilizzata a livello alto.

Secondo la "regola di Holt", il "plateau termico alto" deve essere di due decimi di grado al disopra di una linea che passa per la temperatura più alta delle sei che precedono l'inizio del rialzo termico. Per facilitare l'interpretazione del grafico, per convenzione si traccia una "linea di base" che separa le temperature della fase luteinica da quelle della fase follicolare. Dopo il terzo giorno di rialzo si è certi dell'avvenuta ovulazione e, dal mattino del quarto giorno di rialzo fino alla successiva mestruazione si è in periodo sterile post-ovulatorio.

Figura 3 Andamento bifasico della temperatura corporea basale in un ciclo ovulatorio
(Tratto dal sito web: <http://scuolanatomia.altervista.org/anticoncezionali.html>) [94]



Talvolta, l'andamento della temperatura corporea basale, può essere influenzato negativamente da molti fattori, sia interni che esterni all'organismo stesso: traumi psichici, stress, un raffreddore o l'influenza, viaggi, vacanze, consumo di alcool, ricoveri in ospedale, ecc. In tal caso, è necessario annotarli sempre sul grafico, soprattutto, come nel nostro caso, se si intende utilizzare il metodo per distanziare le nascite. Un elemento da considerare è l'irregolarità del riposo notturno. In realtà, il fatto di alzarsi per breve tempo durante la notte, come nel caso di una mamma che deve accudire il proprio bimbo, non sembrerebbe limitare la validità della temperatura al risveglio, a meno che questa condizione non si ripresenti tutte le notti e l'utente non riesca mai a riposare per almeno 6 ore. La prolungata mancanza di sonno infatti può diventare una fonte di distress ed eventualmente, di cicli irregolari. Un caso simile è quello delle lavoratrici notturne o comunque costrette a seguire turni di lavoro prestabiliti. Per queste donne, si possono ottenere curve di temperature interpretabili, a patto di essere adeguatamente sostenute e seguite da

un'insegnante esperta, in modo da cercare la "soluzione" migliore per lei. Da dati riportati sul sito della World Health Organization aggiornati a Maggio 2015, risulta che l'efficacia associata al BBT è del 99% per uso corretto e costante, anche se purtroppo questo valore scende al 75% per uso tipico. Lo svantaggio più grande di questo metodo risiede nel fatto che non si riescono ad avere alcun tipo di informazioni sulla fine del primo periodo sterile e l'inizio dell'intervallo potenzialmente fertile fino all'ovulazione. La sola informazione della temperatura basale determina una minore specificità, ma dall'altra parte una maggiore sensibilità, esponendo la coppia a lunghi periodi di astinenza. Infatti, le coppie che intendono posticipare la gravidanza sono costrette ad avere rapporti sessuali solamente nel periodo sterile post-ovulatorio e solamente qualora questo limite venga accettato e seguito dalle coppie, come abbiamo visto dai risultati della WHO la percentuale di efficacia associata al metodo è molto alta.

6.3 Metodo Ciclo-Termico

Per ovviare alle problematiche sopra esposte, si è pensato di ricorrere al cosiddetto "metodo Ciclo-Termico", il quale insieme alla registrazione dell'ipertermia fisiologica pre-mestruale, si affida alla "regola di Ogino" o alla "regola di Doring" per identificare il periodo di sterilità pre-ovulatorio. [95] In entrambi i casi dovremo attendere che la donna abbia 12 osservazioni dei cicli dell'anno precedente: per la regola di Ogino si considera il ciclo più corto e al valore corrispondente alla sua durata si sottrae 19. Una coppia che intenda distanziare le nascite dovrà attenersi alla continenza periodica a partire dal giorno identificato con la regola appena descritta.

Doring invece non si basa puramente su calcoli matematici, bensì parte dalla curva termica e prevede che si sottragga 7 dal più precoce rialzo

termico ottenuto sempre dai 12 cicli dell'anno appena trascorso. Dal giorno così identificato, ha inizio l'astensione dai rapporti se una coppia non intende concepire.

In entrambi i casi, la fine della fase fertile viene identificata con la regola del rialzo termico già ampiamente descritta nel paragrafo precedente: la coppia potrà ricominciare ad avere rapporti sessuali completi liberamente dalla mattina del quarto giorno di rialzo termico.

Questo metodo è stato da molti preferito a quello della temperatura basale perché le coppie sono meno esposte a lunghi periodi di astinenza e di conseguenza sono più favorevoli ad accettare il metodo e ad applicarlo correttamente, ottenendo così anche un'efficacia maggiore. [96]

6.4 Metodo dell'Ovulazione Billings (MOB)

Il metodo "Billings" è una proposta di pianificazione naturale della fertilità (PFN) ed è basato sull'osservazione visiva del muco cervicale e per lo più sulla percezione delle sensazioni avvertite al livello dei genitali esterni (vulva).

L'unico indicatore di fertilità che viene dunque preso in considerazione è il muco cervicale, la cui presenza e le cui caratteristiche, sono fondamentali affinché possa avvenire il concepimento. Alle donne che utilizzano il metodo dell'Ovulazione Billings, viene richiesto di "portare l'attenzione al livello dei genitali" per valutare le diverse sensazioni che possono essere percepite durante l'arco dell'intera giornata ed annotarle su di una tabella alla sera, prima di coricarsi. La descrizione di queste informazioni è utile per riuscire ad identificare i giorni fertili e sterili del ciclo con un'estrema precisione ed aiutare sia le coppie che intendono rinviare la gravidanza, che quelle che intendono ricercarla.

Come abbiamo già accennato, le variazioni di muco cervicale sono controllate dalla diversa produzione di estradiolo e progesterone durante il

ciclo ovarico femminile. La fase sterile pre-ovulatoria con bassi livelli di estrogeni circolanti, contempla 2 differenti condizioni: da una parte il caso di donne che avvertono una secchezza quasi fastidiosa, dunque si sentono asciutte, mentre dall'altra vi sono donne che hanno una presenza continua di muco appiccicoso e opaco che giorno dopo giorno non cambia, con caratteristiche di non fertilità. In entrambi i casi si parla di QNFB (Quadro Non Fertile di Base).

La durata di questa prima fase è variabile ed è legata alla maturazione del follicolo: in caso di cicli brevi, questo periodo potrebbe essere esiguo, se non addirittura assente. Nelle donne del primo gruppo, questa fase finisce quando si inizia ad avvertire del muco e la fertilità viene meno tre giorni dopo che il muco o è scomparso o ha cambiato le sue caratteristiche. Al contrario, per le donne del secondo gruppo il periodo di sterilità pre-ovulatoria termina quando la donna è in grado di osservare dei cambiamenti di muco e riinizia un nuovo periodo di sterilità, questa volta post-ovulatoria, quando si ritorna a registrare la situazione di sempre.

Con la crescita dei livelli ormonali di estrogeni, il muco diventerà coloso ma privo di elasticità (se lo prendiamo tra le dita e poi cerchiamo di distanziarle "a forbice", si formerà inizialmente in filo, che in seguito si spezzerà molto velocemente). La percezione della donna di presenza di umidità, prima interna e poi esterna, pone le basi per l'inizio della fase potenzialmente fertile. In prossimità dello scoppio del follicolo invece, si potrà osservare un muco scivoloso ed elastico ("fila" senza spezzarsi), il che si traduce in una sensazione di bagnato-lubrificato al livello vulvare. Ora, l'ultimo giorno in cui la donna nota queste caratteristiche, si parla di giorno del "picco". È fondamentale definire bene il picco, perché è da qui che partono le regole del metodo per identificare lo spartiacque tra la fine del periodo fertile e l'inizio di quello sterile post-ovulatorio. Per tali ragioni è d'obbligo sottolineare che la sensazione di lubrificato la si può percepire anche asciugandosi superficialmente con la carta igienica da davanti

all'indietro: se al livello della forchetta la carta scivola con facilità, allora questo è il segno della presenza di muco lubrificato. Il muco fertile infatti, presenta un'abbondante componente acquosa per facilitare il passaggio degli spermatozoi oltre il canale cervicale. Ciò significa che si potrebbe anche non riuscire a vederlo, ma sentirsi ugualmente bagnatissima, quasi come se si trattasse del primo giorno di perdita mestruale.

La presenza di muco di "migliore qualità" non è solo un indicatore di fertilità, ma studi autorevoli hanno dimostrato che funge anche da predittore clinico delle probabilità di concepimento. Sembrerebbe che indipendentemente dal momento in cui avviene l'ovulazione, la probabilità di concepimento all'interno della "finestra fertile" è maggiore quando le osservazioni indicano la presenza di muco qualitativamente più fertile. [97] Dati reperiti da uno studio recente confermano quanto detto. La probabilità di concepimento nell'intervallo di metà ciclo è abbastanza bassa per i giorni senza secrezioni (0.01) o con punteggio 2 che corrisponde a sensazione di umidità (0.038) o 3 che corrisponde a muco denso e cremoso (0.064). Tuttavia, la probabilità di concepimento aumenta drasticamente nei giorni con muco più fertile, fino a divenire addirittura 40 volte maggiore. Al contrario, nei giorni prima e dopo l'intervallo fertile di metà ciclo, le probabilità di concepimento diventano praticamente pari a 0. Per tali ragioni, nelle fase precoce e in quella tardiva del ciclo, le caratteristiche del muco non sono importanti. [98]

Ricapitolando, il metodo vuole che si ponga attenzione solo sulla "sensazione" data dal muco e non al suo colore o alla quantità. Inoltre, si può affermare che un dato giorno sia il picco del muco per quel ciclo, solo se è seguito da un cambiamento netto nelle sensazioni percepite nei giorni successivi: quando tornerà la non fertilità, la donna potrà sentirsi di nuovo asciutta e percepire la secchezza al livello vulvare. Quindi l'identificazione del giorno del picco può essere fatta solo a posteriori.

Da questo momento in poi, considerando che la durata della fase luteinica è costante e dunque fissa, una donna che conosce la propria fertilità è in grado, di sapere il giorno in cui comparirà la mestruazione.

Partendo da queste conoscenze di base e da quanto detto a proposito del muco cervicale nel Capitolo 5 (paragrafo 5.2), cerchiamo ora di indagare le modalità d'applicazione del metodo Billings per quelle coppie che intendono distanziare le gravidanze.

Anzitutto, alla donna che vuole imparare a conoscersi, è consigliato di evitare rapporti sessuali o contatto tra i genitali esterni nel primo ciclo di osservazione. Questo per poter conoscere sé stessa, il funzionamento del proprio corpo in una condizione basale, senza l'interferenza data dal liquido seminale o dalle secrezioni prodotte a seguito dell'eccitamento sessuale. Si potrebbe anche arrivare a confonderle erroneamente con il muco cervicale stesso. Se l'osservazione fatta in questo primo ciclo risulta corretta, su parere di un insegnante qualificato del metodo, la coppia può avere tranquillamente rapporti nei mesi successivi.

Le rilevazioni vanno fatte quotidianamente durante l'intera giornata o, qualora la donna svolga un lavoro notturno, nel corso della notte. In ogni caso, prima di andare a dormire è necessario annotare sull'apposita cartellina le osservazioni fatte durante il giorno.

La registrazione della sensazione percepita durante il giorno può essere eseguita secondo due modalità: utilizzando dei bollini colorati o descrivendola in uno spazio apposito con semplici parole chiarificatrici (qualora nel corso del medesimo giorno si riescano ad identificare due differenti sensazioni, si riporta solo la più intensa).

gravidanze indesiderate che si sono verificate nonostante un uso corretto del metodo dello 0,5% e un tasso di gravidanze indesiderate dovute ad un non corretto insegnamento del metodo o mancata comprensione da parte dell'utente dell'1%. Successivamente, negli anni 1976-1978, la World Health Organization ha condotto uno studio [86] indipendente in cinque differenti paesi (India, Filippine, Nuova Zelanda, Irlanda e El Salvador). Ne è convenuto che qualora la coppia aderisca perfettamente alle regole illustrate da un insegnante qualificato e dunque il metodo venga applicato correttamente, il metodo Billings può raggiungere un'efficacia del 97,8% (I.P. = 2,2). Studi più recenti (Cina 1994 [101], India 1996 [71]) hanno riportato rispettivamente tassi di gravidanze indesiderate dell'1,02% e 1,1% in 12 cicli d'uso. Come già accennato per i metodi naturali, il metodo Billings è flessibile e sicuro in tutte le varianti della fisiologia e patologia riproduttiva femminile: ideale per donne che hanno cicli regolari, ma anche per quelle con cicli estremamente irregolari e con fenomeni di anovularietà [90].

6.5 Modello Creighton

Il Modello Creighton rappresenta semplicemente la variante standardizzata del metodo dell'ovulazione Billings.

Rientra nell'ambito della regolazione naturale della fertilità perché può essere utilizzato sia per evitare che per ricercare una gravidanza con un numero minimo di tentativi e senza ricorrere necessariamente ad aiuti esterni. A questo riguardo è nata la nuova scienza medica della "Naprotecnologia" (*Tecniche Naturali di Procreazione Assistita*) [102]. L'obiettivo di tale disciplina è quello di ricercare approfonditamente tutte le cause possibili che portano a una diminuita fertilità e correggerle con metodi farmacologici o chirurgici. Le misure diagnostico-terapeutiche si appoggiano sul ciclo individuale della donna oggettivato proprio grazie al

Modello Creighton. Per le coppie che ricercano la gravidanza, l'efficacia dopo due anni di trattamenti risulta addirittura paragonabile a quella della Fecondazione in Vitro. [103,104]

Il Modello Creighton è una risorsa preziosa anche nel caso in cui si debba distanziare le nascite, infatti si basa sull'osservazione standardizzata e la creazione di grafici dei marcatori biologici (il muco cervicale e altre perdite) che sono essenziali per la salute riproduttiva della donna e che permettono alla coppia di interpretare correttamente la propria fertilità. L'obiettivo del Modello Creighton è che la donna diventi capace di prevedere, a partire dai mesi precedenti di osservazione, il "timing" dell'ovulazione, senza dover osservare le perdite di muco. Dopo alcuni mesi di studio del ciclo, si dovrebbe essere in grado di prevedere i giorni fertili, distinguendoli con certezza da quelli sterili.

Il modello Creighton non è stato progettato per essere utilizzato in combinazione con altri metodi contraccettivi di barriera, motivo per cui nei più grandi studi prospettici del modello Creighton, l'intenzionalità della coppia è stata definita dal comportamento assunto da loro durante il periodo potenzialmente fertile. Ciò significa che se una coppia ha volontariamente e consapevolmente rapporti sessuali in tale fase del ciclo, questo viene considerato come un comportamento volto al raggiungimento della gravidanza, indipendentemente dalla loro intenzione dichiarata di non concepire. Questa peculiarità del metodo rappresenta per alcuni [105] un limite alla valutazione dell'efficacia associata per uso tipico. Dall'altra parte invece, ci sono studi autorevoli [106,107] che ne supportano l'affidabilità. Ad esempio nel 1998 è stata pubblicata su "The Journal of Reproductive Medicine" un'analisi prospettica [108] di cinque studi (meta-analisi) che comprende 1.876 coppie che hanno usato il Modello Creighton per un totale di 17.130 mesi. Questi studi, che utilizzavano tutti il sistema "life table" per stimare il numero di gravidanze indesiderate, hanno riportato un'efficacia teorica del metodo del 99,5% e

un'efficacia d'uso del 96,8%. L'elevata affidabilità è stata confermata anche da un ulteriore studio osservazionale di coorte [109] dal quale risulta che dopo 12 mesi di utilizzo, il tasso di gravidanze totali per 100 coppie è stato del 17.12%. Dei casi di fallimento totali tuttavia, solamente lo 0.14% erano dovuti al metodo, nonostante l'uso corretto e costante da parte delle coppie.

6.6 Metodo Two Days

Il metodo Two Days o dei "Due Giorni", prevede la creazione di un semplice algoritmo a partire dall'osservazione di presenza/assenza del muco cervicale che la donna fa giornalmente. In quanto tale, può essere una valida alternativa al metodo Billings o al Sintotermico per quelle coppie che li trovano di difficile applicazione.

Le uniche indicazioni che una coppia che non intende conseguire una gravidanza deve seguire, sono quelle di evitare di avere rapporti sessuali se c'è stata presenza di muco in quel giorno o il giorno precedente ad esso. I rapporti sessuali non protetti potranno essere ripresi solamente dopo due giorni di sensazione di asciuttezza/secchezza.

Infatti i dati di uno studio del 2001, [110] pubblicato sulla rivista scientifica "Human Reproduction", hanno fornito la prima evidenza diretta che le secrezioni cervicali sono associate ad un aumento della fecondità e del rischio di gravidanze indesiderate. I giorni vicini all'ovulazione che avevano il più alto tasso di fecondità, erano anche i giorni più fertili: rapporti sessuali nell'intervallo intermedio di sei giorni (da cinque giorni prima fino al giorno stimato come quello dell'ovulazione), avevano il doppio della probabilità di emergere in una gravidanza non ricercata se le secrezioni erano presenti in quel giorno o lo erano state nel giorno precedente.

L'efficacia pratica del metodo è stata sperimentata attraverso un ulteriore studio del 2004 [74] che ha visto coinvolte 450 donne provenienti da cinque differenti zone (situate in Filippine, Guatemala, Perù) per un totale di 3928 cicli. Dai risultati dello studio emerge che la durata del periodo di secrezioni cervicali era in media di 12,1 giorni e che al termine di 13 cicli di osservazione per ogni singola donna, il tasso di gravidanze indesiderate è stato del 3,5% con un uso corretto, ovvero senza rapporti sessuali nei giorni individuati come fertili e del 6,3% qualora le coppie abbiano utilizzato il condom. La stessa World Health Organization, in un articolo del 2015 ha riportato un'efficacia metodo-correlata del 96% nel caso in cui se ne faccia un utilizzo perfetto, che si abbassa all'86% per uso tipico e comune.

Oltretutto, essendo applicabile a tutti i tipi di donne, anche a quelle che hanno cicli irregolari (a differenza di altri metodi come lo Standard Day Method), ed avendo un'efficacia che si confronta bene con quella di altri metodi di pianificazione naturale familiare, l'algoritmo Two Days dovrebbe essere proposto e insegnato anche presso i servizi di salute sessuale e riproduttiva come i consultori. [111]

6.7 Metodi Sintotermici

<<I Metodi Sintotermici si fondano sull'osservazione di più effetti fisiologici prodotti dagli ormoni ovarici durante il ciclo femminile. I principali sono: il muco cervicale, la temperatura basale e le modificazioni della cervice uterina>>. [112] Questi metodi non si basano su un unico segno, bensì ne considerano molteplici, in modo che l'uno possa aiutare l'interpretazione dell'altro. In aggiunta c'è anche la possibilità di arricchire il quadro con sintomi minori, quali la tensione mammaria, dolori al basso ventre, modifiche della libido e perdite ematiche intermestruali.

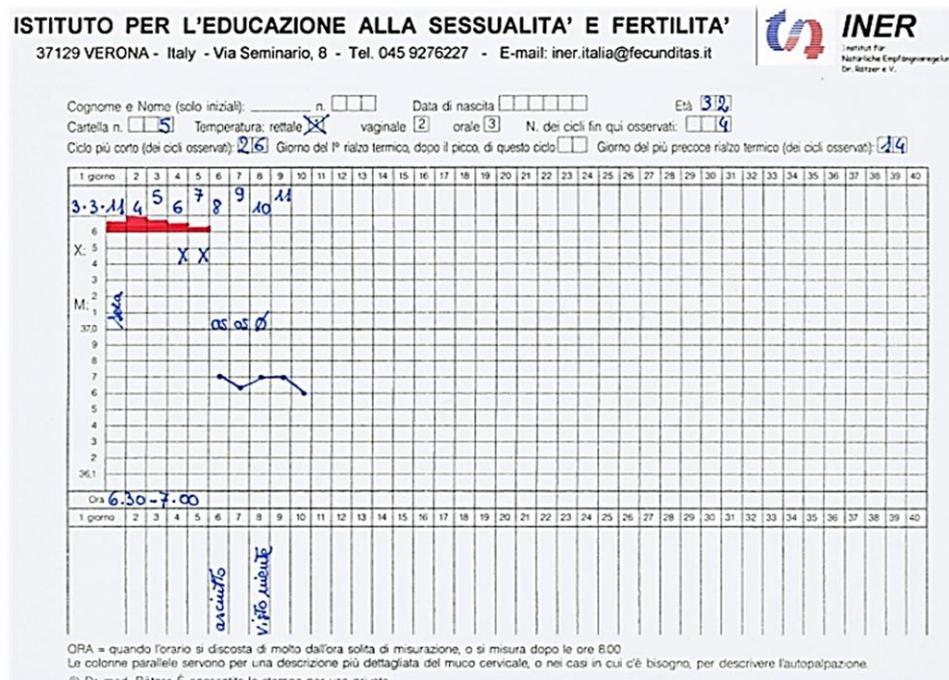
Questi segni e sintomi possono essere combinati in maniera differente, ma ugualmente in grado di identificare i giorni fertili e quelli sterili del ciclo mestruale con estrema precisione (per lo meno maggiore rispetto ai metodi che considerano un unico segno clinico). I più diffusi attualmente in Italia sono il metodo Sintotermico Roetzer ed il metodo Sintotermico CAMeN.

6.7.1 Metodo Sintotermico Roetzer

Il metodo Sintotermico Roetzer è così chiamato per via del suo fondatore, Josef Roetzer, il quale si occupò della sua diffusione insieme alla moglie Margaretha. Si tratta di un metodo di regolazione naturale della fertilità combinato, che si fonda su tre segni clinici fondamentali: il muco cervicale, la temperatura basale e le modifiche delle caratteristiche della cervice uterina. Avendo già trattato approfonditamente le variazioni fisiologiche che questi subiscono sotto l'azione ciclica degli ormoni ovarici (Capitolo 5), si procederà alla descrizione delle modalità di osservazione e registrazione dei segni clinici e di applicazione del metodo stesso. I centri dell'Istituto per l'educazione dell'affettività e della fertilità (INER), che si occupano di informare e formare insegnanti per guidare le coppie ad un approccio naturale ma allo stesso tempo sicuro della fertilità, offrono, alla donna che voglia apprendere il metodo, una tabella completa di tutte le informazioni necessarie per poter interpretare al meglio il proprio stato di salute sessuale e riproduttiva. [10] La tabella è costituita da una prima parte superiore nella quale riportare oltre a nome, cognome ed età, il numero di cartella, il numero di cicli osservati fino ad allora, il giorno corrispondente al primo rialzo termico dopo il picco (del ciclo

attuale), il ciclo più corto e il giorno del più precoce rialzo termico. Queste ultime due informazioni fanno entrambe riferimento ai cicli già osservati in precedenza. Inoltre, sempre nella stessa sezione è importante indicare la tipologia di misurazione della temperatura basale che è stata scelta dalla donna (orale, vaginale o rettale). Nella parte inferiore del foglio si deve annotare il primo giorno ed il mese del ciclo attuale e con una penna o un pennarello rosso colorare le caselle in maniera più o meno completa in base alla quantità di flusso mestruale corrispondente. Nelle caselle della riga che inizia con la sigla "M" riportare le sensazioni della percezione del muco. Infine, indicare la temperatura basale giornaliera insieme al range di orario nel quale viene fatta la misurazione ed eventualmente i rapporti sessuali con una "X" nella casella del giorno rispondente.

Figura 5 Tabella per annotazione dei segni di fertilità del Metodo Sintotermico Roetzer
 (Tratta dal sito web:
<http://www.confederazionemetodinaturali.it/userfiles/DocumentoScaricabile/files/PresentazioneMetodoSintotermicoRoetzerLight.pdf> [113])



Si inizia a compilare una nuova tabella all'inizio di ogni nuovo ciclo. Dunque, la definizione corretta dell'inizio della mestruazione è importante, soprattutto perché una donna che sia alla compilazione della prima tabella e non abbia quindi informazioni circa l'andamento dei cicli precedenti, dovrebbe considerarsi potenzialmente fertile già all'inizio della mestruazione. Solo nel caso in cui la donna in questione abbia a disposizione l'osservazione del ciclo precedente alla mestruazione, potrà assicurarsi dell'avvenuto rialzo termico per escludere che si tratti di una semplice perdita ematica intermestruale⁸ (la mestruazione vera è sempre preceduta dal plateau di temperatura stabilizzata a livello alto).

Nei primi giorni del ciclo, fino alla fine della mestruazione, non è indicata né la misurazione della temperatura basale, né l'osservazione delle sensazioni percepite al livello vulvare: si inizierà alla 5°-6° giornata di ciclo, ovvero in prossimità della fine della mestruazione. Sempre più donne infatti, sono in grado di riconoscere diverse sensazioni a livello della vagina e vulva per la delimitazione dell'inizio dei giorni potenzialmente fecondi (Tabella 3).

In questa prima fase, oltre alla sensazione di asciuttezza e di assenza di muco, alcune donne riescono ad avvertire quella di umidità (u), che è descritta come umidità interna e calore, come se ci fossero delle "bollicine" o un qualcosa che "gorgoglia" in vagina [7].

Questa percezione può andare e venire, oppure può essere avvertita solo una volta durante l'arco della giornata, ma va

⁸ Si parla di perdita intermestruale, quando si verifica una perdita ematica durante la fase di temperatura bassa, la quale può mascherare del muco ed in seguito ad un rapporto in tale periodo di può verificare una gravidanza. Per tali ragioni è necessario considerare tutti i giorni di perdita ematica come potenzialmente fecondi e se alla fine di essi non si presenta il segno "M", allora l'ultimo giorno della perdita intermestruale va considerato come giorno del picco.

comunque indicata in tabella, in quanto rappresenta il “più precoce inizio dei giorni fertili”.

Tabella 3. Abbreviazioni e simboli delle diverse sensazioni a livello vulvare.

(Tratto da: J. Rotezer, E. Roetzer, S. Girotto, G. Stevanella, La Regolazione naturale della fertilità. L'arte di vivere la fertilità secondo il metodo sintotermico Roetzer. Terza edizione. Verona: Editore Cortina; 2008.) [7]

SENSAZIONE	ASPETTO DEL MUCO	SIGLA
ASCIUTTO <i>(quasi fastidioso)</i>	NESSUN TIPO	As
SENTITO NIENTE <i>(nessuna umidità)</i>	VISTO NIENTE	∅
UMIDITA' <i>(all'interno della vagina)</i>	NESSUNA PRESENZA DI MUCO	U
BAGNATO <i>(sensazione esterna, all'ingresso della vagina)</i>	MUCO	M
	-opaco, biancastro	-op
	-lattiginoso	-lt
	-grumoso	-gr
	-cremoso	-cr
	-chiaramente giallo	-g
	-giallognolo	-gial
BAGNATO- SDRUCCIOLEVOLE- LUBRIFICATO-SCIVOLOSO	MUCO	M
	-trasparente come il vetro	-tv
	-a chiara d'uovo	-ch
	-fluida	-fl
	-bagnato e sdrucchiolevole	-bs

Per delimitare il periodi di infertilità pre-ovulatoria, oltre alla sensazione “u”, che spesso viene completata con l'autoesame della cervice uterina, il metodo prevede la possibilità di adottare varie teorie:

1. *Regola di Doring modificata (RDM):*

Avendo a disposizione le registrazioni della temperatura basale e del muco cervicale dei 12 cicli precedenti, si può stabilire il più precoce rialzo termico dei cicli osservati. Dalla

data corrispondente si deve numerare a ritroso 6 giorni (che diventano 8 per la principiante), dopo di che viene tracciata una linea di separazione. Quindi queste donne, dall'inizio del ciclo fino a suddetta linea possono presumibilmente credere di essere infeconde, a meno che non compaiono prima umidità o presenza di muco. Qualora dal calcolo matematico proposto dalla regola di Doring modificata risulti che i giorni di sterilità nella prima fase del ciclo siano più di 6, allora aumenta l'affidabilità dell'infertilità dei primi 6 giorni, tanto che se il metodo viene applicato correttamente, si possono raggiungere anche valori di efficacia del 99,9%.

2. *Regola del ciclo più breve:*

Avendo a disposizione le registrazioni della temperatura basale e del muco cervicale dei 12 cicli precedenti, si può stabilire il ciclo più breve:

- a) Se il ciclo più breve è inferiore a 26 giorni, a questo si sottrae il valore 20, ottenendo così il numero di giorni sterili all'inizio del ciclo..
- b) Se nessun ciclo dei 12 precedenti ha una durata inferiore a 26 giorni, allora la donna può considerare infecondi i primi 6 giorni del ciclo (avendo l'accortezza di non superare questo limite qualora si intenta distanziare le nascite)

In entrambi i casi, la regola è valida a meno che non compaiano prima dei segni di fertilità e, nel caso in cui alla donna sia possibile identificare il più precoce rialzo termico, si preferisce ricorrere alla regola n° 1 che ha sempre la precedenza.

Considerando quanto appena detto, è anche vero che per una "principiante" che non abbia a disposizione nessuna registrazione dei mesi trascorsi, non è possibile definire sterile alcuno dei giorni

della fase pre-ovulatoria. Terminato il primo periodo di sterilità, la donna potrà avvertire finalmente la presenza di muco "M" e, con un po' di esperienza e grazie all'aiuto di un insegnante del metodo, con facilità riuscirà a distinguere il muco di bassa qualità, da quello di qualità migliore.

Va sottolineato che anche il muco descritto come lattiginoso, opaco e non allungabile, può ugualmente essere presente all'interno dell'intervallo di fertilità, soprattutto se consideriamo che ci sono alcune donne che non riescono ad osservare all'esterno nessuna modificazione delle caratteristiche e della qualità del muco stesso. Infatti, attraverso colloqui che gli insegnanti dell'INER hanno avuto con centinaia di donne, si è notato che alcune abitudini delle donne occidentali, possono influenzare l'osservazione del muco cervicale: la biancheria intima in materiale sintetico e l'uso continuo di assorbenti e salva-slip o di tamponi vaginali per l'igiene mestruale possono essere causa di infezioni che si traducono in "perdite" continue. Questa condizione va trattata farmacologicamente. Solo dopo la sua scomparsa, si potrà identificare il muco con maggiore precisione. Anche l'indossare pantaloni o indumenti molto stretti, spesso non permette una completa discesa del muco verso l'esterno e neanche di percepire i cambiamenti di sensazione in maniera corretta.

Comunque, in condizioni di normalità, può succedere che con l'avanzare della fase fertile la donna possa sentirsi bagnatissima, come se l'esterno della vagina fosse morbido ed estremamente liscio e che asciugandosi dopo essere stata al bagno, la carta igienica scivoli con estrema facilità. In questo caso, si tratta di muco di migliore qualità che può essere realmente visto dalla donna, oppure non visibile o rintracciabile. In quest'ultimo caso, la sensazione (sintomo), diviene più importante di ciò che si vede

(segno). Per identificare la fine di questo periodo fertile, è fondamentale riuscire a rintracciare, con un punto marcato (●) sopra alla sigla corrispondente al tipo di muco, il giorno del picco (vedi Capitolo 4, 4.4). Ovviamente, quando una donna percepisce solamente muco di qualità inferiore, l'ultimo giorno indicato con "M" viene considerato come il giorno del picco. Per quanto riguarda la misurazione e registrazione della temperatura basale, si seguono le stesse indicazioni già ben descritte per il BBT, con la sola eccezione che in questo metodo abbiamo un elemento in più (il muco) che completa la lettura del grafico termico e viceversa.

La Regola Sintotermica Fondamentale per l'identificazione dell'inizio della sterilità post-ovulatoria afferma che: *<<Siete sicuramente nel periodo completamente infecondo con tre temperature "più alte" quando queste seguono l'ultimo giorno di "M" del tipo di alta qualità e quando tutte superano la più elevata delle sei precedenti. L'infecondità inizia la sera del terzo giorno delle temperature più alte, ma dovete attendere fino alla sera del quarto giorno se il terzo giorno non è di almeno 0,2°C al di sopra della più alta delle ultime sei temperature più basse.>> [7]*

Come abbiamo detto fin dall'inizio, il metodo Sintotermico vanta la combinazione di tre indicatori di fertilità: il terzo e ultimo che ancora non abbiamo trattato è quello del cambiamento della consistenza e posizione della cervice uterina. Non tutte le donne decidono di far ricorso anche all'autopalpazione della cervice o "Segno di Keefe", mentre altre donne fanno completamente affidamento su questo segno biologico per utilizzare il metodo ai fini del distanziamento delle nascite. E' il caso specifico di donne che non possono misurare la temperatura basale, quindi le lavoratrici notturne, in situazioni di affaticamento oppure in corso di malattie, ecc. Anzitutto, è bene che prima di iniziare l'autoesame della cervice, la

donna abbia verificato di riuscire a percepire la sensazione di umidità, altrimenti vi è il rischio che questo aiuto “in più” possa compromettere le osservazioni basali delle percezioni a livello vulvare.

Per eseguire l'esame è sufficiente lavarsi accuratamente le mani per evitare il rischio di infezioni, iniziare a controllare la cervice solo dopo la fine delle mestruazioni, una volta al giorno e più o meno sempre alla stessa ora e nella medesima posizione (almeno all'inizio, durante la fase di apprendimento). Questa accortezza andrebbe adottata per una maggiore precisione dell'esame, in quanto la percezione della cervice non varia solamente nell'arco dei diversi periodi del ciclo mestruale, ma anche durante la giornata e a seconda della posizione assunta dalla donna. Per tali ragioni si dice che le posizioni migliori che rendono il collo dell'utero più accessibile sono quella accovacciata, o sdraiata o in piedi con un piede che poggia su di uno sgabello o direttamente sul water. Dopo essersi il più possibile rilassata, la donna dovrà inserire il dito indice in vagina. Ha raggiunto la cervice quando sente un “qualcosa” (l'orificio uterino esterno) che blocca il suo dito in fondo alla vagina. Applicando una leggera pressione, sarà facile percepire un tessuto tondo e più liscio rispetto a quello ruvido delle pieghe vaginali. Con il dito in vagina, si palpa la cervice cercando di capirne la posizione (bassa, alta), la consistenza (soffice, soda), la superficie (più o meno liscia), se sembra umida o secca e infine le caratteristiche dell'OUE (aperto o chiuso). Il tutto può essere interpretato solamente in correlazione con lo stato di parità della donna e il periodo del ciclo mestruale rispondente (vedi Capitolo 5, paragrafo 5.1).

Le modifiche del collo dell'utero vengono registrate con delle sigle specifiche nella metà inferiore della tabella. In realtà esistono varie

modalità di annotazione delle percezioni avute durante l'esame. Il metodo Sintotermico Rotzer prevede di utilizzare un pallino pieno "•" e uno vuoto "○" per indicare rispettivamente un'OUE chiuso e aperto. Mentre la sigla "d" viene usata nel caso di cervice dura (tipica dei periodi sterili pre e post ovulatori) e "m" nel caso in cui sia morbida (comune nell'intervallo potenzialmente fertile del ciclo). Se si vuole identificare il maggior numero possibile di giorni infecondi all'inizio del ciclo, l'autoesame della cervice diventa preziosissimo. Le donne che hanno tendenzialmente cicli brevi, dovrebbero iniziare tale valutazione già a partire dal 5°-6° giorno del ciclo e preferibilmente l'esame andrebbe eseguito con due dita (indice e medio) e non con uno solo. Questo per evitare di incorrere in una gravidanza indesiderata qualora si abbia un rapporto completo l'ultimo giorno di cervice "dura". Quindi, per l'identificazione dei giorni infecondi nella prima metà del ciclo si inseriscono due dita in vagina e si deve provare a spremere leggermente con la punta delle dita la "sporgenza emisferica dalla cervice". Anche se il collo dell'utero sembra duro e chiuso, all'interno ci può essere comunque del muco, motivo per cui possiamo considerare che i giorni siano ancora sterili solamente in condizioni in cui la cervice rimane dura e chiusa e vi è assenza di secrezioni cervicali. Al contrario si può pensare che sia terminato l'intervallo del ciclo in cui ricorrere alla continenza periodica a partire dalla terza sera di cervice con caratteristiche di impenetrabilità. Secondo Roetzer, questo metodo di analisi è affidabile tanto quanto i tre rialzi termici. Ciò significa che il segno clinico che tra i due viene rilevato per primo, pone le basi per l'inizio del secondo periodo sterile. Ad esempio, se ci troviamo di fronte ad un ritardo dell'ipertermia post-ovulatoria, ma l'autopalpazione della cervice mostra un collo dell'utero duro e chiuso già da tre giorni,

non è necessario attendere l'altro segno per incominciare ad avere rapporti sessuali con il proprio partner.

Per quanto riguarda il metodo Sintotermico, la sua efficacia è ormai dimostrata da molte pubblicazioni scientifiche. Già nel 1997 [72] è stato pubblicato uno degli studi più autorevoli presenti nella letteratura scientifica a riguardo dell'utilizzo del metodo Sintotermico, i cui risultati hanno dimostrato che dopo 12 mesi di uso perfetto del metodo il tasso di gravidanze indesiderate è stato dello 0,63%.. Successivamente, nel 1998 uno studio [114] pilota belga che ha visto la collaborazione di 84 partecipanti con un'età media di 32 anni e nel quale sono stati analizzati 1.750 cicli mestruali, aveva evidenziato l'efficacia di prova pratica di questo "moderno" metodo di regolazione naturale della fertilità. Secondo i risultati dello studio, si erano ottenute solamente due gravidanze indesiderate, in cui il fallimento è stato dovuto ad una non corretta applicazione del metodo da parte della coppia (dunque utente-correlato). A conferma di quanto appena detto, anche un articolo pubblicato nel 2007 sulla rivista scientifica "*Human Reproduction*" ha ribadito la sicurezza del metodo per le coppie che hanno necessità o volontà di rinviare il concepimento, ottenendo un tasso di fallimento dello 0,6% [65] per coppie che ne hanno fatto un uso perfetto nell'arco dei 13 cicli di applicazione. Il Dr. Sandro Giroto (medico di famiglia) e Giancarla Stevanella (Presidente della Confederazione italiana dei Centri per i metodi di regolazione naturale della fertilità) hanno dichiarato che secondo la loro esperienza di consulenza, su 300.000 cicli, non si è mai verificata una gravidanza a seguito di rapporti sessuali completi avuti nel periodo di infertilità post-ovulatorio. Ciò dimostra un'elevatissima affidabilità del metodo che tuttavia non raggiunge ugualmente un

100% di efficacia per i rapporti avuti nel periodo di presunta sterilità pre-ovulatoria.

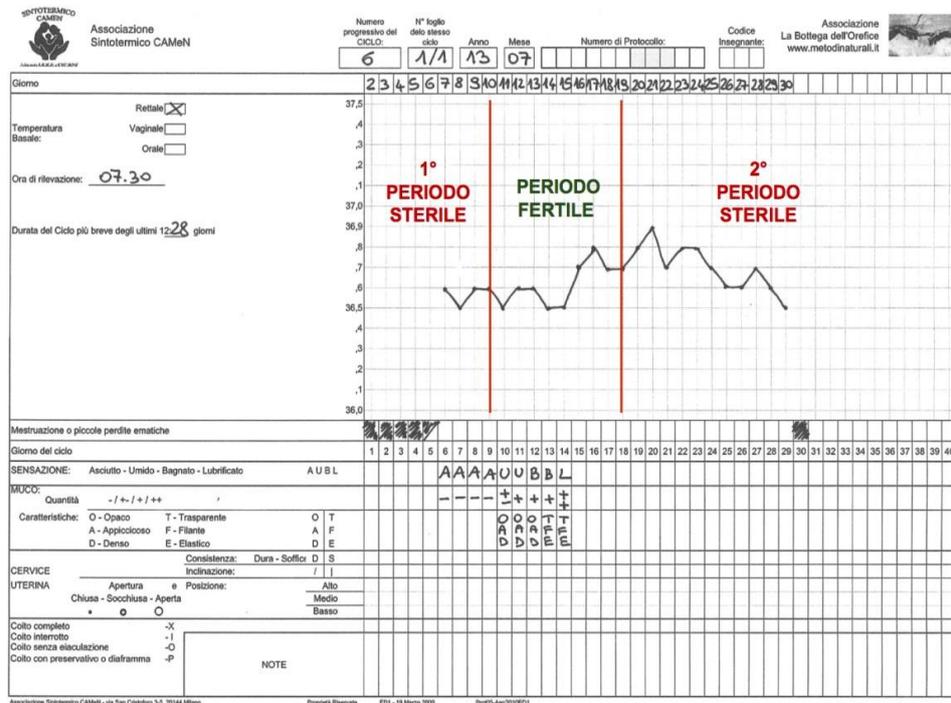
Sulla possibilità di considerare o meno infertili i primi sei giorni del ciclo, qualora vengano rispettate le regole sopra descritte, si ottengono comunque dei risultati estremamente rassicuranti: l'indice di Pearl calcolato [115] sarebbe inferiore allo 0,2% (efficacia superiore al 99,8%). Per alcune donne, è possibile considerare ulteriori giorni di sterilità sempre in fase pre-ovulatoria (Indice di Pearl pari a 0,9%) [116]: a dimostrarlo è stato lo stesso Prof. Roetzer attraverso una ricerca che ha visto coinvolte più di 1.000 donne.

Va anche considerato che il fatto di ricorrere a più indicatori fisiologici di fertilità, rende il metodo Sintotermico adatto anche alle donne che hanno terminato da poco l'assunzione di un contraccettivo ormonale, in puerperio, nel post aborto, nel periodo particolare della pre-menopausa e durante l'allattamento. Tuttavia, in questi casi specifici, fasi delicatissime della vita di una coppia, è fondamentale il sostegno e la consulenza di un'insegnante esperta del metodo.

6.7.2 Metodo Sintotermico CAMeN

Il metodo Sintotermico CAMeN (Centro Ambrosiano Metodi Naturali), prevede sempre la combinazione dei tre indicatori di fertilità quali muco cervicale, temperatura basale e caratteristiche della cervice. Questi devono essere rilevati dalla donna riportati su di una apposita scheda in modo fedele e corretto [9].

Figura 6 Descrizione dei segni di fertilità secondo il Metodo CAMeN
 (Tratto dal sito web: <http://www.metodinaturali.it/projects.html>) [117]



Tuttavia, il metodo CAMeN presenta due modalità di applicazione: una più restrittiva e più sicura, l'altra meno restrittiva, ma con qualche possibilità in più di ottenere una gravidanza indesiderata. In entrambi i casi comunque, si procede all'identificazione dell'inizio e fine del periodo potenzialmente fertile intermedio nel quale è richiesto alla coppia di osservare la continenza periodica nel caso in cui non si intenda concepire.

Secondo quanto indicato dalla prima modalità di interpretazione del ciclo mestruale prevista dal metodo, il limite del periodo sterile pre-ovulatorio si individua sfruttando il calcolo matematico di Ogino (al ciclo più corto degli ultimi dodici cicli si sottrae il numero 19), insieme alla percezione di umidità o presenza di muco. Ovviamente, è possibile avere rapporti sessuali completi solo la sera, a giorni alterni, fino al periodo stabilito con il calcolo di Ogino e contemporanea assenza di muco visto e/o sentito. Il periodo

sterile post-ovulatorio invece si identifica evidenziando tre temperature che superino di almeno un decimo di grado la linea di copertura, a patto che il primo rialzo avvenga dopo il picco del muco. I rapporti sessuali sono possibili a partire dalla mattina del quarto giorno di rialzo termico. Come abbiamo detto questa è la modalità più restrittiva ma è quella per cui a tutt'oggi, nell'esperienza del metodo CAMeN, non è stata registrata alcuna gravidanza indesiderata. Ciò significa quindi che è molto affidabile. Nella seconda modalità contemplata dal metodo, la fine del periodo sterile pre-ovulatorio non è limitata da calcoli statistici basati sui 12 cicli precedentemente registrati, bensì dalla comparsa dei segni maggiori di fertilità. In questo caso, il periodo fertile, inizia il giorno della prima comparsa di muco sui genitali esterni. Durante tale giorno sono solitamente ravvisabili anche le prime modificazioni della cervice uterina che diventa più soffice, più alta e l'orifizio un po' più aperto rispetto al giorno precedente di sterilità. Il periodo sterile post-ovulatorio si individua evidenziando tre temperature che superino di almeno un decimo di grado la linea di copertura e il primo rialzo deve avvenire dopo il picco del muco. I rapporti sono possibili a partire dalla sera del terzo giorno di rialzo termico. [118]

Uno studio multicentrico di tipo prospettico condotto da Barbato M. e Bertolotti G. presso il Centro Ambrosiano Metodi Naturali di Milano nel 1988, ha visto coinvolte 460 coppie. La durata della fase di monitoraggio per ogni coppia è stata di 6 mesi, per un totale di 8140 cicli osservati. Dai risultati dello studio ne conviene che nel periodo sterile pre-ovulatorio, si sono ottenute 10 gravidanze indesiderate a seguito dell'adozione della seconda modalità del metodo e nessuna gravidanza per la modalità più restrittiva. Nel caso specifiche di coppie che non si sono astenute nel periodo

fertile con muco chiaro e filante e né hanno utilizzato un metodo contraccettivo di barriera, si sono verificate 13 gravidanze indesiderate, di cui 2 ottenute da rapporti dopo il 3° giorno dal picco del muco ma prima del 3° giorno di rialzo termico. In ultimo, nel periodo sterile post-ovulatorio, non ci sono stati casi di fallimento del metodo [119].

Il metodo Sintotermico CAMeN oltretutto, così come per il Roetzer, può essere usato da donne con cicli brevi, lunghi o irregolari o in situazioni particolari, come durante l'allattamento al seno o durante il periodo che precede la menopausa o alla sospensione della pillola.

6.7.3 Metodo del Doppio Controllo

Uno dei primi pionieri del metodo Sintotermico “Double-Check” in Inghilterra, è stata la ginecologa e insegnante di metodi di pianificazione naturale della fertilità, la Dr.ssa Anna Flynn. Successivamente, fu Paul Thyma nel 1973 [120] a presentarlo ufficialmente e a farlo diffondere, incominciando dagli Stati Uniti d’America.

Anche per questo metodo, sono considerati molteplici indicatori di fertilità che vengono combinati tra di loro, [121] in modo da ottenere livelli ancora maggiori di affidabilità metodo-correlata. [67] Oltre ai tre classici segni clinici di fertilità previsti dai metodi Sintotermici sopra descritti, si ricorre anche a calcoli matematici per determinare la durata del periodo sterile nella fase pre-ovulatoria. Ovviamente, il metodo sarà tanto più affidabile quanto maggiore è il numero di cicli osservati in precedenza:

- Se il n° di cicli monitorati rientra nell'intervallo 1-3, allora è indicato avere rapporti sessuali completi solamente nel periodo sicuramente sterile in fase post-ovulatoria.
- Se il n° di cicli monitorati rientra nell'intervallo 4-6 e nessuno dei cicli precedenti ha avuto una durata inferiore a 26 giorni, i primi 5 giorni del ciclo possono essere considerati sterili, a meno che non vi sia muco o sensazione di umidità. Se almeno un ciclo ha avuto una durata inferiore a 26 giorni, allora utilizzare la regola "più severa". Ciò significa che a partire dal ciclo più breve si conta a ritroso -21 giorni, in modo da ridurre il tempo di infertilità pre-ovulatoria a meno di 5 giorni.
- Se il n° di cicli osservati rientra nell'intervallo 7-12, si consiglia di utilizzare la regola più severa sopra descritta.
- Se il n° di cicli osservati è addirittura superiore a 13, si può ricorrere alla regola "standard" del ciclo più breve al quale si sottrae il n° 20⁹, ottenendo così l'ultimo giorno sterile disponibile, prima della fase potenzialmente fertile.

In fase di apprendimento, durante questo primo periodo del ciclo, può essere difficile riconoscere i giorni fertili asciutti in conseguenza all'umidità causata dai rapporti sessuali. Per tale ragione, almeno fino a quando l'utente non diventa più competente, le indicazioni che regolano la frequenza dei rapporti sono abbastanza restrittive. Per evitare confusione quando si è alla ricerca di giornate asciutte prima dell'inizio del sintomo del muco fertile, si consiglia di avere rapporti di sera, in modo che al mattino successivo la donna sarà

⁹ "In accordo con quanto stabilito da Ogino, (ovvero che nella donna il periodo in cui può avvenire l'ovulazione si estende dal 12° giorno al 16° giorno precedente la mestruazione, in dipendentemente dalla durata del ciclo), il periodo più precoce in cui può avvenire l'ovulazione è il sedicesimo giorno prima della mestruazione successiva. Aggiungendo a questi 16 giorni un periodo stimato di 4 giorni in cui potenzialmente lo sperma può fecondare l'ovulo, si può concludere che il periodo di fertilità inizia , al più presto, venti giorni prima della mestruazione seguente".

più in grado di capire se effettivamente c'è comparsa o meno di muco.

La differenza con il metodo Sintotermico Roetzer, va ricercata soprattutto nel fatto che Thyma esigeva tre temperature stabilizzate su un plateau termico alto dopo il picco del muco e la determinazione del quarto giorno per identificare l'inizio del periodo sterile. Sia Thyma che Billings credevano che l'osservanza di questa regola fosse fondamentale per garantire la sicurezza del metodo, mentre per Roetzer era sufficiente che la donna attendesse la sera del terzo giorno. In ogni caso in quest'ultima fase di infecondità assoluta non esistono restrizioni sulla tempistica dei rapporti sessuali.

6.8 Standard Days Method (SDM)

Lo Standard Days Method (SDM) è uno dei metodi più semplici di pianificazione familiare basati sulla consapevolezza della fertilità. È stato sviluppato e testato dall'Istituto per la Salute Riproduttiva (IRH) nel 2001 e da allora, il suo utilizzo si è diffuso negli Stati Uniti e in più di 22 paesi tra cui Africa, Asia e America Latina.

A partire dallo studio della fisiologia della riproduzione, lo SDM prevede una formula fissa per definire la finestra potenzialmente fertile del ciclo femminile, durante la quale la coppia dovrà astenersi dai rapporti sessuali nel caso in cui non stia ricercando una gravidanza.

Secondo il suddetto metodo, nell'intervallo che va dall'8° al 19° giorno del ciclo, si concentrano i giorni più fecondi che richiedono la continenza periodica. Tuttavia, quanto appena detto è valido solamente per donne che abbiano cicli regolari con una durata non inferiore a 26 giorni e non superiore a 32. Per monitorare le fasi fertili e sterili del proprio ciclo, la

donna può usare “CycleBeads”: una stringa di perline con codifica a colori. Quest’ultima è dotata di un anello di gomma nera che la donna manualmente sposta sopra alle perline ogni giorno, nella direzione indicata dalla freccia.

Quando inizia il ciclo mestruale, si mette l'anello al primo grano, che è di colore rosso. Si continua a spostarlo giorno dopo giorno, fino a quando l’anello finisce sulle perline bianche (8°-19° giorni del ciclo mestruale), le quali aiutano la donna ad identificare un periodo potenzialmente fertile nel quale ci potrebbe essere il rischio di gravidanze indesiderate nel caso in cui la coppia decida consapevolmente di avere rapporti non protetti. Al contrario, i grani marroni sono tipici di giorni del ciclo in cui la donna può avere rapporti sessuali senza alcun rischio. [122]

Gli innumerevoli studi presenti in letteratura, sostengono che lo SDM può essere una valida alternativa ad altri metodi di pianificazione familiare, soprattutto nei paesi in via di sviluppo. [123] Lo studio di Arévalo [124] del 2002, condotto con la collaborazione di 478 donne provenienti dalla Bolivia, Perù e Filippine, ha riportato una probabilità cumulativa di gravidanza a distanza di un anno del 4,75% per corretta applicazione del metodo e dell’11.96% in condizione di uso tipico. Lo stesso Arévalo, in un secondo studio del 2004, [73] confermando le percentuali di gravidanze indesiderate sopra citate, ha posto l’attenzione sull’importanza della creazione di un protocollo per fornire linee guida per lo screening di utenti potenzialmente adatte all’applicazione del metodo e un loro monitoraggio e follow-up a distanza, per riconfermare continuamente la loro idoneità. Infatti, come abbiamo già specificato, lo Standard Days Method non può essere una scelta per ogni tipo di donna. Comunque, i risultati di questo studio suggeriscono che, seppur la stretta osservanza di queste procedure sia ideale, anche le donne che non soddisfano quanto indicato nelle linee guida, avrebbero una probabilità relativamente bassa di andare incontro a una gravidanza indesiderata. Dunque sul piano dell’efficacia, la World

Health Organization ha trovato valori superiori al 95% per uso perfetto e costante tra le donne che hanno avuto cicli regolari di 26-32 giorni. Per uso tipico invece, lo SDM è efficace all'88%. Successivamente, nello studio di Germano, E. e Jennings, V. pubblicato nel 2006 [111], viene fatto un confronto tra lo Standard Days Method e il Two Days Method, in modo da poter aiutare le ostetriche nell'operazione di counselling con le donne/coppie. Ne conviene che l'efficacia dei due metodi è assolutamente paragonabile: più del 95% per uso corretto nel caso dello Standard Days Method e pari al 96% per uso perfetto per il Two Days Method. Dunque, entrambi si adattano bene alla pratica clinica, con l'unica differenza che il secondo, non contempla elementi di esclusione circa la regolarità o meno e la durata del ciclo mestruale stesso. Come nel caso degli altri metodi di pianificazione familiare naturale, l'importanza di informazioni corrette che vengono fornite dai professionisti è assolutamente fondamentale. Uno studio ambientato in Perù, [125] ha voluto indagare la qualità della consulenza ostetrica e medica sia circa lo SDM che per l'uso della pillola contraccettiva. Dai risultati si evince che la consulenza circa lo SDM è generalmente soddisfacente: i professionisti sanitari hanno dimostrato una buona gestione del metodo, soprattutto in termini di qualità e quantità delle informazioni fornite. Nel 70% dei casi infatti, durante il colloquio sono state toccate informazioni fondamentali. Tuttavia, è necessario diminuire le "barriere" d'accesso poste da una minoranza di essi (20%), i quali avrebbero richiesto la presenza obbligatoria del partner durante gli incontri. Probabilmente, tale pretesa nasce dai dubbi circa la buona efficacia del metodo, per la quale è fondamentale la collaborazione del compagno. Detto questo, non è comunque giustificato il mezzo di imposizione utilizzato.

6.9 Metodo dell'Amenorrea da Lattazione (LAM)

L'utilizzo del metodo dell'Amenorrea da Lattazione da parte di coppie che non intendono conseguire una gravidanza subito dopo la nascita di un figlio, è sostenuto da una teoria scientifica molto semplice, che va ricercata nel meccanismo fisiologico della galattopoiesi.

Anzitutto, ci sono due ormoni protagonisti che agiscono nel processo di produzione del latte: l'ossitocina e la prolattina.

Il primo, è l'ormone dell'amore, fondamentale durante l'allattamento materno. L'atto stesso della suzione esercitata dalla bocca del bimbo sul capezzolo e areola della madre, stimola il rilascio dell'ossitocina da parte della neuroipofisi. Il suo ruolo è duplice: in primis si ha un effetto meccanico diretto sulle miofibrille contrattili degli alveoli, "mungendo" le cellule e contribuendo all'eiezione del latte. La stessa azione è svolta anche sulle fibre muscolari dell'utero. L'altro effetto è quello di sostenere i comportamenti di cura nei confronti dei piccoli, come: attenzione, coccole, empatia, contatto, protezione e riconoscimento del loro odore. L'ossitocina endogena infatti, a differenza di quella sintetica, è in grado di passare la barriera emato-encefalica materna e di raggiungere l'amigdala, dove riesce a gestire, controllare e eventualmente inibire le funzioni di paura, stress, aggressività e fuga.

Ritornando al meccanismo di produzione ed eiezione del latte, quello che si attiva è il riflesso ossitocinico. Questo si ripete più volte durante la poppata, motivo per cui è normale avere delle contrazioni uterine dolorose (soprattutto se si è già partorito un figlio in precedenza) con associate perdite ematiche. Evidenze scientifiche hanno anche dimostrato che il fatto che la donna veda, senta, tocchi e pensi teneramente al proprio bambino, aiuta la stimolazione del riflesso ossitocinico.

Dall'altra parte abbiamo la prolattina: un ormone secreto da parte dell'ipofisi subito dopo la poppata, che induce gli alveoli a produrre latte per la poppata successiva. All'atto della suzione, accade che gli input

neurali del capezzolo passano attraverso il midollo spinale all'ipotalamo, dove provocano un rilascio locale di endorfine β . Ciò si traduce in una depressione della secrezione dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (GnRH), alterando così la produzione delle stesse da parte dell'ipofisi (LH o ormone luteinizzante e FSH o ormone follicolo stimolante), lo sviluppo follicolare ovarico, l'ovulazione e le mestruazioni. Oltretutto, il rilascio ipotalamico di endorfine β inibisce anche la produzione di dopamina, con conseguente aumento della secrezione ipofisaria di prolattina. [126] Normalmente, l'amenorrea nelle puerpere, in assenza di allattamento al seno, dura circa sei settimane. [127] Nel caso in cui invece la donna allatti al seno, questo periodo può prolungarsi anche per alcuni mesi. E' sulla base di quanto detto finora che nasce la ragion d'essere del LAM. Questo metodo di regolazione naturale della fertilità, può arrivare ad avere un'efficacia addirittura pari al 98%, a patto che ovviamente siano soddisfatte alcune condizioni [128,129,130]:

- non siano superati i primi 6 mesi dal parto. Sembrerebbe che nelle donne che allattano in cui l'amenorrea si estende oltre i sei mesi, vi è una tendenza crescente per la prima ovulazione a precedere la comparsa della prima mestruazione. Questo significa che oltrepassato questo limite temporale, diminuisce l'affidabilità del metodo.
- manchi la ricomparsa delle mestruazioni (amenorrea). Infatti, la prima mestruazione di solito precede la prima ovulazione durante i primi mesi di puerperio, motivo per cui a seguito del capoparto (prima mestruazione dopo il parto), il LAM non può più essere utilizzato come mezzo per distanziare le nascite, anche se la donna continua ad allattare. [131]
- l'allattamento al seno sia ancora esclusivo (nessun ricorso al latte artificiale o a tisane, ecc...) con intervalli fra le poppate mai superiori alle sei ore di notte ed alle quattro ore di giorno.

Questo perché più viene stimolato il capezzolo e più l'ossitocina e la prolattina vengono prodotte. Altrimenti, nel caso in cui le poppate non siano frequenti, oppure al bambino vengano dati ciucci, tettarelle, acqua, the o aggiunte di latte artificiale (quindi l'allattamento al seno non sia più esclusivo) o ancora nel caso in cui non si svuotino entrambi i seni, vi è un aumento del rilascio ematico del Fattore Inibente la Lattazione (FIL). Quest'ultimo, è responsabile della riduzione della produzione di latte materno. Quindi, per permettere la discesa del latte, sarebbe auspicabile favorire un attacco adeguato, incoraggiare le poppate frequenti, offrire il seno ogni qual volta il bambino lo desidera e tirare il latte nel seno al quale il bambino non si attacca per garantire un continuo rilascio di prolattina e diminuire quello del FIL. [132]

Qualora anche solamente uno dei punti descritti non venga rispettato, il rischio di una gravidanza indesiderata in questo periodo particolare della vita di una donna, tende ad aumentare notevolmente. In tal caso, è necessario che l'ostetrica sappia dare delle informazioni adeguate e alternative valide alla donna/coppia. Dunque, qualora se ne faccia un uso corretto, il metodo di amenorrea da lattazione, è altamente efficace, temporaneo, economico e facile da apprendere. [133]

Può anche aiutare ad incrementare la pratica dell'allattamento, il che si traduce in un miglioramento nel benessere e nello stato di salute materna e infantile. [134] Per le ragioni appena espresse, in alcuni paesi del mondo, come il Regno Unito, è stato fatto il tentativo di aumentare le conoscenze professionali circa il metodo stesso, attraverso un breve percorso di formazione e la creazione di opuscoli informativi. Eppure, proprio un sondaggio [135] effettuato recentemente nel Regno Unito, ha evidenziato che il 90% dei professionisti sanitari ritiene che gli effetti "contraccettivi" dell'allattamento al seno siano un mito, semplicemente perché tutto ciò che è descritto come "naturale", è considerato

automaticamente anche inaffidabile. Questi stessi medici hanno dichiarato di non proporre al momento della consulenza contraccettiva alle donne il LAM perché credono che siano pochissime le “candidate ideali”, perché temono che un giorno quelle stesse donne ritorneranno da loro per chiedere un’interruzione di gravidanza ed infine poiché non essendo esperti di allattamento al seno, temono che le coppie possano porgergli delle domande troppo difficili, dando vita così ad una situazione compromettente. Ne conviene l’importanza di una maggiore informazione e formazione dei professionisti su di un tema così delicato, affinché arrivino a proporre, alle donne che allattano, tutte le alternative possibili per distanziare le nascite, compreso il LAM. Soprattutto perché l’uso di molti contraccettivi non è consigliato durante la fase di allattamento o comunque nel post-partum. Ad esempio è ormai noto che gli ormoni di sintesi, soprattutto su base estrogenica (pillola combinata), possono interferire con la produzione di latte e conseguentemente, con la corretta crescita del bambino [136,137,138]. Tuttavia, anche per quanto riguarda minipillola, anello vaginale, cerotto transdermico ed impianti sottocutanei con composizione esclusiva di ormoni progestinici, si preferisce attendere almeno sei settimane dopo il parto per una loro assunzione, in modo da non avere alcun effetto collaterale circa la produzione di latte [139,140]. Anche altri metodi naturali di pianificazione familiare sembrano essere di difficile applicazione in questo periodo [141,142], perché possono portare ad una sovrastima dei giorni effettivi di fertilità e conseguentemente, a lunghi periodi di astinenza.

Dunque, per tali ragioni, durante l’allattamento il LAM rappresenta un’opzione concreta, in particolare quando la coppia non voglia ricorrere ad altri metodi contraccettivi nell’ambito della pianificazione familiare delle nascite.

6.10 Metodi Naturali Computerizzati

Come alternativa ai metodi naturali finora descritti, esistono dei “minicomputer” in grado di fornire un’indicazione giornaliera sul proprio stato di fertilità e/o un monitoraggio dell’ovulazione stessa.

Sono sistemi naturali di regolazione della fertilità computerizzati, che hanno dei meccanismi d’azione differenti. Alcuni di questi, sfruttano la misurazione giornaliera della temperatura basale con appositi dispositivi, altri utilizzano mini-microscopi per indagare i livelli di estrogeni e salinità a livello salivare ed altri ancora, eseguono un monitoraggio dei metaboliti urinari degli ormoni riproduttivi femminili.

Per quanto riguarda il primo gruppo, i dispositivi rintracciabili in commercio sono Pearly, LADY-COMP basic, LADY-COMP, LADY-COMP baby e DuoFertility. Affinché venga garantita una loro corretta applicazione, la donna deve misurare per via sublinguale con l’apposito sensore, una volta al giorno, la temperatura basale e immettere, quando presente, il dato mestruale.

Sono tutti in grado di garantire una sicurezza pari a quella dei contraccettivi ormonali, ma senza effetti collaterali. L’efficacia metodo-correlata nell’identificare i giorni “infertili” (verdi) è del 99,3%, comprovata da test clinici indipendenti, con un indice Pearl dello 0,7%. [143] La sicurezza di questi dispositivi non viene minimamente influenzata da cicli estremamente lunghi o corti e neanche da quelli irregolari. Possono esser usati anche da donne che fanno lavori con turni di notte (infermiere, agenti di polizia...). L’interpretazione da parte della donna è molto semplice e libera da possibili errori: Il colore “rosso” segnala giorni potenzialmente fertili e quello “verde” la fase non fertile del ciclo. Tuttavia, mentre Pearly e LADY-COMP basic riescono solo a informare la donna circa il suo stato di fertilità, il dispositivo LADY-COMP, fornisce anche dati per il controllo generale del ciclo stesso come la lunghezza media dei cicli, l’aumento medio della temperatura in fase ovulatoria, la lunghezza media della fase

luteale, il numero di cicli monofasici e le oscillazioni del fenomeno ovulatorio.

Per quanto riguarda il sistema computerizzato LADY-COMP baby, pur avendo la stessa modalità di applicazione dei metodi precedentemente descritti, rappresenta un aiuto in più per tutte quelle coppie che ricercano una gravidanza, soprattutto se hanno difficoltà nel concepimento per una ridotta fertilità. Questo perché permette non solo di identificare degli squilibri ormonali che potrebbero essere responsabili di una pianificazione familiare difficoltosa (ad esempio un'insufficienza della fase luteinica), [144] ma anche di avere rapporti mirati che massimizzino il concepimento e di fare una pianificazione mirata del sesso del nascituro. [80]

Anche il dispositivo DuoFertility può essere utilizzato dalle coppie che desiderano una gravidanza. Si tratta di un sensore senza fili "indossabile", il quale viene posizionato sotto al braccio per garantire con un'elevata precisione la misurazione della temperatura basale femminile. Queste informazioni vengono poi inviate, tramite wireless ad un servizio internet online, per poi ricevere l'aiuto di esperti passo passo durante l'applicazione del metodo. L'obiettivo di DuoFertility è quello di identificare correttamente l'ovulazione [145] e di definire digitalmente il momento ideale per concepire, così da assistere le coppie che hanno problemi di fertilità, ad ottenere una gravidanza con successo [146].

La differenza con il dispositivo LADY-COMP baby va ricercata nel fatto che mentre quest'ultimo può essere utilizzato ambivalentemente per regolare la propria fertilità, il DuoFertility non rappresenta un sostegno ugualmente valido e prezioso per quelle coppie che intendono distanziare le nascite.

Come abbiamo già detto all'inizio, il secondo gruppo è costituito da dei test dell'ovulazione salivari, tra i quali il Maybe Baby. Questo è in grado di confrontare le diverse concentrazioni di estrogeni e sali all'interno della saliva che aumentano con l'avvicinamento dell'ovulazione (per sostenere

lo sviluppo dei follicoli ovarici). È importante fare il test prima di mangiare, di bere o prima di lavarsi i denti. Si pone la saliva su di un vetrino e la si lascia essiccare per 5 minuti. Una volta asciutta, la saliva viene osservata al microscopio: se il sale è presente in quantità adeguate, cristallizza e tende a formare un disegno che assomiglia a una foglia di felce, tipica del periodo fertile del ciclo. Nel caso in cui il mini-microscopio dia un risultato positivo, allora ciò significa che entro 72 ore dovrebbe avvenire l'ovulazione. Tuttavia, anche se la letteratura scientifica ritiene che i test salivari possano essere utili per la ricerca della gravidanza, è pur vero che secondo degli studi, anche recenti, questi sono abbastanza specifici ma poco sensibili, [147] motivo per cui non dovrebbero essere utilizzati da coloro che intendono distanziare le nascite.

Infine, il terzo gruppo prevede solamente il monitor touchscreen Persona, il quale rileva i cambiamenti nel livello di due ormoni nella prima urina del mattino (LH e l'estrone-3-glucuronide) utilizzando dei semplici stick. [148] Può essere considerato come un nuovo metodo del calendario ad alta tecnologia [149] che comunica quando è possibile avere rapporti sessuali a basso rischio di gravidanza (giorni verdi) e quando invece c'è il rischio potenziale di una gravidanza indesiderata a seguito di rapporti sessuali non protetti (giorni rossi). Le evidenze scientifiche dimostrano un'affidabilità di questo metodo pari al 94% per uso corretto, ovvero con astinenza ed evitando di ricorrere al coito interrotto o al condom nei giorni maggiormente fecondi. [150] Tuttavia, nonostante l'assenza di effetti collaterali (il che rappresenta una delle ragioni principali per cui le donne si avvicinano a questo dispositivo), [151] Persona non è adatto a tutti i tipi di donne. Non può essere utilizzato se: la durata del ciclo mestruale è inferiore a 26 giorni o superiore a 35, durante l'allattamento, in fase perimenopausale, se si stanno assumendo farmaci su base ormonale (es. terapia ormonale sostitutiva), oppure antibiotici con tetracicline, se la

donna soffre di policistosi ovarica (PCOs) e se è affetta da disturbi epatici o renali.

Quelli descritti in questo paragrafo sono solo alcuni dei metodi naturali di controllo della fertilità computerizzati, i quali non sono invasivi, non alterano il ciclo biologico femminile, sono semplici e comodi da usare e hanno una sicurezza che può essere paragonabile a quella dei metodi naturali convenzionali più affidabili. [152]

L'unica differenza che tuttavia può essere fondamentale per alcune donne, è il fatto di essere piuttosto costosi e dunque, poco accessibili.

Capitolo 7: Indagine conoscitiva sulle conoscenze e le ragioni d'uso circa la Regolazione Naturale della Fertilità come valida alternativa ai mezzi contraccettivi tradizionali.

7.1 Introduzione

La volontà di affrontare un argomento tanto sottovalutato, quanto ostico come quello della Regolazione Naturale della Fertilità, è il frutto di un intuizione che fa parte di me e del mio cammino verso l' "Essere Donna e Ostetrica". Partendo da una curiosità personale nel sapere cosa fossero più precisamente i metodi naturali, come e da chi potessero essere utilizzati, mi sono poi dovuta inevitabilmente scontrare con una dura realtà: sia nel contesto universitario, che in ambiente ospedaliero o consultoriale, che nelle occasioni di discussioni con altre donne o colleghe di corso, ho notato "quasi sempre", una chiara sfiducia circa l'efficacia di questi metodi. Tuttavia, questo non mi ha scoraggiato. Al contrario, volevo saperne di più, perché non ero affatto convinta che quello che mi veniva detto fosse effettivamente così. Non credevo al fatto che anche la sessualità, evento fondamentale dell'essere umano che permea e conferma tutta la sua personalità, dovesse essere "controllata", quasi fosse una malattia.

Così, anche se con alcune difficoltà, ho cercato di documentarmi, consultando dapprima siti internet, alcuni libri ed infine innumerevoli pubblicazioni scientifiche. E' stata proprio la letteratura a dare una risposta definitiva ai miei dubbi, scoprendo con piacere che la regolazione naturale della fertilità può essere una scelta sicura e di procreazione responsabile e cosciente adatta a "molti", senza effetti collaterali e che rispetta e salvaguarda la salute sessuale e riproduttiva della donna e della coppia.

Ma allora, se questo è vero, perché i professori universitari si ostinano a raccontare una “vecchia verità” che è stata ormai superata da tempo? E se non c’è informazione e formazione tra i Professionisti della Salute, come può esserci tra le donne?

7.2 Obiettivi

Con questo studio, si è voluto indagare le conoscenze e le opinioni personali che la popolazione femminile ha a riguardo, se si parla di “regolazione naturale della fertilità” ed eventualmente chi lo fa ed in quale contesto. Questo, anche per capire indirettamente il punto di vista di medici ed ostetriche (che oltretutto dovrebbero essere le professioniste della fisiologia). In ultimo, intervistando solamente le donne che utilizzano i metodi naturali per distanziare le nascite, si è tentato di indagare quanto effettivamente possano essere considerati dei sistemi efficaci, affidabili, ma soprattutto accettabili, ed attuali.

7.3 Materiali e Metodi

Lo studio è stato condotto attraverso la somministrazione di due differenti questionari nel periodo compreso tra Novembre 2015 e Marzo 2016. In entrambi i gruppi, il campione preso in esame, è stato quello di donne in età fertile con un’età variabile tra i 19 e i 45 anni. La scelta di questo limite di inclusione anagrafico, è stata dettata dalla necessità di avere un campione che fosse il più possibile omogeneo.

Il primo questionario (Allegato 1), è stato somministrato presso cinque consultori in Umbria: quello dell’Alta Valle del Tevere con sede a Città di Castello, presso il “Centro Donna” Servizio Consultoriale ad Assisi, i consultori del Perugino con sede in Via XIV Settembre, Madonna Alta, Ponte San Giovanni e Ponte Felcino ed infine il consultorio di Media Valle

del Tevere (MVT) dislocato nelle tre sedi di Marsciano, Deruta e Todi. Inizialmente, ho consegnato i questionari presso le varie strutture, mentre a partire da Gennaio 2016 mi sono recata personalmente ai consultori per provvedere alla loro corretta distribuzione. La compilazione dei questionari veniva fatta generalmente dall'utente in autonomia, per cercare di garantirne appieno l'anonimato e la libertà di espressione, rendendomi tuttavia sempre disponibile per eventuali chiarimenti. Nel caso specifico di donne straniere, mi sono sempre offerta di aiutarle nella comprensione del senso delle domande, in modo da ottenere delle risposte che fossero veritiere e non falsate dal limite della lingua. Al termine della compilazione, il questionario veniva riposto in un'apposita cartellina direttamente dall'utente. Del totale di 274 questionari, 29 non sono stati considerati validi (poiché non correttamente compilati, oppure in maniera incompleta, o ancora perché l'età delle donne superava il limite dei 45 anni). Dunque in conclusione, 245 sono i questionari validi che sono stati presi in esame per lo studio, dei quali 12 ottenuti dal consultorio di Città di Castello, 28 da quello di Assisi, 145 dai vari distretti del Perugino e 60 da quello di Media Valle del Tevere. Ovviamente, l'adesione allo studio è stata libera e volontaria da parte delle donne, le quali sono state rassicurate del mantenimento dello stato di anonimato. Il questionario è costituito da 24 domande, di cui 14 a risposta chiusa e 10 a risposta aperta. Le domande sono state strutturate in modo da indagare l'aspetto anagrafico, le abitudini contraccettive o meno della donna/coppia, considerazioni personali circa i metodi naturali per la regolazione della fertilità e le figure professionali o non, dalle quali l'utente ha potuto apprendere dell'esistenza dei suddetti metodi.

Il secondo questionario (Allegato 2), è stato invece ideato solamente per le donne che hanno già avuto un approccio, anche se appena iniziale, con i metodi naturali. Delle varie tipologie esistenti, il metodo dell'Ovulazione Billings e il metodo Sintotermico Roetzer sono i più noti ed utilizzati. Per

tali ragioni, è stato preso in considerazione un campione, seppur esiguo, di donne che hanno intrapreso questo tipo di percorso. In totale, sono stati raccolti 18 questionari: 8 per il metodo dell'Ovulazione e 10 per il Sintotermico.

Per quanto riguarda il metodo Billings, mi sono affidata al Centro "Amore e Vita", un'associazione di promozione sociale senza scopo di lucro con sede a Foligno. Il centro è membro del WOOMB (World Organization of Ovulation Method Billings) Italia ed è attualmente gestito dal Dott. Angelo Francesco Filardo e sua moglie Concetta Furfaro. L'insegnamento del metodo Billings viene portato avanti attraverso degli incontri privati con la donna/coppia a varie scadenze, per poter guidare adeguatamente l'utente nella corretta interpretazione del segno di fertilità del muco cervicale. Il centro riceve su appuntamento, motivo per cui, considerando anche che il campione da prendere in considerazione era abbastanza esiguo, in accordo con i responsabili, mi sono recata direttamente al centro per intervistare personalmente le donne. Nel caso in cui fosse presente anche il partner maschile, ho ritenuto fondamentale precisare che la scelta di strutturare un questionario rivolto solamente alla componente femminile, è stata dovuta unicamente a una questione di praticità e non al fatto di voler escludere l'altra metà della coppia, che invece è estremamente importante per la corretta comprensione e applicazione dei metodi naturali.

Per quanto riguarda il Sintotermico invece, la metodologia di approccio al metodo è ben diversa: si inizia con un corso base per apprendere i fondamentali, al termine del quale alle coppie vengono lasciati riferimenti telefonici delle varie insegnanti distribuite su tutto il territorio umbro, in modo che si possa continuare con incontri individuali. Personalmente, ho dapprima partecipato al corso base tenutosi presso il consultorio familiare "La Dimora" di Perugia, il quale è incominciato il 12 Settembre 2015 e si è concluso il 10 Ottobre 2015. Dopo di che, mi sono mantenuta in contatto con le insegnanti del metodo Roetzer, alle quali ho consegnato i

questionari da far compilare alle donne che seguivano nel percorso della regolazione della fertilità. Anche in questo caso, si è cercato di mantenere il più possibile l'anonimato. Il suddetto questionario prevede 27 domande, delle quali 17 a risposta chiusa e 10 a risposta aperta. Le domande sono state strutturate in modo da andare ad indagare sicuramente la componente anagrafica generale, chi le ha introdotte al metodo e quali sono le ragioni che le hanno definitivamente motivate ad approcciarsi ad esso, l'aspetto valoriale circa la relazione di coppia e l'importanza del partner e attraverso quale modalità si è deciso di procedere per la comprensione e conseguente applicazione del metodo stesso (tramite informazioni ottenute su internet, siti web, oppure se hanno optato per l'aiuto autorevole di un insegnante diplomata). Si è poi voluto capire se le donne hanno incontrato problemi pratici a seguito dell'applicazione del metodo, se sono insorte gravidanze indesiderate ed eventuali tensioni all'interno del rapporto di coppia. In particolar modo, si è posta l'attenzione sull'elemento della "continenza periodica", che viene avanzata come uno dei limiti principali dei metodi naturali.

Per quanto riguarda l'analisi dei dati, è stata eseguita mediante il programma Microsoft Office Excel: ogni domanda è stata analizzata singolarmente e i dati così ottenuti sono stati rappresentati in tabelle, grafici a torte e grafici a barre.

7.4 Analisi dei dati

Di seguito si procederà all'analisi delle singole domande del primo questionario (Allegato 1), ovvero quello che è stato somministrato presso i suddetti consultori nella regione Umbria.

-Questionario in Allegato 1-

Domanda n°1

Il numero totale di donne che hanno aderito allo studio è stato di 245. Per quanto riguarda la distribuzione per fasce di età, il limite di intervallo compreso è stato quello tra i 19 e i 45 anni, con un'età media di 31.67.

Risposte	Città di Castello	Assisi	Perugia	Media Valle del Tevere	Totale	%
19-21 anni	0	1	17	2	20	8,16
22-24 anni	1	1	15	2	19	7,76
25-27 anni	2	7	28	6	43	17,55
28-30 anni	3	7	15	9	34	13,88
31-33 anni	3	9	13	6	31	12,65
34-36 anni	1	1	14	6	22	8,98
37-39 anni	1	2	19	12	34	13,88
40-42 anni	0	0	14	9	23	9,39
43-45 anni	1	0	10	8	19	7,76
Totale	12,00	28,00	145,00	60,00	245,00	100,00

Domanda n°2

La maggior parte della popolazione analizzata ha un livello di scolarità medio-alto: solamente l'1.22% e l'8.16% hanno dichiarato di possedere rispettivamente la licenza elementare e quella media inferiore. Al contrario, il 53.06% delle donne ha la licenza media superiore e ben il 37.55% il titolo di laurea.

Risposte	Città di Castello	Assisi	Perugia	Media Valle del Tevere	Totale	%
Licenza elementare	0	2	1	0	3,00	1,22
Licenza media inferiore	0	1	10	9	20,00	8,16
Licenza media superiore	7	18	72	33	130,00	53,06
Laurea	5	7	62	18	92,00	37,55
Totale	12,00	28,00	145,00	60,00	245,00	100,00

Domanda n°3

Per quanto riguarda la situazione professionale, il 28.16% delle donne ha dichiarato di essere un'impiegata, il 17.96% di essere attualmente una studentessa, l'11.84% operaia, l'8,98% di essere una libera professionista, l'8.57% casalinga e solo lo 0,41% dirigente o direttrice. Le disoccupate invece risultano essere l'11.02%. Per quanto riguarda il 13.06% di donne la cui professione è compresa nella tabella sotto la dizione "Altro", gli è stato richiesto di specificare il proprio campo di attività. Ne è convenuto che sono state identificate 12 differenti professioni, delle quali verranno di seguito riportate solo le più rappresentate: il 3.67% sono insegnanti o educatrici, il 3.26% sono professionisti sanitari (tra i quali principalmente infermiere e ostetriche), l'1.22% sono titolari di una piccola impresa e lo 0.82% collaboratrici domestiche. I valori relativi alle percentuali delle professioni che rientrano nella sezione "Altre", sono stati calcolati sul totale del campione considerate.

Risposte	Città di Castello	Assisi	Perugia	Media Valle del Tevere	Totale	%
Disoccupata	1	4	18	4	27,00	11,02
Casalinga	1	1	12	7	21,00	8,57
Studentessa	0	1	39	4	44,00	17,96
Impiegata	4	15	30	20	69,00	28,16
Operaia	4	6	10	9	29,00	11,84
Libero professionista	0	1	14	7	22,00	8,98
Dirigente/ Direttore	0	0	1	0	1,00	0,41
Altro	3	1	19	9	32,00	13,06
Totale	13,00	29,00	143,00	60,00	245,00	100,00

Domanda n°4

Facendo un'analisi della distribuzione delle partecipanti per nazionalità, è possibile notare che la maggior parte delle donne partecipanti allo studio, ovvero l'84,90%, sono italiane. Per quanto concerne le donne straniere che hanno comunque acconsentito alla compilazione del questionario poiché dotate di una certa abilità nella comprensione della lingua italiana, le componenti più rappresentate sono state quella rumena (3.27%), ecuadoriana (2.45%), albanese (2.04%) e marocchina (2.04%). Il campione di donne straniere, come si può osservare dalla tabella, è stato alquanto eterogeneo.

Risposte	Città di Castello	Assisi	Perugia	Media Valle del Tevere	Totale	%
Albanese	0	1	4	0	5,00	2,04
Armena	0	0	1	0	1,00	0,41
Brasiliana	0	0	1	0	1,00	0,41
Camerunes	0	0	2	0	2,00	0,82
Colombiana	0	0	1	0	1,00	0,41
Cubana	0	1	0	0	1,00	0,41
Ecuadoriana	0	0	6	0	6,00	2,45
Filippina	0	0	2	0	2,00	0,82
Georgiana	0	0	1	0	1,00	0,41
Italiana	12	24	114	58	208,00	84,90
Macedone	0	0	0	1	1,00	0,41
Maliana	0	0	0	1	1,00	0,41
Marocchina	0	0	5	0	5,00	2,04
Moldava	0	0	1	0	1,00	0,41
Rumena	0	2	5	1	8,00	3,27
Ucraina	0	0	1	0	1,00	0,41
Totale	12,00	28,00	144,00	61,00	245,00	100,00

Domanda n°5

Dall'indagine circa lo stato civile, è emerso che il 37.55% delle donne sono nubili e dunque non hanno un partner fisso, il 36.33% è coniugata, il 24.08% convive e solamente il 2.04% ha dichiarato di essere separate o divorziate.

Risposte	Città di Castello	Assisi	Perugia	Media Valle del Tevere	Totale	%
Nubile	1	4	66	21	92,00	37,55
Convivente	4	15	30	10	59,00	24,08
Coniugata	7	9	46	27	89,00	36,33
Separata/ Divorziata	0	0	3	2	5,00	2,04
Totale	12,00	28,00	145,00	60,00	245,00	100,00

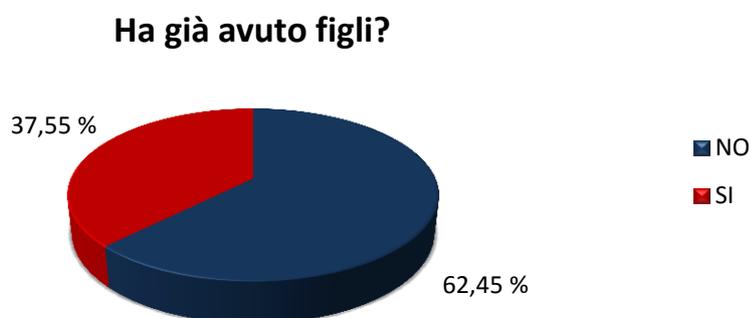
Domanda n° 6

La domanda n° 6 è riferita unicamente al 36.33% di donne che alla domanda precedente hanno risposto di essere coniugate. A quest'ultime è stato chiesto di specificare l'anno della data del loro matrimonio. Il 74.16% delle partecipanti è convolata a nozze negli ultimi 8 anni. Tra queste, il 22.47% si è sposata tra il 2015 e il 2013, il 17,98% tra il 2012 e il 2010, il 16.85% tra il 2009 e 2007 e sempre il 16.85% tra il 2006 e il 2004.

Risposte	Città di Castello	Assisi	Perugia	Media Valle del Tevere	Totale	% sul campione totale	% sulle donne coniugate
2015-2013	1	6	8	5	20,00	8,16	22,47
2012-2010	4	2	9	1	16,00	6,53	17,98
2009-2007	0	0	9	6	15,00	6,12	16,85
2006-2004	0	1	10	4	15,00	6,12	16,85
2003-2001	1	0	3	3	7,00	2,86	7,87
2000-1998	1	0	3	3	7,00	2,86	7,87
1997-1995	0	0	3	2	5,00	2,04	5,62
1994-1992	0	0	1	2	3,00	1,22	3,37
1991-1989	0	0	0	1	1,00	0,41	1,12
Totale	7,00	9,00	46,00	27,00	89,00	36,33	100,00

Domanda n° 7 e n° 8

Per quanto riguarda il fatto che le donne abbiano già avuto figli o meno, come si può notare dal grafico sotto riportato, il 62.45% di esse, alla domanda n° 7 ha risposto "NO", mentre il restante 37.55% ha dichiarato di avere uno o più figli.



Nel caso specifico delle partecipanti allo studio, il numero di figli per donna è di 1, massimo 2 per la stragrande maggioranza del campione compreso: rispettivamente il 52.17% e il 38.04%. Solamente l'8.70% delle intervistate hanno dichiarato di avere 3 figli, mentre l'1.09%, di averne 5.

Risposte	Città di Castello	Assisi	Perugia	Media Valle del Tevere	Totale	% sul campione totale	% sulle risposte "si"
1	3	1	29	15	48,00	19,59	52,17
2	0	1	18	16	35,00	14,29	38,04
3	1	0	5	2	8,00	3,27	8,70
4	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
5	0	0	0	1	1,00	0,41	1,09
Totale	4,00	2,00	52,00	34,00	92,00	37,55	100,00

Domanda n° 9

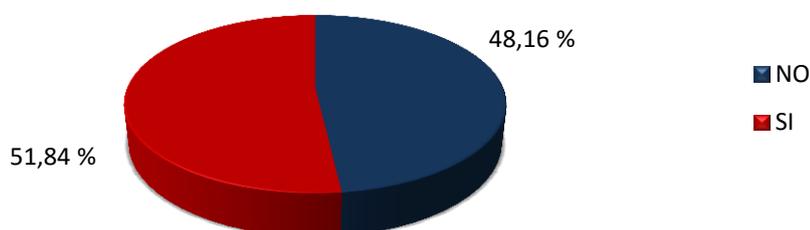
Considerando sempre il medesimo campione di donne che hanno già partorito, quando è stato chiesto loro se avessero o meno programmato le gravidanze passate, il 57.61% ha risposto di "NO", il 36.96% di "SI", mentre la terza opzione possibile è stata inserita per tutte quelle donne che hanno più di un figlio e che a causa delle circostanze della propria vita o secondo volontà, hanno programmato alcune delle gravidanze ed altre no. A quest'ultime, è stato richiesto di riportare per iscritto quali e quante gravidanze sono state programmate. In molte occasioni c'è stata l'esigenza di precisare alle intervistate che con la suddetta domanda si intendeva andare ad indagare proprio se la gravidanza fosse stata ricercata consapevolmente e responsabilmente dalla coppia e non se avessero sperimentato un sentimento di felicità e gratitudine dopo aver appreso dello stato gravidico.

Risposte	Città di Castello	Assisi	Perugia	Media Valle del Tevere	Totale	% sul campione totale	% sulle risposte "si"
NO	0	2	30	21	53,00	21,63	57,61
SI	3	0	19	12	34,00	13,88	36,96
programmata la 1° di 2 gravidanze	0	0	1	1	2,00	0,82	2,17
programmata la 2° di 2 gravidanze	0	0	2	0	2,00	0,82	2,17
programmate le prime 2 di 3 gravidanze	1	0	0	0	1,00	0,41	1,09
Totale	4,00	2,00	52,00	34,00	92,00	37,55	100,00

Domanda n° 10 e n° 11

Un dato significativo per quanto preoccupante è che il 48.16% delle donne, ovvero poco meno della metà del campione totale di 245 donne, ha dichiarato di non utilizzare alcun metodo per la regolazione delle nascite, esponendosi così al rischio di andare incontro ad una gravidanza indesiderata.

Attualmente utilizza metodi per la regolazione delle nascite?

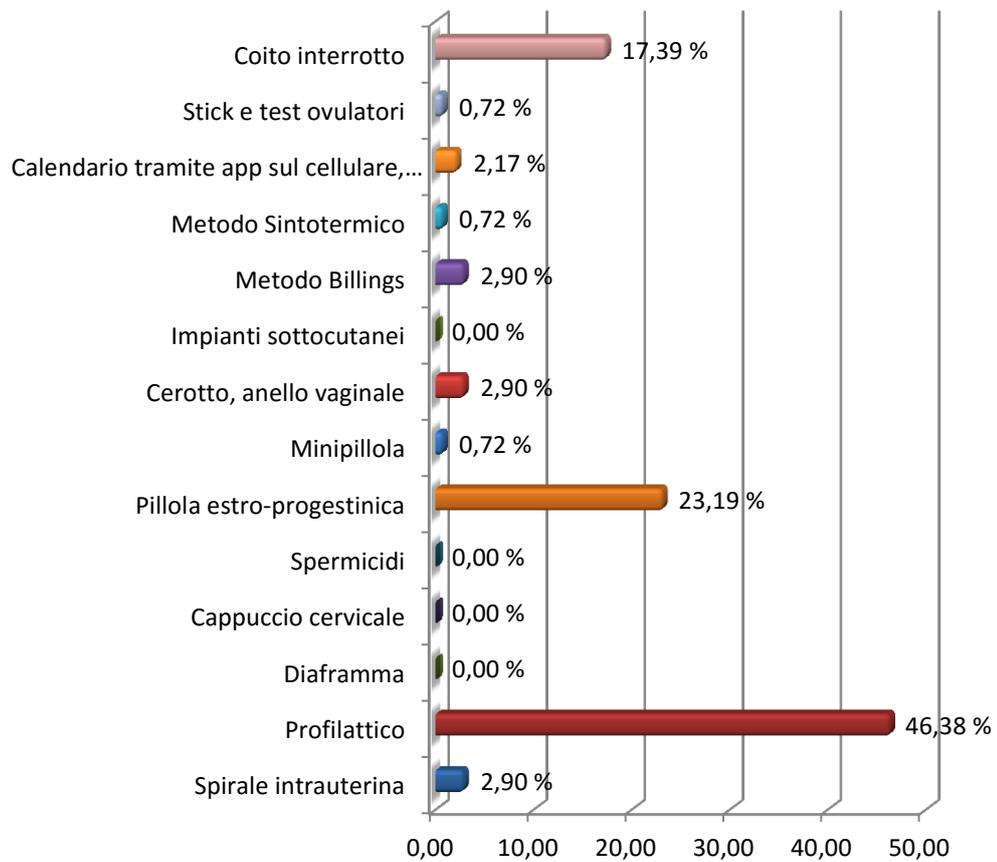


Al restante 51.84% di partecipanti allo studio che hanno risposto "SI" è stato successivamente chiesto di indicare quale metodo stanno utilizzando attualmente. A questa domanda era possibile dare più di una risposta,

considerando che alcune coppie potrebbero preferire combinare più metodi per aumentarne il potere contraccettivo. Dal grafico emerge chiaramente che il metodo prescelto dalle coppie è il preservativo (46.38%), seguito dalla pillola estro-progestinica (23.19%) e subito dopo dal coito interrotto (17.39%). Quest'ultimo in particolare, pur non rappresentando un metodo di "procreazione responsabile e cosciente" rimane una delle scelte predilette dalle coppie per vivere la loro sessualità. Va segnalato poi che nel campione delle donne intervistate, la contraccezione ormonale mediante cerotto o anello vaginale e la spirale intrauterina, presentano le stesse percentuali in frequenza d'uso del metodo naturale dell'Ovulazione Billings. Per quanto riguarda l'opzione "Metodi Naturali", abbiamo un 2.90% di risposte per il metodo Billings, un 2.17% per il metodo del "calendario" e la consultazione di apposite app sul cellulare, uno 0.72% per l'uso degli stick ovulatori ed infine sempre uno 0.72% per il metodo Sintotermico.

Tuttavia, se si considera anche che a questa domanda era possibile indicare più di una risposta, si nota in primis che solamente un'utente del metodo Billings lo applica fedelmente, vale a dire osservando anche la continenza periodica che è prevista durante il periodo fertile del ciclo. Si tratta di una donna quarantenne, coniugata dal 2007 e che ha incominciato ad utilizzare il metodo da 3 anni, dietro il consiglio della propria ginecologa.

Negli altri casi invece, il metodo naturale viene utilizzato esclusivamente per delineare l'inizio e la fine del periodo fertile, durante il quale, si opta per dei sistemi di "back-up" quali il condom o il coito interrotto.

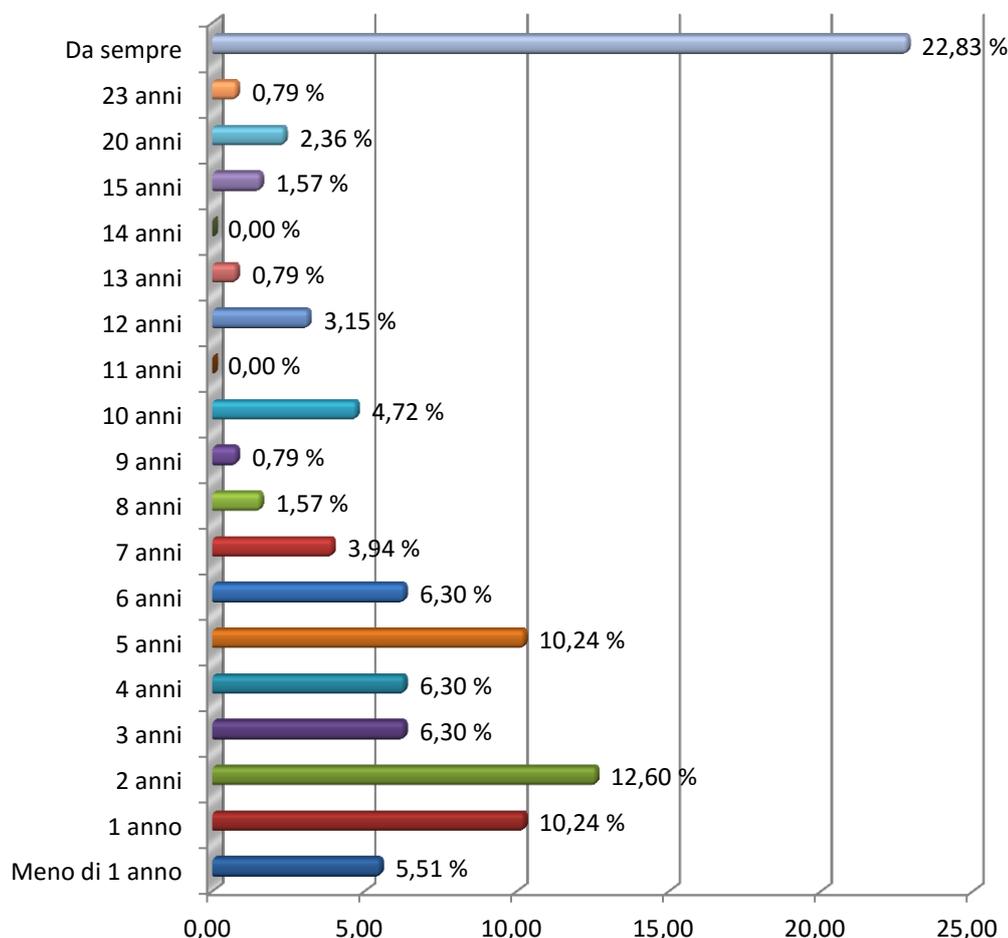


Nel caso si proceda poi a un'analisi incrociata con lo stato civile delle rappresentanti dei metodi naturali, si può apprendere che quasi tutte le donne sono coniugate, ad eccezione di un'utente trentacinquenne del metodo Billings che ha dichiarato di essere separata, una venticinquenne del Sintotermico che è attualmente convivente e una quarantaduenne nubile che per regolare la propria fertilità sfrutta i consigli dell'app sul cellulare in associazione al condom.

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Calendario tramite app sul cellulare, Ogino Knaus	Stick e test ovulatori	Totale	% sul campione totale	% sulle risposte "metodi naturali"
Continenza periodica nei periodi fertili del ciclo	1	0	0	0	1	0,41	11,11
Condom nei periodi fertili del ciclo	1	1	2	1	5	2,04	55,56
Coito interrotto nei periodi fertili del ciclo	2	0	1	0	3	1,22	33,33
Totale	4,00	1,00	3,00	1,00	9,00	3,67	100,00

Domanda n° 12

Quando è stato chiesto alle donne intervistate di indicare da quanto tempo avessero incominciato ad utilizzare il metodo di regolazione delle nascite da loro prescelto, il 22.83% dichiarato di non aver mai fatto ricorso ad un metodo diverso da quello attuale, mentre la restante parte del campione, ha dato risposte alquanto eterogenee.



Ai fini dello studio poi, si è voluto confrontare le risposte ottenute con quelle della domanda n° 6, per poter comprendere se l'atto matrimoniale abbia o meno influenzato la scelta del contraccettivo usato dalle coppie. Dall'analisi eseguita, ne è convenuto che nel 39.53% dei casi, non c'è stata alcuna differenza tra il periodo pre e post matrimonio. Il 53.49% delle coppie hanno cambiato il metodo di regolazione delle nascite dopo il matrimonio, ma la decisione è ricaduta su un metodo "contraccettivo" convenzionale e non sui metodi naturali. Nel solo 6.98% dei casi invece, le coppie hanno deciso di incominciare a vivere la sessualità secondo i ritmi naturali della fertilità a seguito dell'unione coniugale.

Risposte	Città di Castello	Assisi	Perugia	Media Valle del Tevere	Totale	% sul campione totale	% sulle risposte "si"
non ha cambiato	2	3	8	4	17,00	6,94	39,53
ha cambiato a favore dei Metodi Naturali	0	0	1	2	3,00	1,22	6,98
ha cambiato a sfavore dei Metodi Naturali	4	0	11	8	23,00	9,39	53,49
Totale	6,00	3,00	20,00	14,00	43,00	17,55	100,00

Domanda n° 13

Più della metà delle donne prese in esame nello studio hanno sentito già parlare in precedenza di metodi naturali di regolazione della fertilità, mentre il 41.22% ignora totalmente la loro esistenza.

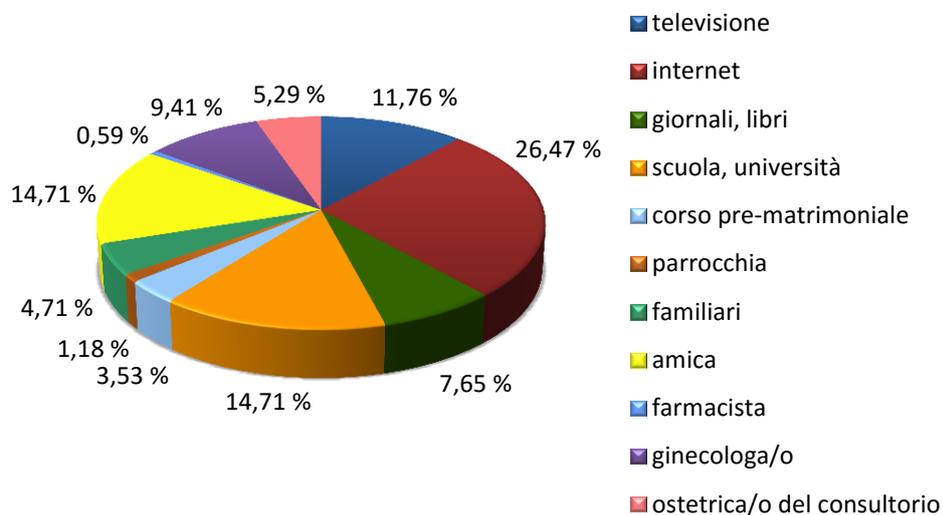
Risposte	Città di Castello	Assisi	Perugia	Media Valle del Tevere	Totale	%
NO	2	15	64	20	101,00	41,22
SI	10	13	81	40	144,00	58,78
Totale	12,00	28,00	145,00	60,00	245,00	100,00

Domanda n° 14

Al sottogruppo di donne che conoscevano già i metodi naturali (58.78%), è stato domandato da chi ne sono venute a conoscenza ed eventualmente in quale contesto. Internet è stata indicata dal 26.47% delle donne come la risorsa più consultata per placare l'esigenza di informazioni. A seguire vi sono le nozioni apprese tra amiche (14.71%) e in ambito scolastico e/o universitario (14.71%). Sono stati indicati dalle donne anche mezzi di comunicazione come la televisione, i giornali e i libri ed infine il contesto familiare. Solamente l'1.18% delle donne hanno dichiarato di aver sentito parlare di metodi naturali in ambito parrocchiale e il 3.53% durante la

partecipazione al corso pre-matrimoniale. A causa di quanto appena detto, ne conviene che le informazioni fornite dai professionisti sanitari sono alquanto esigue: il 9.41% delle intervistate ne è venuta a conoscenza grazie alla propria ginecologa e il 5.29% dall'ostetrica del consultorio. Le percentuali sono state calcolate considerando che alla domanda, che era formulata a risposta aperta, fosse possibile dare più di una risposta.

Se ha già sentito parlare di Metodi Naturali, da chi ed in quale contesto?



Per quanto riguarda le donne che alla domanda n° 11 hanno dichiarato di usare attualmente i “Metodi Naturali” per regolare la loro fertilità, quasi all’unanimità hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni circa i metodi stessi in ambiente scolastico/universitario, per mezzo di programmi informativi alla televisione, tra discorsi con amiche ed in contesti informali e per lo più tramite siti web per ricerche personali. Le utenti che hanno dato questa tipo di risposta sono anche quelle che utilizzano di routine dei sistemi di “back-up” quali il condom ed eventualmente il coito interrotto. La sola utente infatti che segue il metodo Billings nella sua integrità è stata

consigliata e seguita dalla ginecologa, quindi da una figura professionale che le ha fornito molto probabilmente, delle informazioni molto più accurate, garantendo così anche una maggiore efficacia e affidabilità del metodo stesso.

Domanda n° 15

Dall'analisi della domanda n° 11 già precedentemente commentata, ne è convenuto che il 3.67% delle donne, stanno attualmente utilizzando la regolazione naturale della fertilità. A quest'ultime e a quelle che magari li hanno già sperimentati in passato, sono state chieste le motivazioni che le hanno condotte a optare per questo tipo di scelta. Poco meno della metà delle donne ha dichiarato di averlo fatto perché, avendo già utilizzato altri metodi anticoncezionali e avendone sperimentato gli effetti collaterali, sentiva l'esigenza di provarne altri che fossero più rispettosi della propria natura (31.82%) e allo stesso tempo non la esponessero a rischi di salute inutili (13.64%). Un altro gruppo di donne ritiene di averlo fatto per consolidare il rapporto di coppia, grazie all'impegno reciproco e ai momenti di dialogo che inevitabilmente si creano e che possono contribuire a porre le fondamenta per un rapporto stabile e forte (9.09%). Anche l'atto sessuale ne esce maggiormente valorizzato, in quanto il fatto di viverlo nella sua totalità si traduce in un aumento del desiderio e del piacere (4.55%). Le altre ragioni, meno frequentemente espresse dalle partecipanti allo studio sono economiche, in quanto i metodi naturali sono totalmente gratuiti (4.55%), l'efficacia, che è documentata dalla letteratura scientifica e sperimentata dalle stesse a livello pratico (4.55%) e le ragioni etiche, morali e spirituali (4.55%). Infine, una donna sul totale del campione, che nella domanda n° 11 aveva sostenuto di utilizzare il metodo Ogino-Knaus per regolare la propria sessualità, ha dichiarato di averlo potuto fare perché ha sempre avuto un ciclo molto regolare. Per il 22.73% delle donne invece, quella dei metodi naturali è stata una scelta

intrapresa unicamente allo scopo della ricerca della gravidanza e non per distanziare le nascite. La domanda in questione era a risposta aperta, ragione per cui ogni donna aveva la possibilità di esprimere più di una motivazione alla base della propria scelta.

Domanda n° 16

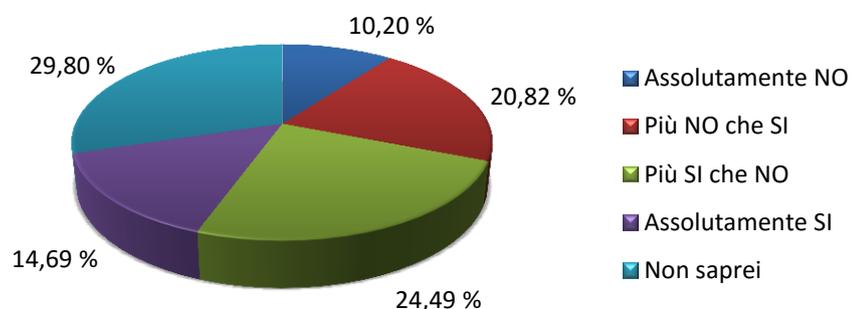
Per quanto riguarda invece le donne che non hanno mai utilizzato personalmente i metodi naturali, quando gli è stato domandato il perché di questa loro scelta, c'è stata una buona parte del campione, pari a poco meno della metà di esse (43.56%), che ha dichiarato di ritenerli poco sicuri e dunque inaffidabili. Altre invece, non ci hanno neanche mai riflettuto, poiché non hanno avvertito l'esigenza di cambiare il proprio metodo anticoncezionale, del quale sono soddisfatte (19.80%). Anche la mancata informazione da parte dei professionisti sanitari che dovrebbero essere i responsabili del counselling sessuologico e contraccettivo, sembra essere alla base del mancato interesse della popolazione femminile a riguardo (7.92%). A seguire vi è poi la volontà di privilegiare metodi che sono più semplici da usare (7.92%), la convinzione di dover necessariamente avere cicli regolarissimi per potersi avvicinare al mondo dei metodi naturali (5.94%), la mancanza di una conoscenza approfondita del proprio corpo (3.96%) e di una relazione stabile di base (3.96%). Infine, c'è chi ha dichiarato di non averlo fatto poiché, per altri problemi di salute, ha l'esigenza di assumere la pillola estro-progestinica, usufruendone dunque anche per il suo potere anticoncezionale (1.98%). Una minoranza, considera i metodi naturali poco diffusi e quindi probabilmente un po' "arcaici" ed altre dichiarano di non averli mai utilizzati per pura indecisione (0.99%). Infine, l'1.98% delle donne di questo sottogruppo, ha affermato di essere assolutamente contraria ai metodi naturali e che quindi non li consiglierebbe per nessuna ragione al mondo a nessuno. La domanda in questione era a risposta aperta, motivo per cui ogni donna aveva la

possibilità di esprimere più di una motivazione alla base della propria scelta.

Domanda n° 17

L'assenza di interesse circa i metodi naturali è ben rispecchiata nel grafico riportato a seguire, dal quale si evince che il 29.80% della popolazione femminile considerata, non ha un pensiero personale a riguardo, non essendo in gradi di fornire un parere circa il fatto che possano essere considerati mezzi di procreazione responsabile e cosciente. Per il resto delle partecipanti allo studio, il 24.49% ha risposto "più SI che NO", contro il 20.82% del "più NO che SI". Addirittura, il 14.69% ha scelto l'opzione "Assolutamente SI", contro il 10.20% dell'"Assolutamente NO".

Crede che i Metodi Naturali possano essere considerati dei mezzi di procreazione responsabile e cosciente?



Domanda n° 18

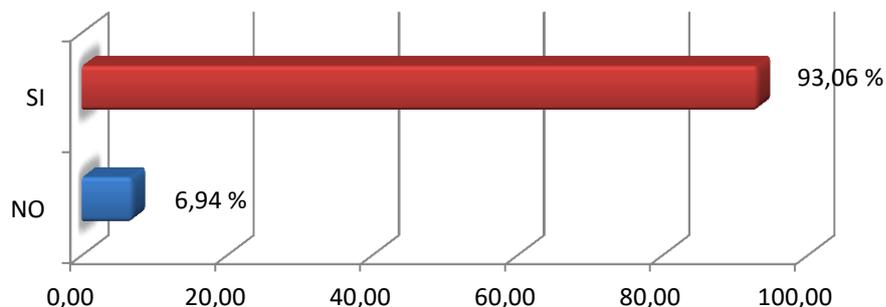
Alla domanda "Li ritiene sicuri?", il 28.57% delle partecipanti allo studio, ha dichiarato di non essere in grado di poter prendere una posizione. Per il resto del campione, la differenza con la domanda precedente è evidente. In questo caso infatti, la maggior parte delle donne sono d'accordo nel ritenerli metodi poco sicuri (31.43%) o assolutamente non affidabili (13.88%) nella prevenzione delle gravidanze indesiderate. Al contrario, il

20.41% ha risposto “più SI che NO” e solo il 5.71% crede che siano assolutamente sicuri. I risultati ottenuti dall’analisi di questa domanda confermano quanto espresso precedentemente dalle donne stesse, ovvero il fatto che la ragione principale per non scegliere i metodi naturali come metodi per la regolazione delle nascite, sarebbe da ricercare nella loro scarsa affidabilità.



Domanda n° 19

Quasi l’unanimità del campione di donne partecipanti allo studio, ovvero il 93.06% di esse, ritiene che sia fondamentale la complicità del partner nella scelta del metodo di regolazione delle nascite da usare.



Facendo un'analisi più approfondita del restante 6.94% di donne che hanno dichiarato di non voler coinvolgere il partner in questa scelta riproduttiva e sessuale, ne conviene che, a differenza di quello che si potrebbe pensare, la maggior parte del campione è rappresentato da donne coniugate (52.94%) e solo in minoranza da nubili o conviventi (percentuali identiche pari al 23.53%).

Risposte	Città di Castello	Assisi	Perugia	Media Valle del Tevere	Totale	% sul campione totale	% sulle risposte "NO"
Nubile	0	0	2	2	4,00	1,63	23,53
Convivente	0	1	2	1	4,00	1,63	23,53
Coniugata	0	0	7	2	9,00	3,67	52,94
Separata/di vorziata	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Totale	0,00	1,00	11,00	5,00	17,00	6,94	100,00

Inoltre, se sempre sul medesimo sottogruppo andiamo ad indagare che tipo di scelta è stata fatta per quanto concerne la tipologia di sistemi di regolazione delle nascite, si può notare che, mentre il 29.41% non sta utilizzando attualmente alcun metodo, il 35.29% assume la pillola estro-progestinica ai fini contraccettivi, il 17.65% opta per il coito interrotto, l'11.76% per il condom ed infine il 5.88% per il cerotto o anello vaginale.

Risposte	Città di Castello	Assisi	Perugia	Media Valle del Tevere	Totale	% sul campione totale	% sulle risposte "NO"
Nessun metodo	0	1	3	1	5,00	2,04	29,41
Coito interrotto	0	0	2	1	3,00	1,22	17,65
Condom	0	0	1	1	2,00	0,82	11,76
Cerotto/anello vaginale	0	0	0	1	1,00	0,41	5,88
Pillola estrogeno-progestinica	0	0	5	1	6,00	2,45	35,29
Totale	0,00	1,00	11,00	5,00	17,00	6,94	100,00

Domanda n° 20

Tra le donne che hanno risposto negativamente alla domanda precedente, il 66.67% ritiene che la scelta del contraccettivo da usare debba essere presa unicamente dalla donna, poiché le conseguenze di una gravidanza indesiderata ricadono in primis sul corpo della donna. Dunque, la responsabilità è prettamente femminile. Il 16.67% invece, è convinta che per l'uomo non cambi nulla, l'8.33% che è la donna che debba decidere se assumere o meno ormoni ai fini della contraccezione, esponendo così il proprio corpo ad un rischio per l'integrità del suo stato di salute. Infine, il restante 8.33% ha dichiarato di non avere un buon rapporto con il proprio partner, tanto da non ritenere fondamentale il suo parere.

Per quanto riguarda il campione più ampio delle donne che hanno risposto positivamente alla domanda precedente, il 65.69% lo ha giustificato dicendo che per quanto la riguarda, il parere e la volontà dell'uomo conta tanto quanto quello della donna, il 13.39% che la sessualità è una

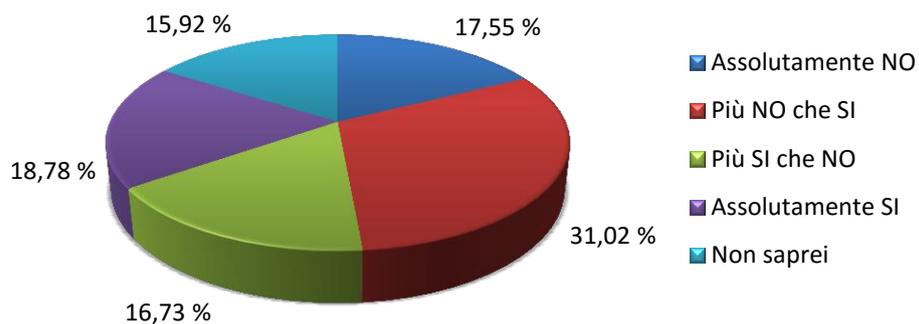
dimensione importante della vita di coppia e che proprio per questo vi è la necessità di discuterne insieme affinché il rapporto sessuale possa essere vissuto con la più totale tranquillità e bellezza. Per altre, la consapevolezza condivisa dei rischi e benefici associati ad un determinato metodo, può contribuire ad aumentare l'efficacia relativa al metodo stesso (12.13%), ed infine, una minoranza del campione preso in esame ritiene che si tratti semplicemente di avere rispetto nei confronti dell'altro (6.69%) e che la complicità del volere del partner è importante, ma a patto che la relazione sia stabile e solida (2.09%).

La domanda in questione era a risposta aperta, motivo per cui ogni donna aveva la possibilità di esprimere più di una motivazione alla base della propria scelta.

Domanda n° 21

Nella domanda numero 21, si è voluto comprendere se le donne sarebbero disposte a vivere la sessualità di coppia avendo rapporti sessuali completi senza l'appoggio di altri metodi anticoncezionali durante i periodi sterili del ciclo mestruale. Al di là del 15.92% delle partecipanti allo studio che hanno dichiarato di non poter dire con certezza quale sarebbe il loro grado di accettabilità a riguardo, il 31.02% ha detto "Più NO che SI" ed il 17.55% "Assolutamente NO". C'è comunque un 16.73% di donne che hanno optato per "Più SI che NO" e un 18.78% che ha dichiarato che non avrebbe problemi a sperimentare questa diversa modalità di vivere la sessualità di coppia.

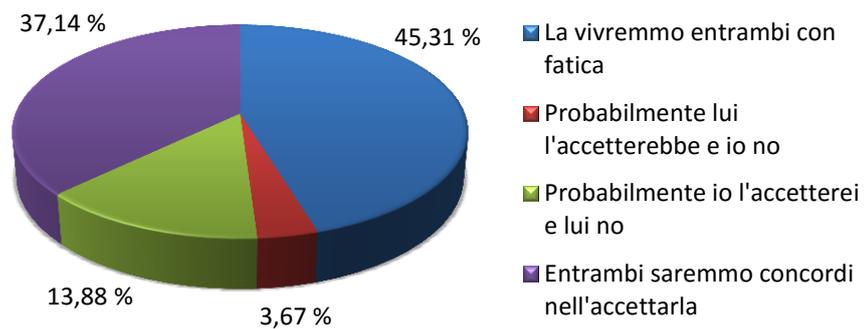
Considerando che i Metodi Naturali si basano sull'aver rapporti sessuali completi senza l'appoggio di altri metodi anticoncezionali durante i periodi sterili del ciclo mestruale, ritiene che questa modalità vi permetterebbe di vivere il rapporto a due co



Domanda n° 22

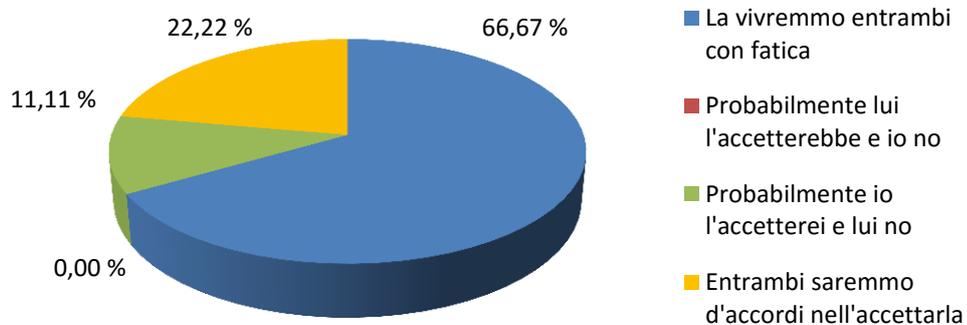
L'altra prerogativa per la corretta applicazione dei metodi naturali, è il fatto che le coppie decidano di osservare periodi di continenza periodica, ovvero di astensione dai rapporti sessuali durante la fase fertile del ciclo mestruale. Di fronte a tale possibilità, le risposte fornite dalle donne sono state decisamente categoriche. Poco meno della metà del campione totale (45.31%) ha dichiarato di avere delle perplessità a riguardo, in quanto sia lei che il suo partner vivrebbero con fatica la continenza periodica, contro il 37.14% che invece sostiene che non avrebbe difficoltà nell'accettare i periodi di astinenza. Infine, per il 13.88% delle donne, l'applicazione del metodo potrebbe creare delle tensioni all'interno del rapporto di coppia, in quanto a differenza sua, molto probabilmente, il partner non sarebbe disposto a posticipare l'atto sessuale durante il periodo fertile del ciclo mestruale della donna, mentre una minoranza della componente femminile (3.67%), non vorrebbe seguire la continenza periodica, indipendentemente dal parere del proprio compagno.

Considerando che i Metodi Naturali presuppongono l'osservazione di periodi di continenza periodica, ovvero di astensione dai rapporti sessuali, ritiene che lei e il suo partner sareste disposti ad accettare questa dimensione?



Come abbiamo visto in precedenza, delle donne che hanno dichiarato di utilizzare i metodi naturali, solamente una segue il metodo Billings fedelmente. Le altre invece, utilizzano altri sistemi anticoncezionali nei giorni fertili più a rischio. Non stupisce quindi che a questa stessa domanda, le stesse utenti abbiano dichiarato, nel 66.67% dei casi, che vivrebbero con fatica la necessità di osservare la continenza periodica

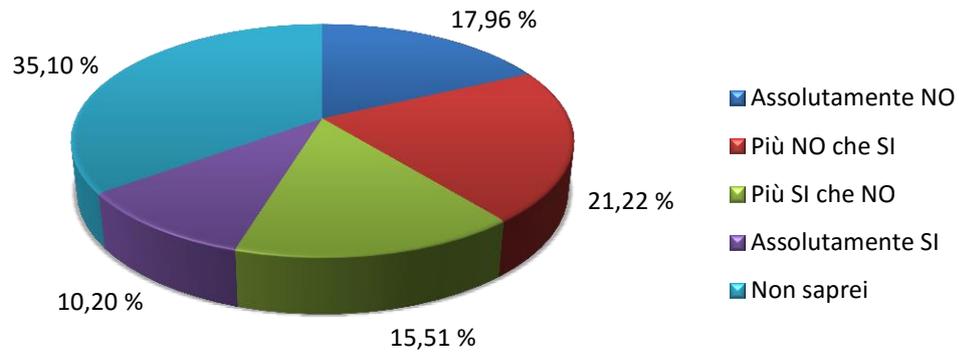
Risposte alla domanda n° 22 relative al sottogruppo "Metodi Naturali"



Domanda n° 23 e n° 24

Il 35.10% delle partecipanti allo studio ha dichiarato di non avere un proprio parere circa il fatto che la continenza periodica possa o meno rafforzare il rapporto di coppia. Per quanto riguarda il resto delle partecipanti allo studio, c'è una piccola differenza, non significativa tra le risposte positive e quelle negative: il 21.22% delle donne, ritengono che probabilmente l'astinenza non sarebbe utile, bensì dannosa ed il 17.96% è sicura che potrebbe essere solamente una causa di tensioni inutili tra lei e il proprio partner. Al contrario, il 15.51% del campione crede che probabilmente potrebbe essere un'esperienza importante da vivere in coppia e addirittura, il 10.90% ne è assolutamente convinta.

Crede nel fatto che la continenza periodica potrebbe essere un elemento rafforzante per il vostro rapporto di coppia?



Le donne che hanno dichiarato di non sapere come potrebbe cambiare la propria relazione di coppia a seguito della sperimentazione della continenza periodica, affermano in parte che vorrebbero avere la possibilità di sperimentarla prima di esprimere giudizi affrettati (96.92%) e il 3.08% hanno dichiarato di non porsi questo problema in quanto omosessuali.

Le motivazioni più frequenti a sostegno del parere di quelle donne che non ritengono che l'astinenza possa rafforzare il rapporto di coppia, ma al contrario indebolirlo sono: il rischio che la sessualità, evento che di per sé non dovrebbe essere "programmato", perda così la sua spontaneità (54.84%), la creazione di tensioni date dall'attesa e dalla mancata soddisfazione di bisogni fisiologici (27.42%), la certezza che per costruire un rapporto sano e forte non sia necessaria l'astinenza (16.13%) ed infine la difficoltà di far coincidere i ritmi frenetici di tutti i giorni con l'osservanza dei periodi di fertilità e di sterilità (1.61%).

Al contrario, secondo poco meno della metà delle donne del campione da noi considerato, il fatto di posticipare l'incontro sessuale al ritorno del periodo sterile post-ovulatorio aumenta la complicità e il desiderio dell'altro

(28.07%) ed il rispetto dei ritmi fisiologici dei propri corpi diventa un modo per esprimere chiaramente il proprio amore e il proprio affetto (26.32%). Oltretutto, si riesce così a salvaguardare degli spazi di dialogo, tenerezze ed attenzioni altrimenti spesso dimenticate (24.56%), permette di non dare l'atto sessuale per scontato ed evitare di farlo diventare monotono (5.26%). Infine, il restante 15.79% delle donne, ritiene che il rapporto ne potrebbe uscire rafforzato, ma sempre considerando come presupposto, quello di avere un partner fisso al proprio fianco.

La domanda in questione era a risposta aperta, motivo per cui ogni donna aveva la possibilità di esprimere più di una motivazione alla base della propria scelta.

-Questionario in Allegato 2-

Di seguito si procederà all'analisi delle singole domande del secondo questionario (Allegato 2), ovvero quello che è stato somministrato alle sole donne che utilizzano la regolazione naturale della fertilità o lo hanno già fatto in passato, presso il centro "Amore e Vita" di Foligno per il metodo Billings e tramite la collaborazione delle insegnanti diplomate del metodo Roetzer.

Domanda n° 1

Le donne che si sono rese disponibili per rispondere alle domande del secondo questionario sono 18. Anche in questo caso la fascia di età considerata è 19 anni come limite inferiore e 45 come limite superiore con un'età media di 35.88.

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	%
19-21	0	0	0,00	0,00
22-24	0	0	0,00	0,00
25-27	1	0	1,00	5,56
28-30	2	0	2,00	11,11
31-33	1	1	2,00	11,11
34-36	1	4	5,00	27,78
37-39	3	2	5,00	27,78
40-42	0	0	0,00	0,00
43-45	0	3	3,00	16,67
Totale	8,00	10,00	18,00	100,00

Domanda n° 2

Per quanto riguarda la distribuzione della popolazione per titolo di studio, la maggior parte delle donne è laureata (77.78%), o in possesso della licenza media superiore (16.67%). Solamente una minoranza (5.56%) afferma di avere la licenza media inferiore. Il grado culturale e di scolarizzazione è dunque medio-alto.

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	%
Licenza elementare	0	0	0,00	0,00
Licenza media inferiore	1	0	1,00	5,56
Licenza media superiore	0	3	3,00	16,67
Laurea	7	7	14,00	77,78
Totale	8,00	10,00	18,00	100,00

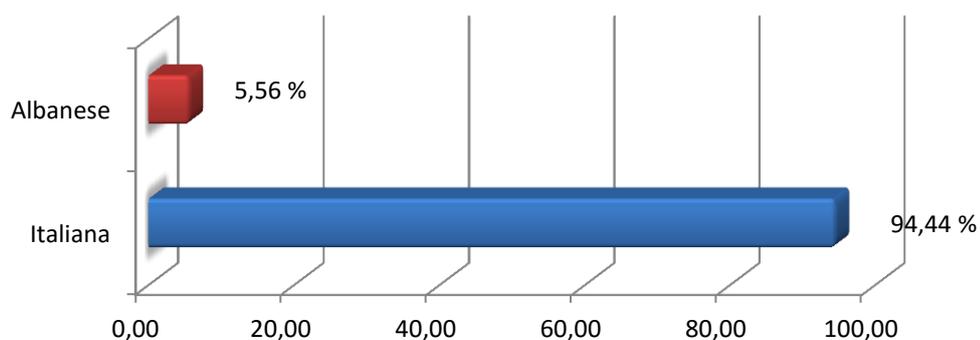
Domanda n° 3

Dall'analisi della distribuzione della popolazione per professione, si evince che quelle più rappresentate sono le impiegate (27.78%), le libere professioniste (22.22%) e le insegnanti (16.67%). A seguire abbiamo le casalinghe, le studentesse, le farmaciste e le giornaliste (5.56%). Infine, l'11.11% di esse, ha dichiarato di essere attualmente disoccupate.

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	%
Disoccupata	1	1	2,00	11,11
Casalinga	0	1	1,00	5,56
Studentessa	1	0	1,00	5,56
Impiegata	3	2	5,00	27,78
Operaia	0	0	0,00	0,00
Libero Professionista	1	3	4,00	22,22
Dirigente/ Direttore	0	0	0,00	0,00
Altro: Insegnante	2	1	3,00	16,67
Altro: Farmacista	0	1	1,00	5,56
Altro: Giornalista	0	1	1,00	5,56
Totale	8,00	10,00	18,00	100,00

Domanda n° 4

Per quanto riguarda la nazionalità, quasi l'unanimità del campione totale è italiana, ad eccezione di una donna, rappresentante del metodo Billings, che è di nazionalità albanese.



Domanda n° 5 e n° 6

La totalità delle donne che sono state intervistate sono coniugate e in tabella sono specificate le date in cui si sono celebrati i loro matrimoni.

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	%
2015-2013	2	0	2,00	11,11
2012-2010	3	1	4,00	22,22
2009-2007	2	1	3,00	16,67
2006-2004	0	5	5,00	27,78
2003-2001	1	1	2,00	11,11
2000-1998	0	1	1,00	5,56
1997-1995	0	0	0,00	0,00
1994-1992	0	1	1,00	5,56
Totale	8,00	10,00	18,00	100,00

Domanda n° 7

Solo una donna che applica il metodo Billings , venticinquenne e che si è sposata nell'anno 2014 ha dichiarato di non avere figli al momento dell'intervista. Il restante 94.44% ha già uno o più figli.

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	%
NO	1	0	1,00	5,56
SI	7	10	17,00	94,44
Totale	8,00	10,00	18,00	100,00

Domanda n° 8 e n° 9

Come abbiamo potuto constatare tramite l'analisi della domanda precedente, la maggior parte delle donne hanno già uno o più figli: nello

specifico, il 47.06% ne ha due, il 23.53% quattro, il 17.65% ha tre figli ed infine, l'11.76% ha un figlio unico.

Quest'ultimo è il caso di due donne che seguono entrambe il metodo Billings: la prima ventinovenne, albanese e sposata dal 2014 e la seconda trentaduenne, italiana e sposata dal 2010.

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	% sul campione totale	% sulle risposte "si"
1	2	0	2,00	11,11	11,76
2	4	4	8,00	44,44	47,06
3	0	3	3,00	16,67	17,65
4	1	3	4,00	22,22	23,53
Totale	7,00	10,00	17,00	94,44	100,00

Con la domanda n° 9 si è chiesto poi alle utenti di specificare se le gravidanze passate fossero state programmate secondo il volere e le intenzioni della coppia oppure no.

Ne è convenuto che il 47.06% delle partecipanti allo studio ha affermato di averle programmate, contro il 23.53% che ha risposto di no.

Il restante 29.41%, avendo più di un figlio, ha specificato quale, sul totale di gravidanze avute, è stata ricercata intenzionalmente e quale no.

Le singole percentuali possono essere consultate sulla tabella che segue.

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	% sul campione totale	% sulle risposte "si"
NO	1	3	4	22,22	23,53
SI	4	4	8	44,44	47,06
programmata la seconda di 2 gravidanze	1	1	2	11,11	11,76
programmate le prime 2 di 3 gravidanze	0	1	1	5,56	5,88
programmata la prima di 4 gravidanze	1	0	1	5,56	5,88
programmate le prime due e l'ultima di 4 gravidanze	0	1	1	5,56	5,88
Totale	7,00	10,00	17,00	94,44	100,00

Domanda n° 10

Tutte le donne che hanno partecipato allo studio utilizzano attualmente un metodo per la regolazione delle nascite ai fini della prevenzione di gravidanze indesiderate.

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	%
NO	0	0	0,00	0,00
SI	8	10	18,00	100,00
Totale	8,00	10,00	18,00	100,00

Domanda n° 11

Alla domanda n° 11 è stato chiesto alle donne di specificare da quanti anni avessero appreso ed incominciato ad utilizzare i metodi naturali. La differenza netta che si evince dalla tabella che segue è che mentre le utenti del centro “Amore e Vita” si sono approcciate al metodo recentemente (non oltre sei anni fa), le utenti del Roetzer lo usano fin da 14 anni fa e dunque, conoscono sicuramente meglio sia il loro corpo che le regole per l’applicazione del metodo stesso.

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	%
meno di un anno	4	0	4,00	22,22
1 anno	0	0	0,00	0,00
2 anni	2	0	2,00	11,11
3 anni	0	0	0,00	0,00
4 anni	1	1	2,00	11,11
5 anni	0	1	1,00	5,56
6 anni	1	0	1,00	5,56
7 anni	0	0	0,00	0,00
8 anni	0	1	1,00	5,56
9 anni	0	0	0,00	0,00
10 anni	0	4	4,00	22,22
11 anni	0	0	0,00	0,00
12 anni	0	0	0,00	0,00
13 anni	0	1	1,00	5,56
14 anni	0	2	2,00	11,11
Totale	8,00	10,00	18,00	100,00

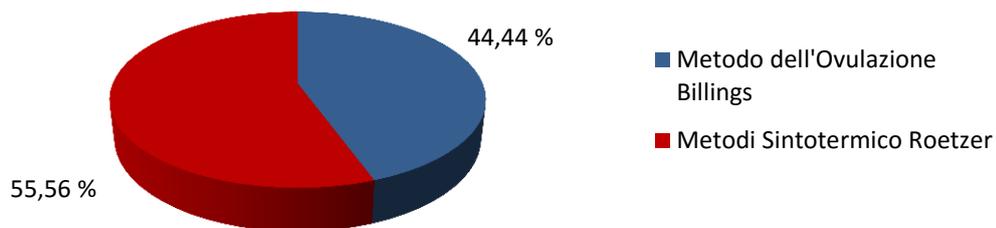
Più precisamente, tutte le partecipanti allo studio hanno iniziato ad applicare i metodi naturali solamente dopo l’unione coniugale.

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	%
Non ha cambiato metodo di regolazione delle nascite dal pre al post matrimonio	0	0	0,00	0,00
Dopo il matrimonio, ha cambiato metodo di regolazione delle nascite a favore dei Metodi Naturali	8	10	18,00	100,00
Dopo il matrimonio, ha cambiato mezzo di regolazione delle nascite a sfavore dei Metodi Naturali	0	0	0,00	0,00
Totale	8,00	10,00	18,00	100,00

Domanda n° 12

Il 55.56% delle donne ha dichiarato di seguire il metodo Sintotermico Roetzer (non c'è alcuna rappresentante del metodo CAMEN), mentre il 44.44% di applicare quello dell'Ovulazione Billings. In realtà, a questa domanda era possibile indicare entrambi le opzioni.

Quale metodo di Regolazione Naturale della Fertilità ha usato in passato oppure utilizza attualmente?



Domanda n° 13

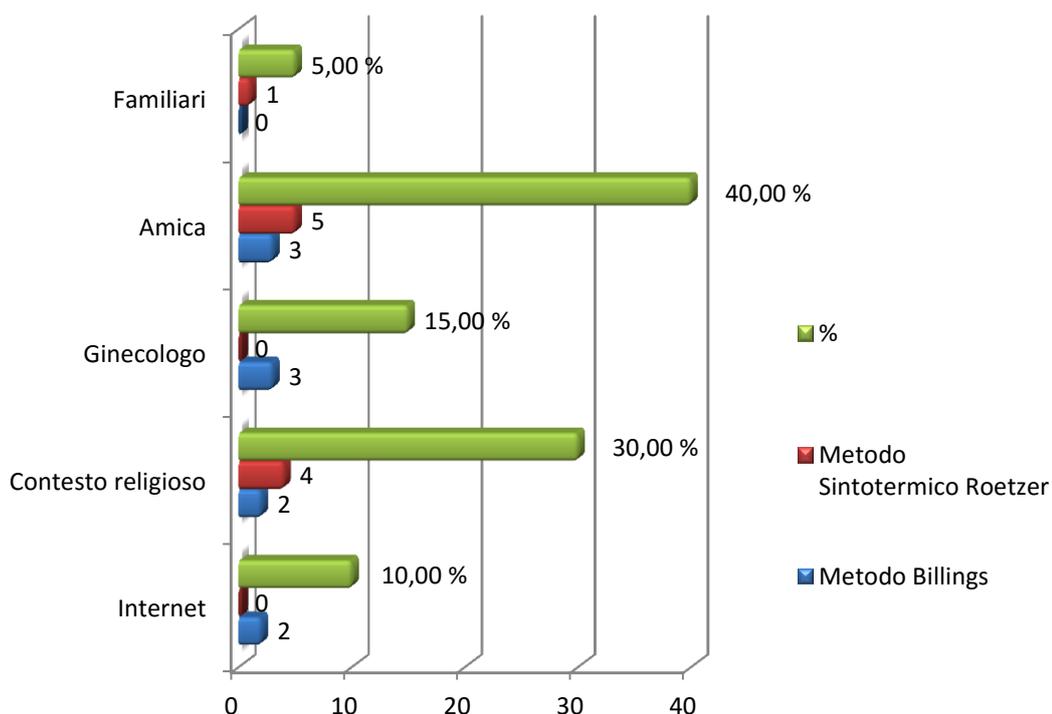
La maggior parte delle donne ha deciso di utilizzare i metodi naturali per imparare a regolare le nascite secondo i principi di fede, per ragioni etiche e morali (33.33%), ma anche per una maggiore consapevolezza che rende liberi nelle scelte, per poter finalmente evitare di incorrere in una gravidanza indesiderata in maniera responsabile e cosciente (25.93%). Una buona parte delle donne intervistate, ha dichiarato di farlo anche per ragioni di salute (25.93%): ad esempio una donna, prima del matrimonio ha avuto un tumore non Hodgkin retrosternale per il quale ha dovuto sottoporsi alla chemioterapia e non aveva intenzione di introdurre nel proprio corpo anche altri ormoni ai soli fini contraccettivi. Un'altra utente, essendo affetta da sclerosi multipla, fa terapia con interferone. La sua condizione è incompatibile con le gravidanze e con eventuali terapie ormonali, motivo per cui ha scelto, assieme al marito, di affidarsi a metodi naturali per distanziare le nascite. Infine, un'altra utente ha dichiarato che gli è stata diagnosticata un'insufficienza progestinica e di non poter assumere ormoni a causa dell'ereditarietà del tumore al seno per via materna. Dunque, oltre che per preservare la propria salute, le altre ragioni sono da ricercare nell'acquisizione di una maggiore conoscenza di sé, della propria ciclicità, dell'esistenza biologica di periodi di fertilità e altri di sterilità (7.41%) e nella convenienza economica (3.70%). Infine, il 3.70% delle utenti, ha dichiarato di aver voluto apprendere i due metodi, per lo meno all'inizio, per la volontà di ricercare una gravidanza che era sperata e desiderata da molto tempo.

La domanda in questione era a risposta aperta, motivo per cui ogni donna aveva la possibilità di esprimere più di una motivazione alla base della propria scelta.

Domanda n° 14

Quando è stato domandato alle partecipanti allo studio da chi fossero venute a conoscenza dell'esistenza dei metodi naturali ed eventualmente in quale contesto, il 40.00% ha dichiarato di essere stata consigliata in questa scelta da un'amica, a seguire, il 30.00% ne ha sentito parlare per la prima volta in un contesto religioso (corsi per fidanzati, di preparazione al matrimonio e occasioni di approfondimento tenute dal Movimento per la Vita). Dopo di che, circa il 15.00% lo ha deciso a seguito del colloquio con il proprio ginecologo. Infine, nel 10.00% dei casi la fonte primaria di informazioni è stata internet e nel 5.00% il contesto familiare.

La domanda in questione era a risposta aperta, motivo per cui ogni donna aveva la possibilità di esprimere più di una motivazione alla base della propria scelta.



Domanda n° 15

Considerando che uno degli elementi fondamentali per garantire l'efficacia dei metodi naturali è il loro corretto insegnamento, nella domanda n° 15 si è cercato di capire se le partecipanti allo studio avessero agito da autodidatte reperendo informazioni da libri, riviste, giornali o siti web per comprendere come poter applicare il metodo, o se si fossero affidate alla guida e all'aiuto di insegnanti volontarie e diplomate del metodo da loro utilizzato. Ne è convenuto che tutte e 18 hanno optato per la seconda scelta.

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	%
Ho agito da autodidatta, leggendo e informandomi	0	0	0,00	0,00
Mi sono affidata all'aiuto di insegnanti diplomate e abilitate del metodo	8	10	18,00	100,00
Totale	8,00	10,00	18,00	100,00

Domanda n° 16 e n° 17

Dalla tabella che segue si può notare come in entrambi i due gruppi ci siano state delle difficoltà iniziali nella rilevazione dei segni clinici di fertilità (nel 44.44% dei casi).

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	%
NO	4	6	10,00	55,56
SI	4	4	8,00	44,44
Totale	8,00	10,00	18,00	100,00

In particolare, il 50% delle utenti del metodo Billings ha dichiarato di non essere riuscita con facilità a comprendere a cosa corrispondesse la “sensazione del muco”, a distinguere le sensazioni di umidità, lubrificazione e di essere bagnata e/o la visualizzazione del muco cervicale nei periodi fertili del ciclo mestruale.

Tuttavia è necessario sottolineare che mentre per una di loro la difficoltà ancora persiste in quanto al momento dell’intervista era solamente al primo mese di applicazione del metodo (che per lo più è sfruttato per aumentare la conoscenza e la consapevolezza di sé stessa), per le altre tre utenti, questo “disagio” è stato ormai superato, proprio grazie all’aiuto delle insegnanti del centro “Amore e Vita”.

Per quanto riguarda invece le donne che si affidano al metodo Sintotermico Roetzer, il 40% ha dichiarato di non utilizzare come segno clinico la valutazione delle modificazioni della cervice attraverso l’autopalpazione della cervice, in parte a causa di alcune remore, in parte per difficoltà nell’accertamento del suddetto segno clinico.

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	% sul campione totale	% sulle risposte "si"
Rilevazione del muco cervicale	4	0	4	22,22	50,00
Rilevazione della temperatura basale	0	0	0	0,00	0,00
Valutazioni delle modificazioni cervicali attraverso l'autopalpazione della cervice	0	4	4	22,22	50,00
Totale	4,00	4,00	8,00	44,44	100,00

Domanda n° 18 e n° 19

A seguito dell'applicazione dei metodi naturali, la maggior parte delle donne non ha avuto gravidanze indesiderate (94.44%), ad eccezione di una sola utente del metodo Billings.

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	%
NO	7	10	17,00	94,44
SI	1	0	1,00	5,56
Totale	8,00	10,00	18,00	100,00

In realtà a questa donna è stato chiesto di specificare se, secondo lei, la gravidanza indesiderata fosse stata dovuta unicamente al metodo o altrimenti relativa alla decisione di abbandonare consapevolmente le

regole previste dal metodo, oppure se c'è stato un errore nel processo di insegnamento o della sua applicazione. La donna in questione, una trentanovenne che ha incominciato a utilizzare il metodo Billings nel 2010 (un anno dopo il matrimonio) e che ha avuto precedentemente due gravidanze, le quali, entrambe sono state programmate, ha raccontato che nell'ultimo periodo ha vissuto il dramma del lutto improvviso di una sua cara amica. Per tale ragione, considerando anche lo stato di shock che ne è conseguito, ha interrotto per quel mese l'osservazione del segno clinico di fertilità del muco cervicale, durante il quale ha ugualmente avuto un rapporto non protetto con il proprio marito. Concludendo, in questo caso specifico, è stato l'abbandono consapevole delle regole e non il fallimento del metodo stesso la causa della gravidanza indesiderata.

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	% sul campione totale	% sulle risposte "si"
Gravidanze relative al metodo	0	0	0	0,00	0,00
Abbandono consapevole delle regole	1	0	1	5,56	100,00
Insegnamento errato	0	0	0	0,00	0,00
Applicazione non accurata delle	0	0	0	0,00	0,00
Totale	1,00	0,00	1,00	5,56	100,00

Domanda n° 20 e n° 21

Il 94.44% delle partecipanti allo studio ritiene che i metodi naturali siano sicuri se usati per distanziare le nascite, in primis, perché sono il frutto di una scelta consapevole e di un'ottima conoscenza del proprio corpo, in quanto: <<mettendoli in pratica con precisione è impossibile non riuscire a

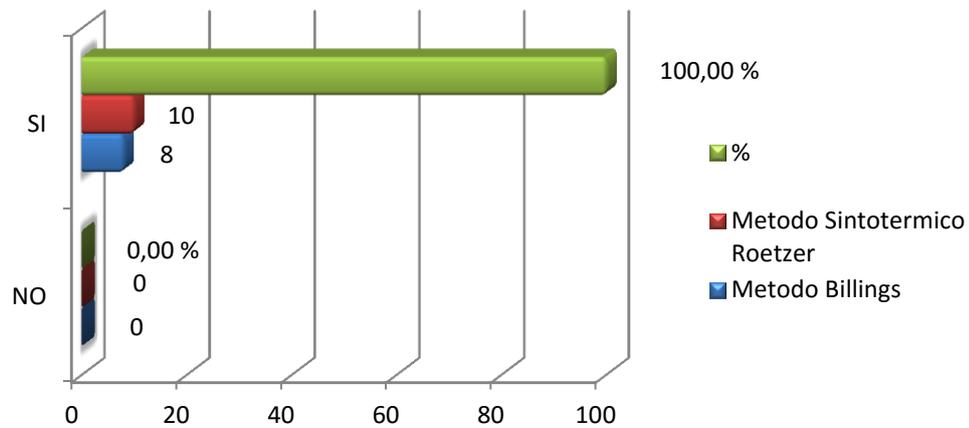
distinguere i limiti del periodo fertile>>. Dunque, sono sicuri proprio perché “naturalisti”, poiché rispondono alla biologia e la fisiologia del proprio corpo (34.78%). La sicurezza è confermata dall’esperienza concreta delle donne intervistate (17.39%): <<essendo consapevoli si è liberi e in questo caso la libertà è nelle mani della coppia: l’efficacia non è data più dallo strumento, bensì dalla volontà e la responsabilità dei coniugi>> (8.70%), oltre ad avere una loro valenza scientifica (8.70%). Ovviamente, il 26.09% delle utenti sottolinea che per potersi definire veramente sicuri, è importante che la donna e la coppia si affidino ad un insegnante qualificata a cui poter far riferimento nel corso del tempo e che condividano l’impegno nell’osservazione quotidiana e meticolosa dei segni di fertilità, sentendosi ugualmente protagonisti e responsabili della sessualità e fertilità di coppia.

Nessuna delle donne li giudica non affidabili, mentre una sola utente del metodo Billings, ha dichiarato di non essere in grado di esprimersi a riguardo, in quanto al momento dell’intervista aveva incominciato ad utilizzarli da un solo mese.

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	%
NO	0	0	0,00	0,00
SI	7	10	17,00	94,44
Non saprei	1	0	1,00	5,56
Totale	7,00	10,00	17,00	94,44

Domanda n° 22

Tutte le donne intervistate hanno condiviso la scelta di adottare i metodi naturali per la regolazione delle nascite, in accordo con il proprio partner.



Domanda n° 23

Il 50% delle donne intervistate ritiene che la scelta del metodo per posticipare le nascite debba essere una decisione da prendere in due: *<<la fertilità non è una peculiarità unica della donna, ma è essenzialmente una ricchezza della coppia e, in quanto tale, è importantissimo, ai fini del bene comune, che il modo di gestire la fertilità sia una scelta condivisa>>*. Anche perché è importante coinvolgere l'uomo nella vita sessuale senza delegare la responsabilità dell'unione a uno dei due. Ad esempio per alcune delle utenti è fondamentale la collaborazione dell'uomo nella corretta compilazione delle tabelle, per cui è indispensabile che il partner sia complice e d'accordo in questa scelta di vita. Oltretutto, i periodi di astinenza/fertilità devono essere condivisi e non subiti da uno e dettati dall'altro, altrimenti sarebbero una violenza, verrebbe meno l'unione di coppia che è il fine della sessualità e perciò, anche dei metodi (31.82%). In ultimo, la collaborazione del partner è importante se si vogliono sperimentare dei benefici per il rapporto di coppia: *<<la conoscenza dei periodi della donna aiuta non solo quest'ultima all'autoconsapevolezza, ma anche l'uomo nel suo rapportarsi a lei e, di conseguenza, la relazione e la comunicazione fra i due ne escono rafforzate>>* (18.18%).

La domanda in questione era a risposta aperta, motivo per cui ogni donna aveva la possibilità di esprimere più di una motivazione alla base della propria scelta.

Domanda n° 24

Tutte le utenti del metodo Roetzer e il 50% del Billings dichiarano di vivere con assoluta serenità e naturalezza il fatto di avere rapporti sessuali completi senza l'appoggio di altri metodi anticoncezionali durante i periodi sterili del ciclo mestruale. L'altro 50% del campione di donne che seguono il metodo Billings affermano di essere abbastanza tranquille. Non sono stati espresse considerazioni negative

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	%
Assolutamente NO	0	0	0,00	0,00
Più NO che SI	0	0	0,00	0,00
Più SI che NO	4	0	4,00	22,22
Assolutamente SI	4	10	14,00	77,78
Non saprei	0	0	0,00	0,00
Totale	8,00	10,00	18,00	100,00

Domanda n° 25

Di fronte all'osservanza dei periodi di continenza periodica durante i periodi fertili del ciclo mestruale, il 50.00% delle coppie erano da subito convinte e sicure di potercela fare, il 27.78% erano preoccupate in quanto temevano di non riuscirvi, mentre il 22.22% delle partecipanti e i loro

partner l'anno considerata una sfida, un'occasione per poter mettere alla prova loro come persone ed il loro rapporto di coppia.

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	%
Eravamo scettici	0	0	0,00	0,00
Eravamo preoccupati per l'idea di non riuscirvi	2	3	5,00	27,78
L'abbiamo considerata una sfida per mettere alla prova noi ed il nostro rapporto	1	3	4,00	22,22
Eravamo convinti e sicuri di potercela fare	5	4	9,00	50,00
Totale	8,00	10,00	18,00	100,00

Domanda n° 26

Quasi la totalità delle partecipanti allo studio giudicano positivamente la continenza periodica: in particolare, il 77.78% ritengono che sia un elemento assolutamente rafforzante il rapporto di coppia, mentre il 16.67%, ha optato per l'opzione "Più SI che NO". Infine, un'unica donna ha detto di non essere in grado di esprimere un proprio parere a riguardo (si tratta sempre della medesima utente del metodo Billings che ha iniziato l'osservazione dei segni di fertilità da solo un mese).

Risposte	Metodo Billings	Metodo Sintotermico Roetzer	Totale	%
Assolutamente NO	0	0	0,00	0,00
Più NO che SI	0	0	0,00	0,00
Più SI che NO	3	0	3,00	16,67
Assolutamente SI	4	10	14,00	77,78
Non saprei	1	0	1,00	5,56
Totale	8,00	10,00	18,00	100,00

Domanda n° 27

La continenza periodica è un elemento che può dunque rafforzare il rapporto di coppia poiché con l'astinenza ed il "ritmo" si impara il rispetto dei corpi e dell'atto sessuale come nutrimento fondamentale del matrimonio: <<Permette di apprezzare l'altro in tutta la sua unicità e non di considerarlo solamente come un mezzo per il proprio soddisfacimento>> (36.00%). L'astinenza diventa un'occasione da proteggere per poter coltivare altre espressioni d'amore: <<Mio marito non era stato abituato ad amare con coccole, tenerezze e attenzioni che sono importanti per me. Grazie al Metodo siamo diventati veri amanti>>. Con l'osservanza della continenza periodica, il partner può dimostrare alla moglie tutto il suo rispetto e l'accoglienza piena della sua fertilità, come una ricchezza della coppia invece che come una scomodità (24.00%). Secondo la testimonianza di altre donne, i metodi naturali diventano a tutti gli effetti uno stile di vita e un'occasione preziosa per poter lavorare sul rapporto, stimolando la comunicazione e il dialogo (20.00%). In particolare, parlando

della propria esperienza, un'utente del metodo Roetzer ha raccontato: <<Ci ha obbligato a dialogare sulla nostra sessualità e questo ci ha permesso di liberarci di molti tabù. Oggi ci amiamo molto più intensamente>>. Dunque può aumentare la complicità e l'intimità che non è più guidata dal puro istinto: <<Si cresce e si matura insieme come coppia>>. Un altro elemento sicuramente positivo è la capacità che si acquisisce di imparare ad attendere il rapporto sessuale e ad evitare di considerarlo una routine (16.00%). L'attesa vissuta amandosi comunque 24 ore al giorno aiuta a vivere il dono dell'incontro sessuale con una maggiore armonia. Una delle donne intervistate che usa i metodi naturali ormai da 14 anni ha dichiarato di sentirsi finalmente capita e amata dal coniuge, verso il quale nutre un grande rispetto, sicuramente maggiore rispetto ai primi anni di fidanzamento e di matrimonio. La relazione ne beneficia anche sul piano della fedeltà reciproca. Bisogna tuttavia considerare, che all'inizio la continenza periodica può spaventare e può addirittura mettere il rapporto un po' in crisi, soprattutto se non la si ha mai sperimentata prima. Con il tempo tuttavia lo rafforza, si diventa più complici ed uniti (4.00%).

La domanda in questione era a risposta aperta, motivo per cui ogni donna aveva la possibilità di esprimere più di una motivazione alla base della propria scelta.

7.5 Discussione e Conclusioni

Dall'analisi dei dati dei questionari somministrati ai due differenti campioni, si possono trarre alcune conclusioni.

Se consideriamo solamente la popolazione femminile che ha deciso di aderire allo studio tramite la compilazione del primo questionario presso le strutture consultoriali, è allarmante il dato del 48.16% di donne che hanno dichiarato di non utilizzare attualmente alcun metodo per la regolazione

della fertilità. Quanto appena detto si aggiunge poi al fatto che la pratica del coito interrotto è il terzo “metodo” per distanziare le nascite più frequentemente prescelto dalle donne e/o dalle coppie (17.39%).

La letteratura scientifica infatti, ha sottolineato ormai da tempo il fatto che questo atteggiamento è associato ad elevati tassi di fallimento e dunque espone la coppia ad un rischio importante di andare incontro ad una gravidanza indesiderata: non vi è dunque consapevolezza, né responsabilità nei confronti propri e dell'altro, nel decidere di fare una scelta del genere. Anche perché il muoversi in questa direzione si traduce facilmente in una maggiore richiesta di interruzioni volontarie di gravidanza, esponendo la componente femminile ad un vero e proprio disagio fisico e psichico. Al contrario, i due metodi di regolazione delle nascite più frequentemente utilizzati, probabilmente per la loro facilità d'uso e per gli elevati tassi di efficacia sono il preservativo (46.38%) e a seguire la pillola estro-progestinica (23.19%). Tuttavia, in particolar modo per quanto concerne la contraccezione ormonale combinata, è opportuno dire che se sicuramente c'è una maggiore informazione, consapevolezza e quindi libertà di scelta alla base, dall'altra parte, la responsabilità non è mai totalmente condivisa. Infatti, nonostante dalle risposte della domanda numero 19 risulti che la maggior parte delle donne ritengono fondamentale la complicità della volontà di scelta con il proprio partner (93.06%), il resto del campione non ne è affatto d'accordo. La giustificazione diventa subito evidente: il 35.29% delle donne in questione utilizzano come metodo anticoncezionale proprio la contraccezione ormonale orale e quando è stato chiesto loro quali fossero le ragioni per cui ritenessero che la sessualità e la regolazione della fertilità dovessero riguardare solo una delle due componenti della coppia, il 66.67% ha risposto di sentire il peso della responsabilità totalmente sulle proprie spalle e l'8.33% che, considerando l'ammontare dei possibili effetti collaterali ai quali si va incontro, è la donna che ha l'obbligo di decidere, per rispetto a sé stessa,

se assumere o meno ormoni. Di conseguenza, sembra che a volte, il modo di vivere la sessualità possa addirittura dividere piuttosto che unire e rafforzare il rapporto di coppia.

Per quanto riguarda i metodi naturali, il 41.22% non li conosce affatto, mentre nel resto dei casi, le poche nozioni che le donne hanno, sono per lo più frutto di una curiosità personale e di ricerche tramite web (26.47%), di qualche breve insegnamento avuto in contesti scolastici/universitari (14.71%) o dai discorsi fatti tra amiche (14.71%). Solamente il 9.41% ha dichiarato di averne sentito parlare dal ginecologo e il 5.29% dall'ostetrica del consultorio. Oltretutto, quando si è chiesto alle donne di specificare la motivazione per la quale non li avessero mai adottati, il 43.56% ha affermato di ritenerli poco sicuri e inaffidabili.

E' evidente dunque che se da una parte si parla troppo poco di metodi naturali, dall'altra parte lo si fa probabilmente anche perché i ginecologi e le ostetriche, che sono le professioniste della fisiologia, credono poco nella loro validità, sia sul piano della praticabilità che, in particolar modo, su quello dell'efficacia. Quindi, così come sostiene da tempo la letteratura scientifica, vi è la necessità di una maggiore informazione e formazione dei professionisti della salute sessuale e riproduttiva, affinché venga garantita, alle coppie che lo desiderano, un'alternativa valida alla contraccezione tradizionale.

Dall'analisi della domanda numero 11 si può evincere anche che all'interno del campione totale delle 245 donne, vi è la rappresentanza, seppure esigua, di donne che hanno dichiarato di utilizzare attualmente dei metodi naturali per regolare la propria fertilità. Tuttavia, come si è già specificato, solamente un'utente del metodo Billings sembrerebbe applicare il metodo fedelmente, vale a dire avendo rapporti sessuali completi nei periodi sterili del ciclo mestruale e osservando la continenza periodica durante la fase fertile peri-ovulatoria. È anche l'unica donna che è stata introdotta ai metodi naturali grazie al consiglio della sua ginecologa

e che ritiene che l'astinenza sia un preziosissimo aiuto per rafforzare il rapporto di coppia in quanto: <<*Permette il dialogo e la comprensione reciproca, ma soprattutto, lascia più spazio alla tenerezza*>>. In tutti gli altri casi, abbiamo donne che utilizzano l'osservazione del muco cervicale, eventualmente combinato con la temperatura basale, gli stick ovulatori e l'aiuto di app e calcoli tramite i giorni del calendario, per determinare i limiti dei giorni sterili del ciclo, nei quali avere rapporti sessuali in libertà. Durante i periodi fertili tuttavia, le utenti hanno dichiarato di utilizzare di routine dei sistemi di back-up quali il condom o il coito interrotto.

Le stesse donne hanno anche riferito di non essere mai state informate o guidate verso questa scelta da una figura professionale, ma di aver reperito informazioni principalmente tramite internet, leggendo dei libri e riviste e discutendone in un contesto informale tra amiche.

I dati appena analizzati sono alquanto allarmanti, soprattutto se si considera che mancano gran parte dei criteri che ci permettono di definire i metodi naturali come sistemi efficaci e sicuri. In primis, manca l'informazione da parte di persone autorevoli ed esperte, che siano ginecologi, ostetriche o insegnanti dei metodi stessi. In secondo luogo, non c'è la conoscenza approfondita da parte della donna di sé stessa, della ciclicità fisiologica che è prerogativa insostituibile dei metodi naturali e in ultimo, manca la corretta applicazione del metodo. A giustificazione di quanto appena detto, il 66.67% delle donne ha dichiarato che sia lei che il suo partner avrebbero difficoltà a vivere la continenza periodica, in quanto credono che possa solo mettere in crisi il loro rapporto di coppia.

Questi dati fanno sicuramente riflettere, anche perché il rischio di scambiare erroneamente i metodi naturali per dei sistemi "fai da te", è che ci si può esporre ad una probabilità di errore che è elevatissima e che può arrivare addirittura a costare una vita.

Il confronto con le utenti dei metodi Billings e sintotermico Roetzer che hanno risposto alle domande del secondo questionario, è evidente.

Si tratta di donne di nazionalità prevalentemente italiana (94.44%) e con un livello di istruzione sicuramente elevato (le laureate rappresentano il 77.78% del totale).

Tutte quante sono coniugate e hanno dichiarato di aver iniziato ad utilizzare i metodi naturali solamente dopo l'unione coniugale. E' chiaro che la nuzialità non è un elemento esclusivo per l'applicazione dei metodi. Tuttavia, attraverso la regolazione naturale della fertilità, ci si dona completamente, nella totalità della propria persona all'altro, condizione che trova la sua più reale espressione proprio nel matrimonio. La giustificazione non va dunque cercata nel falso mito comune del fatto che, siccome i metodi naturali sono soggetti inevitabilmente al fallimento, la nuzialità implicherebbe quasi una sicurezza contro le richieste di interruzione volontaria di gravidanza. Ciò che realmente "salva" dall'aborto volontario non è tanto lo stato civile, quanto l'intenzione e la volontà profonda delle coppie.

Successivamente, all'analisi della domanda n° 13 si evince che la maggior parte delle coppie hanno deciso di interessarsi ai metodi naturali per ragioni di fede, morali ed etiche (33.33%), per avere una maggiore conoscenza di sé stessa e consapevolezza della propria femminilità (25.93%) ed infine per ovviare alla necessità di assumere inutilmente degli ormoni, al fine di regolare un processo che è assolutamente fisiologico (25.93%). Il fatto che sia la religione il principale "motus operandi" è assolutamente comprensibile se si considera che il 30% delle utenti è venuta a conoscenza dei metodi naturali proprio in un contesto ecclesiastico. Anche in questo caso, solo il 15% ha dichiarato di essere stata consigliata dal ginecologo. A questo proposito, se si analizzano più precisamente i dati relativi a questa domanda, si può notare che si tratta di tutte utenti del centro "Amore e Vita" ed il ginecologo in questione è il Dott. Angelo Francesco Filardo, che è anche insegnante del metodo Billings insieme alla moglie Concetta Furfaro. Questi dati dunque, non fanno che

confermare quanto detto sopra circa il ruolo “mancante” di ginecologi e ostetriche che operano sul territorio, negli ospedali pubblici o nel privato.

Dopo aver appreso dell'esistenza del metodo, tutte le coppie sono state seguite assiduamente dalle insegnanti diplomate dei due metodi, che sono state fondamentali nel superamento delle iniziali difficoltà nella rilevazione dei segni clinici di fertilità. Dai dati della domanda n° 16 infatti, risulta che per entrambi i metodi, durante la fase di apprendimento, ci sono state delle problematiche: sia nella capacità di comprendere cosa sia effettivamente il muco cervicale, che nella manovra dell'autopalpazione della cervice.

Di fronte a quanto appena detto non c'è da stupirsi, soprattutto se si considera che l'atteggiamento delle donne moderne e, ancor peggio, dei professionisti della salute sessuale e riproduttiva, è quello di delegare tutto, perfino la propria fertilità, impedendo così alla persona di conoscersi fino in fondo.

Se le donne si conoscessero veramente non avrebbero timore e sarebbero più libere e consapevoli delle proprie scelte.

Passando in seguito all'analisi della domanda n° 18, apprendiamo che una sola donna ha avuto una gravidanza indesiderata in seguito alla messa in pratica del metodo Billings e che, come da lei raccontato, è stata la conseguenza di un abbandono consapevole delle regole e non dovuta al fallimento del metodo stesso. Infatti, il 94.44% delle donne li ritiene sicuri (compresa l'utente di cui si è appena parlato).

Le risposte alla domanda n° 25 ci permettono di apprendere chiaramente che non tutte le coppie erano sicure e convinte fin dall'inizio di poter vivere il metodo fedelmente, soprattutto per quello che concerne la continenza periodica. Addirittura, il 27.78% erano preoccupate per paura di non riuscirvi. Tuttavia, tutte le donne (ad eccezione di un'utente del metodo Billings che ha iniziato ad approcciarsi al metodo da meno di un mese) hanno dichiarato di considerare la continenza periodica un elemento

importante che stimola l'aumento del desiderio e la ricerca costante dell'armonia di coppia.

L'ultima osservazione riguarda proprio la coppia, la quale, è assolutamente privilegiata dai metodi naturali.

Ciò che distingue i contraccettivi convenzionali dalla regolazione naturale della fertilità, oltre al fatto che la donna è veramente padrona del proprio corpo e del proprio destino, come è già stato sottolineato, è anche il fatto che la responsabilità è di entrambi e non ricade mai solamente su uno o sull'altro. La collaborazione del partner è fondamentale e in questo il 100% delle utenti sono d'accordo. Addirittura, si può arrivare ad affermare che l'efficacia del metodo non è tanto data dal metodo in sé per sé ma dalla coppia, dalle loro intenzioni e volontà. L'uomo può aiutare la propria compagna nella compilazione delle tabelle, affinché sia in grado di discernere in quale fase del ciclo mestruale la fertilità della donna sia e poter così collaborare per condividere con lei i momenti di astinenza. Altrimenti, se non ci fosse un'attenzione particolare dell'uomo, l'atto sessuale si tradurrebbe semplicemente in una "violenza" per uno dei due. Dunque, in conclusione, quasi metà della popolazione considerata nello studio non sapeva neanche dell'esistenza dei metodi naturali e anche tra coloro che ne hanno sentito parlare in precedenza, prevale di gran lunga l'idea che siano dei metodi del tutto inaffidabili.

Molto concretamente invece, abbiamo visto che se correttamente insegnati e applicati, se c'è la complicità del partner e la donna conosce molto bene sé stessa, la regolazione naturale della fertilità può essere una scelta possibile, accettabile e sicura (sia sul piano della salute che dell'efficacia).

Quanto appena detto, denuncia sicuramente una mancanza di interesse circa questo argomento, che dovrebbe essere colmata in primis dai ginecologi e dalle ostetriche. Quindi, si potrebbe incominciare con il dare uno spazio maggiore, nei programmi dei Corsi di Laurea in Ostetricia,

all'insegnamento della regolazione naturale della fertilità. Anche perché, come è ben descritto nel Codice Deontologico dell'ostetrica/o, quest'ultima è la figura professionale più adatta per "educare" la donna e la coppia verso il rispetto e il mantenimento dello stato di salute sessuale e riproduttivo: << *L'ostetrica/o per la tutela e l'attuazione del diritto alla procreazione cosciente e responsabile, presta ed assicura con ogni mezzo a sua disposizione, sostegno ed informazioni sui temi della sessualità, della riproduzione e della contraccezione*>>.

Sarebbe auspicabile anche evitare di fornire informazioni circa i metodi naturali che sono ormai superate da tempo, non veritiere e frutto solamente di pregiudizi e "luoghi comuni". Oltretutto, laddove gli stessi professionisti della salute non abbiano le competenze per consigliare adeguatamente ed in maniera corretta le utenti che chiedono loro informazioni a riguardo, dovrebbero sapere che esistono in tutta Italia delle insegnanti diplomate e abilitate volontarie, specializzate nei singoli metodi, con le quali poter collaborare, nel rispetto di programmi di salute multidisciplinari.

Cambiare la mentalità delle donne moderne, abituate a vite e tempi frenetici, che hanno ormai perso la "pazienza" e "l'interesse" ad ascoltarsi per potersi conoscere veramente è sicuramente una bella sfida. Una delle strategie per vincerla è poter partire proprio dall'ostetrica/o che è la professionista della fisiologia: incominciare a guardare con uno sguardo nuovo a delle modalità di regolazione della fertilità naturali e alternative alla contraccezione tradizionale, per vincere lo scetticismo e far emergere la potenza endogena del corpo femminile.

Sigle e Abbreviazioni

ACOG = Associazione Americana degli Ostetrici e Ginecologi

BMI = Indice di Massa Corporea

BBT = Metodo della Temperatura Basale

C.A.Me.N = Centro Ambrosiano Metodi Naturali

CEI = Conferenza Episcopale Italiana

CIC = Contraccettivi Combinati Iniettabili

CICRNF = Confederazione Italiana dei Centri per la Regolazione Naturale della Fertilità

COCs = Contraccettivi Orali Combinati

CRH = Ormone di Rilascio della Corticotropina

CVR = Anello Vaginale Contraccettivo

EBM = Medicina Basata su Prove d'Efficacia

FABM = Metodi Basati sulla Consapevolezza della Fertilità

FIL = Fattore Inibente la Lattazione

FIVET = Fertilizzazione in Vitro con Embryo Transfer o Fecondazione in Vitro

FSH = Ormone Follicolo Stimolante

GEU = Gravidanza Extrauterina

GnRH = Ormone di rilascio delle Gonadotropine

GnRH-R = Recettore per l'Ormone di Rilascio delle Gonadotropine

hCG =Gonadotropina Corionica Umana

HIV = Virus dell'Immunodeficienza Umana

HPV =Papilloma Virus Umano

IP = Indice di Pearl

ICSI = Iniezione Intracitoplasmatica dello Spermatozoo

IEEF = Istituto Europeo di Educazione Familiare

IFFLP = Federazione Internazionale per la Promozione della Vita Familiare

INER = Istituto per l'Educazione alla Sessualità e alla Fertilità

IPPF = Federazione Internazionale per la Pianificazione Familiare

IRH = Istituto per la Salute Riproduttiva
IUD = Dispositivo Intrauterino o Spirale Intrauterina
LAM = Metodo dell'Amenorrea da Lattazione
LARCs = Contraccettivi Reversibili a Lunga Durata d'Azione
LH = Ormone Luteinizzante
MAP = Medrossiprogesterone Acetato
MN = Metodi Naturali
MOB = Metodo dell'Ovulazione Billings
MST = Malattie Sessualmente Trasmesse
NFP = Pianificazione Familiare Naturale
OCSE = Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
OMS = Organizzazione Mondiale della Sanità
OUE = Orificio Uterino Esterno
OUI = Orificio Uterino Interno
PCOS = Sindrome dell'Ovaio Policistico
PID = Malattia Infiammatoria Pelvica
POPs = Pillola Progestinica o Minipillola
QNFB = Quadro Non Fertile di Base
RDM = Regola di Doring Modificata
RNF = Regolazione Naturale della Fertilità
SDM = Standard Day Method
SMIC = Società Medica Italiana per la Contraccezione
SNC = Sistema Nervoso Centrale
STM = Metodo Sintotermico
TFT = Tasso di Fecondità Totale
TRH = Ormone di rilascio della Tireotropina
WHI = Iniziativa per la Salute delle Donne
WHO = World Health Organization
WOOMB = Organizzazione Mondiale del Metodo dell'Ovulazione Billings

Bibliografia e Sitografia

1. Filardo A.F. Metodi Naturali. Verità e Libertà dell'Uomo, Atti dell'Incontro Nazionale di Sensibilizzazione sulla P.N.F. per Operatori dei Centri di Aiuto alla Vita in occasione del VI Convegno Nazionale dei C.A.V. Foligno: 9-10 novembre 1986.
2. www.sicontraccezione.it
(Ultima consultazione 28/12/2015)
3. www.amber-ambreinclusions.info/nuovacontraccezione.html#C.D.Indicator
(Ultima consultazione 07/12/2015)
4. Ober, K. G. "[Wilhelm Hillebrand MD honoris causae]." *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 20 (1960): 188-192.
5. Holt, J. G. H. *Geburtenregelung auf biologischem Wege: der Zusammenhang zwischen Fruchtbarkeit und Körpertemperatur der Frau; mit 6 Tabellen.* Deuticke, (1959).
6. http://it.planificacionfamiliarnatural.es/otros_metodos_PFN.html
(Ultima consultazione 13/12/2015)
7. J. Rotezer, E. Roetzer, S. Giroto, G. Stevanella, *La Regolazione naturale della fertilità. L'arte di vivere la fertilità secondo il metodo sintotermico Roetzer.* Terza edizione. Verona: Editore Cortina; (2008).
8. www.rm.unicatt.it/cdr/regnatfert
(Ultima consultazione 17/12/2015)
9. www.fondazioneccamen.org
(Ultima consultazione 10/02/2016)
10. www.ineritalia.org
(Ultima consultazione 23/01/2016)
11. Conclusioni del Congresso Teologico-Pastorale su: "La Familiaris Consortio" Nel suo XX anniversario, dimensione antropologica e pastorale. (Pontificio Consiglio per la Famiglia, 20 Dicembre 2001)

12. <http://users.unimi.it/fisibioc/lezione%2012.pdf>
(Ultimo accesso 09/03/2016)
13. Ministero della Salute. Piano Nazionale per la Fertilità. Difendi la tua fertilità, prepara una culla nel tuo futuro; (2014).
14. Social indicators, O. E. C. D. "Society at a Glance 2014." (2014).
15. Istat . Avere figli in Italia negli anni 2000; (2014).
16. Dunson, David B., Bernardo Colombo, and Donna D. Baird. "Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle." *Human reproduction* 17.5 (2002): 1399-1403
17. Schmid V. Noi, donne obsolete, che mestruiamo e partoriamo ancora. *Nascita e Vita Consapevole. Salutogenesi e Parto Naturale.*
18. S. Lucci, S. Poletti, *Lo sviluppo sostenibile. Alpha Test*; (2004).
19. <http://www.smicontraccezione.it/agendapianificazionefamiliare/index.html>
(Ultima consultazione 20/12/2015)
20. World Health Organization. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. World Health Organization, (2014).
21. Singh, Susheela, and Jacqueline E. Darroch. "Adding it up: Costs and benefits of contraceptive services." *Guttmacher Institute and UNFPA* (2012).
22. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>
(Ultima consultazione 27/12/2015)
23. P. De Sandre, Definizione di: "Pianificazione Familiare". *Enciclopedia Treccani; V Appendice*: (1994)
24. Burness, Celeste B. "Extended-Cycle Levonorgestrel/Ethinylestradiol and Low-Dose Ethinylestradiol (Seasonique®): A Review of Its Use as an Oral Contraceptive." *Drugs* (2015): 1-8.

25. C. Benedetto, G. Grassi, L. Bonino, S. Pelissetto. Anello vaginale e Cerotto, Società Italiana della riproduzione, 2 ottobre 2006.
26. Dal'Ava, Natália, et al. "Body weight and body composition of depot medroxyprogesterone acetate users." *Contraception* 90.2 (2014): 182-187.
27. Huijbregts, Richard PH, Katherine G. Michel, and Zdenek Hel. "Effect of progestins on immunity: medroxyprogesterone but not norethisterone or levonorgestrel suppresses the function of T cells and pDCs." *Contraception* 90.2 (2014): 123-129.
28. Flamigni C., Pompili A. La contraccezione con soli progestinici. La spirale medicata. In: Flamigni C., Pompili A. *Contraccezione*. Roma: L'asino d'oro Edizioni; (2011): 97.
29. Fleming, Charlotte F. "Long-acting reversible contraceptives." *The Obstetrician & Gynaecologist* 11.2 (2009): 83-88.
30. Blumenthal, P. D., A. Voedisch, and K. Gemzell-Danielsson. "Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting reversible contraception." *Human reproduction update* 17.1 (2011): 121-137.
31. <http://oggiscienza.it/2014/07/17/un-microchip-sottopelle-come-contraccettivo/>
(Ultima consultazione 28/12/2015)
32. Malkani, P. K., and Sabita Sujan. "Sperm migration in the female reproductive tract in the presence of intrauterine devices: a preliminary report." *American journal of obstetrics and gynecology* 88 (1964): 963-964.
33. Flamigni C., Pompili A. La contraccezione definitiva. Le sterilizzazioni. In: Flamigni C., Pompili A. *Contraccezione*. Roma: L'asino d'oro Edizioni; (2011): 162-168
34. Kost, Kathryn, and Stanley Henshaw. "US teenage pregnancies, births and abortions, 2010: National and state trends by age, race and ethnicity." New York: Guttmacher Institute (2014).

35. Smith, Jennifer S., et al. "Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review." *The Lancet* 361.9364 (2003): 1159-1167.
36. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. "Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies." *The Lancet* 347.9017 (1996): 1713-1727
37. Vinogradova, Yana, Carol Coupland, and Julia Hippisley-Cox. "Use of combined oral contraceptives and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases." *bmj* 350 (2015): h2135.
38. www.whi.org
(Ultima consultazione 04/01/2016)
39. World Health Organization. Reproductive Health. Medical eligibility criteria for contraceptive use. World Health Organization, (2015).
40. Agenzia Italiana del Farmaco. Klaira®. Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto. 14 Luglio 2015.
41. Moynihan, Ray. "Merck defends Vioxx in court, as publisher apologises for fake journal." *BMJ* 338 (2009): b1914.
42. European Medicines Agency. Zoely: EPAR- Product Information. 28 January 2016.
43. Sufrin, Carolyn B., et al. "Neisseria gonorrhoea and Chlamydia trachomatis screening at intrauterine device insertion and pelvic inflammatory disease." *Obstetrics & Gynecology* 120.6 (2012): 1314-1321.
44. Morrison, Charles S., et al. "Identifying appropriate IUD candidates in areas with high prevalence of sexually transmitted infections." *Contraception* 75.3 (2007): 185-192.
45. Wilks, John. *A Consumer's guide to the Pill and Other Drugs*. 3rd ed. (Mandaluyong, Philippines: National Books Store, Inc., 2000).

46. Manhart, Michael D., et al. "Fertility awareness-based methods of family planning: a review of effectiveness for avoiding pregnancy using SORT." *Osteopathic Family Physician* 5.1 (2013): 2-8.
47. Gnoth, Ch, et al. "Time to pregnancy: results of the German prospective study and impact on the management of infertility." *Human Reproduction* 18.9 (2003): 1959-1966
48. Hilgers, T. W., et al. "Cumulative pregnancy rates in patients with apparently normal fertility and fertility-focused intercourse." *The Journal of reproductive medicine* 37.10 (1992): 864-866.
49. www.treccani.it/vocabolario/ipofertilita/
(Ultima consultazione 16/02/2016).
50. Astorri AL. Tesi di Specializzazione in Ginecologia ed Ostetricia: Impegno dell'Università Cattolica di fronte alle attuali sfide nel campo della fertilità umana. Valutazione di un protocollo diagnostico-terapeutico per un approccio alternativo alla sterilità di coppia. Relatore D.ssa G. Pompa. A.A. 1997/98.
51. Giacchi E. Stato dell'arte del protocollo "Metodi Naturali e ricerca della gravidanza" in Saporisi A., Girotto S. ed. *La ricerca della gravidanza nell'infertilità di coppia: percorso clinico fondato sulla conoscenza della fertilità*; Roma, 28 Febbraio–1 Marzo 2014. Verona: Edizione Libreria Cortina, 2011.
52. Frigerio B. Presentati i nuovi dati sui Metodi Naturali come rimedio all'infertilità: hanno successo nel 71% dei casi. *Tempi*, 2 Marzo 2014.
53. Ministero della Salute. Relazione del Ministero della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in "materia di procreazione medicalmente assistita (legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15)". Roma, 30 Giugno 2014.
54. Filardo A. F. Riflessioni osservazioni suggerimenti sui disegni di legge presentati al parlamento sulla procreazione medicalmente assistita eterologa. Roma, 23 Settembre 2014.
55. World Health Organization. *Progress Report in Reproductive Health Research*, No. 23. Geneva, Switzerland; (2003).

56. Rutstein, Shea Oscar, and Iqbal H. Shah. "Infecundity infertility and childlessness in developing countries." (2004).
57. Cwikel, Julie, Y. Gidron, and E. Sheiner. "Psychological interactions with infertility among women." *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 117.2 (2004): 126-131.
58. Domar AD, Zuttermeister PC, Seibel M, Benson H. Psychological improvement in infertile women after behavioral treatment: a replication. *Fertility and Sterility* (1992);58:144-7.
59. Daniluk JC. Gender and infertility. In Leiblum SR (ed.). *Infertility, Psychological Issues and Counseling Strategies*. New York: John Wiley & Sons, (1997):103-25.
60. Glover L, Gannon K, Sherk I, Abel P. Distress in sub-fertile men: a longitudinal study. *J Reprod Infant Psychol* (1996):14:23-36.
61. Domar AD, Seibel MM. Emotional aspects of infertility. In Seibel MM (ed.). *Infertility: A Comprehensive Text*. Stamford: Appleton & Lange, (1997):29-44.
62. Wright, John, et al. "Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently." *Fertility and sterility* 55.1 (1991): 100-108.
63. Edelman, Robert J., Michael Humphrey, and David J. Owens. "The meaning of parenthood and couples' reactions to male infertility." *British Journal of Medical Psychology* 67.3 (1994): 291-299.
64. Mahlstedt, Patricia P. "The psychological component of infertility." *Fertility and sterility* 43.3 (1985): 335-346.
65. Frank-Herrmann, P., et al. "The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study." *Human Reproduction* 22.5 (2007): 1310-1319.
66. Potter, Robert G. "Application of life table techniques to measurement of contraceptive effectiveness." *Demography* 3.2 (1966): 297-304.

67. European Study Group. "European Multi-center Study of Natural Family Planning (1989-1995): efficacy and drop-out. The European Natural Family Planning Study Groups." *Advances in Contraception* 15 (1999): 69-83.
68. Qian, S. Z. "China successfully launching Billings Ovulation Method." *Bulletin of the Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia* 30.2 (2003).
69. Warniment, Crista B., and K. I. R. S. T. E. N. Hansen. "Is natural family planning a highly effective method of birth control? Yes: natural family planning is highly effective and fulfilling." *American family physician* 86.10 (2012): Online.
70. Trussell, James, and Laurence Grummer-Strawn. "Further analysis of contraceptive failure of the ovulation method." *American journal of obstetrics and gynecology* 165.6 (1991): 2054-2059.
71. Saxena, Badri N. "Field Trial of Billings Ovulation Method of Natural Family Planning-Indian Council of Medical Research Task Force on Natural Family Planning." *Contraception* 2.53 (1996): 69-74.
72. Frank-Herrmann, P., et al. "Natural family planning with and without barrier method use in the fertile phase: efficacy in relation to sexual behavior: a German prospective long-term study." *Advances in contraception* 13.2-3 (1997): 179-189.
73. Sinai, Irit, Victoria Jennings, and Marcos Arévalo. "The importance of screening and monitoring: the Standard Days Method and cycle regularity." *Contraception* 69.3 (2004): 201-206.
74. Arévalo, Marcos, et al. "Efficacy of the new TwoDay Method of family planning." *Fertility and Sterility* 82.4 (2004): 885-892.
75. Filardo A.F. *Perché i Metodi Naturali? Motivazioni scientifiche in Filardo A.F. ed. Metodi Naturali. Verità e Libertà dell'Uomo. Foligno, 9-10 Novembre 1986: 26-36.*
76. Pyper, C. M. M. "Fertility awareness and natural family planning." *European J. of Contraception and Reproductive Healthcare* 2.2 (1997): 131-146.

77. Arisi, Emilio. "Consumo e compliance dei contraccettivi ormonali." *Riv It Ost Gin* 2 (2004): 63-8.
78. <https://comunicazionedigenere.wordpress.com/2015/05/02/contraccezione-in-italia-troppo-costosa-e-poco-accessibile/>
(Ultima consultazione 15/01/2016)
79. <http://www.linkiesta.it/it/blog-post/2013/04/17/condom-un-bene-di-lusso-quanto-mi-costi/15945/>
(Ultima consultazione 15/01/2016)
80. www.babycomp-it.org
(Ultima consultazione 15/01/2016)
81. Stanford, Joseph B., Poppy B. Thurman, and Janis C. Lemaire. "Physicians' knowledge and practices regarding natural family planning." *Obstetrics & Gynecology* 94.5, Part 1 (1999): 672-678.
82. Choi, J., S. Chan, and E. Wiebe. "Natural family planning: physicians' knowledge, attitudes, and practice." *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC= Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC* 32.7 (2010): 673-678.
83. Duane, Marguerite, Robert Motley, and Michael Manhart. "Physicians need more education about natural family planning." *American family physician* 88.3 (2013): 158-9.
84. Filardo A.F. *Metodi Naturali. L'autoconoscenza della fertilità della donna, risorsa personale, sponsale, professionale e pastorale.* Roma: Edizioni Internazionali; (2012).
85. M. Barbato, "Valenza scientifica e clinica dei metodi naturali: la RNF come tutela per la salute delle generazioni future". Lodi, 18 Ottobre 2008.
86. World Health Organization, A perspective multicentre trial of the ovulation method of natural family planning. II: the effectiveness phase. *Fertil. Steril.* 36 (1981): 591- 598.
87. Fehring, Richard J. *Couples' Views of the Effects of Natural Family Planning on Marital Dynamics.* 2010.

88. Rosenberg, Michael J., Michael S. Waugh, and Thomas E. Meehan. "Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation." *Contraception* 51.5 (1995): 283-288.
89. Silvia A.G. *Prazer sexual na vida conjugal*. 2.ed. Sao Paulo: Paulus; 2000.
90. Magalhães, Adriana Cristina de, et al. "Woman s experience with the choice of the Billings Ovulation Method." *Revista brasileira de enfermagem* 66.4 (2013): 485-492.
91. Buracchini M. P. *Metodi Naturali: Uno stile di vita in Filardo A.F. ed. Metodi Naturali. Verità e Libertà dell'Uomo*. Foligno, 9-10 Novembre 1986. 26-36.
92. Katz, D. F., D. A. Slade, and S. T. Nakajima. "Analysis of pre-ovulatory changes in cervical mucus hydration and sperm penetrability." *Advances in contraception* 13.2-3 (1997): 143-151.
93. Bello P. *Contracezione, gravidanza, aborto*. Bari, Dedalo, c(1985). 168 p., ill., 21 cm (Nuova Biblioteca Dedalo, 43).
94. <http://scuolanatomia.altervista.org/anticoncezionali.html>
(Ultima consultazione 15/03/2016)
95. Bonomi G., Gianatti C. *I metodi naturali*. Pavia: Edizione Bonomi; (2005).
96. Barbato Michele, Barbato Maria. *I metodi naturali per la regolazione della fertilità. I metodi ciclo-termici in Movimento per la Vita ed. L'Amore è donazione totale di sé. Sono ancora attuali i metodi di regolazione naturale della fertilità di coppia?*. Crema, 05 Febbraio 2011: 28-29.
97. Bigelow, Jamie L., et al. "Mucus observations in the fertile window: a better predictor of conception than timing of intercourse." *Human Reproduction* 19.4 (2004): 889-892.
98. Scarpa, B., Dunson, D. B., & Giacchi, E. (2007). Bayesian selection of optimal rules for timing intercourse to conceive by using calendar and mucus. *Fertility and sterility*, 88(4), 915-924.

99. <http://www.billings-ovulation-method.org.au/billings-ovulation-method%E2%84%A2/keeping-a-record.html>
(Ultima consultazione 15/03/2016)
100. Weissmann, M. Cosmas, et al. "A trial of the ovulation method of family planning in Tonga." *The Lancet* 300.7781 (1972): 813-816.
101. Xu JX, Yan JH, Fan DZ, Zhang DW. Billings natural family planning in Shanghai, China. *Adv. Contracept.* 1994; 10(3):195-204.
102. www.naprotecnologia.ch
(Ultima consultazione 20/01/2016)
103. Stanford, Joseph B., Tracey A. Parnell, and Phil C. Boyle. "Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice." *The Journal of the American Board of Family Medicine* 21.5 (2008): 375-384.
104. Tham, Elizabeth, Karen Schliep, and Joseph Stanford. "Natural procreative technology for infertility and recurrent miscarriage Outcomes in a Canadian family practice." *Canadian Family Physician* 58.5 (2012): e267-e274.
105. Fehring, Richard J. *Current Medical Research* Winter–Spring 2013. *The Linacre Quarterly.* (2014):58-70.
106. Fehring, Richard J., Donna Lawrence, and Connie Philpot. "Use effectiveness of the Creighton model ovulation method of natural family planning." *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 23.4 (1994): 303-309.
107. Barron, Mary Lee, and K. Diane Daly. "Expert in fertility appreciation: The Creighton Model practitioner." *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 30.4 (2001): 386-391.
108. Hilgers, Thomas W., and Joseph B. Stanford. "Creighton Model NaProEducation Technology for avoiding pregnancy. Use effectiveness." *The Journal of reproductive medicine* 43.6 (1998): 495-502.

109. Howard, Margaret P., and Joseph B. Stanford. "Pregnancy probabilities during use of the Creighton model fertility care system." *Archives of family medicine* 8.5 (1999): 391.
110. Dunson, David B., Irit Sinai, and Bernardo Colombo. "The relationship between cervical secretions and the daily probabilities of pregnancy: effectiveness of the TwoDay Algorithm." *Human Reproduction* 16.11 (2001): 2278-2282.
111. Germano, Elaine, and Victoria Jennings. "New Approaches to Fertility Awareness-Based Methods: Incorporating the Standard Days and TwoDay Methods into Practice." *Journal of Midwifery & Women's Health* 51.6 (2006): 471-477.
112. www.confederazionemetodinaturali.it
(Ultima consultazione 18/02/2016)
113. <http://www.confederazionemetodinaturali.it/userfiles/DocumentoScaricabile/files/PresentazioneMetodoSintotermicoRoetzerLight.pdf>
(Ultima consultazione 15/03/2016)
114. De Leizaola, M. A. "[Prospective study of the efficacy of a recent symptomatic-thermal method of natural family planning]." *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction* 27.2 (1998): 174-180.
115. Roetzer, J. The sympto-thermal method: ten years of change. *The Linacre Quarterly* 45.4 (1978): 8.
116. Roetzer J. A prospective Sympto-Thermal Trial in Austria, Germany and Switzerland. Presentation, III International Congress IFFLP/FIDAF, Hong Kong, Nov 20-30 (1983).
117. <http://www.metodinaturali.it/projects.html>
(Ultima consultazione 15/03/2016)
118. www.metodinaturali.it
(Ultima consultazione 27/01/2016)
119. Barbato M, Bertolotti G. Natural methods for fertility control: a prospective study - First Part. *Int J Fertil.* (1988):33 Suppl:48-51.

120. Thyra, P.: Fertile and Infertile Days in Married Life. Author's Edition (Jan Mucharski), Fall River, Massachusetts, U.S.A. (1973).
121. Thyra P., Vasta M. Il doppio metodo di controllo per una paternità e maternità responsabile. VIII Edizione. Roma: Città Nuova Editrice; (2003).
122. http://irh.org/projects/fam_project/standard-days-method/
(Ultima consultazione 04/02/2016)
123. Lundgren, Rebecka I., Mihira V. Karra, and Eileen A. Yam. "The role of the Standard Days Method in modern family planning services in developing countries." *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 17.4 (2012): 254-259.
124. Arévalo, Marcos, Victoria Jennings, and Irit Sinai. "Efficacy of a new method of family planning: the Standard Days Method." *Contraception* 65.5 (2002): 333-338.
125. León, Federico R., et al. "Quality of delivery of the Standard Days Method as compared with contraceptive pills in Rwanda." *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 32.4 (2006): 231-233.
126. Short, Roger V. "Lactational infertility in family planning." *Annals of medicine* 25.2 (1993): 175-180.
127. Ministero della Salute. La contraccezione per la donna che allatta. Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento al Seno. 15 settembre 2014.
128. Kennedy, Kathy I. "Efficacy and effectiveness of LAM." *Integrating Population Outcomes, Biological Mechanisms and Research Methods in the Study of Human Milk and Lactation*. Springer US, (2002): 207-216.
129. Labbok, Miriam H., et al. "Multicenter study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): I. Efficacy, duration, and implications for clinical application." *Contraception* 55.6 (1997): 327-336.

130. World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility, The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding, *Fertility and Sterility*, Volume 72, Issue 3, September 1999.
131. Fabric, Madeleine Short, and Yoonjung Choi. "Assessing the quality of data regarding use of the lactational amenorrhea method." *Studies in family planning* 44.2 (2013): 205-221.
132. <http://www.allattando.com/download/ormoni.pdf>
(Ultima consultazione 09/ 02/ 2016)
133. Van der Wijden, Carla, and Carol Manion. "Lactational amenorrhoea method for family planning." status and date: New search for studies and content updated (no change to conclusions), published in 10 (2015).
134. Labbok, M. H. "Breastfeeding and natural family planning". Presented at the Pontifical Council on the Family Summit Meeting on Natural Fertility Regulation Vatican City December 9-11 1992.
135. Panzetta, Sarah, and Jill Shawe. "Lactational amenorrhoea method: the evidence is there, why aren't we using it?." *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 39.2 (2013): 136-138.
136. Tankeyoon, M., et al. "Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth: WHO Special Programme of Research and Development and Research Training in Human Reproduction." *Contraception* 30.6 (1984): 505-522.
137. Kennedy K, Trussell J. Postpartum contraception and lactation. In: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates Jr W, Stewart GK, Guest F, Kowal D (eds). *Contraceptive Technology: Seventeenth Revised Edition*. New York NY: Ardent Media; (1998): 589-614.
138. Holder, K. L. P. "Contraception and Breastfeeding." *Clinical obstetrics and gynecology* 58.4 (2015): 928-935.

139. Diaz, S., et al. "Fertility regulation in nursing women: IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant® implants, and Copper T 380-A intrauterine devices." *Contraception* 56.4 (1997): 223-232.
140. Massai, Rebeca, et al. "Vaginal rings for contraception in lactating women." *Steroids* 65.10 (2000): 703-707.
141. Kennedy, Kathy I., et al. "Breastfeeding and the symptothermal method." *Studies in family planning* (1995): 107-115.
142. Labbok, Miriam H., et al. "Ovulation method use during breastfeeding: is there increased risk of unplanned pregnancy?." *American journal of obstetrics and gynecology* 165.6 (1991): 2031-2036.
143. Freundl, G., et al. "Retrospective clinical trial of contraceptive effectiveness of the electronic fertility indicator Ladycomp/Babycomp." *Advances in contraception* 14.2 (1998): 97-108.
144. Dessole, MC. Fadda, N. Rosas, A. Scapinelli, P. Inaudi and A. Amibrosini. "Monitoring of ovulation by sophisticated digital electronic BBT recording if BABY COMP it in patients with unexplained infertility" *From Research to Therapy Program and abstracts book. Porto Cervo - Costa Smeralda - Sardinia, Italy* (1997).
145. Rollason JC, Outtrim JG, Mathur RS. A pilot study comparing the DuoFertility® monitor with ultrasound in infertile women. *International Journal of Women's Health.* (2014) :6:657-662. doi:10.2147/IJWH.S59080.
146. Chausiaux, Oriane, et al. "Pregnancy Prognosis in Infertile Couples on the DuoFertility Programme Compared with In Vitro Fertilisation/Intracytoplasmic Sperm Injection." *European Obstetrics & Gynaecology* 6.2 (2011): 92-4.
147. Braat, Didi DM, et al. "Saliva test as ovulation predictor." *The Lancet* 352.9136 (1998): 1283-1284.

148. Blackwell, Leonard F., et al. "Monitoring of ovarian activity by daily measurement of urinary excretion rates of oestrone glucuronide and pregnanediol glucuronide using the Ovarian Monitor, Part III: variability of normal menstrual cycle profiles." *Human Reproduction* (2013): det389.
149. Fehring, Richard J. "New Low-and High-Tech Calendar Methods of Family Planning." *Journal of Midwifery & Women's Health* 50.1 (2005): 31-38.
150. <http://it.clearblue.com/persona>
(Ultima consultazione 15/03/2016)
151. S.R. Johnson, S. Tiplady. "Usage and Awareness of Persona in Germania".
152. Freundl, G., et al. "Estimated maximum failure rates of cycle monitors using daily conception probabilities in the menstrual cycle." *Human Reproduction* 18.12 (2003): 2628-2633.

Allegato 1

(Questionario somministrato ai consultori)

Gentili Utenti,

mi chiamo Valcelli Valentina, sono una studentessa al termine del Corso di Laurea Triennale in Ostetricia e nella mia tesi ho deciso di affrontare l'argomento della Regolazione Naturale della Fertilità come possibile alternativa ai Metodi Contraccettivi. Le ragioni della loro scarsa diffusione infatti, sono spesso da ricercare dietro alla diffidenza del personale sanitario e dell'opinione pubblica, mossi da molti pregiudizi e non comprendendone le ragioni etiche e antropologiche. Al fine di poter indagare quanti e quali conoscenze si abbiano in materia, vi chiedo gentilmente di dedicare qualche minuto alla compilazione del seguente questionario, il quale è del tutto anonimo.

Vi ringrazio in anticipo per la vostra disponibilità e il vostro prezioso aiuto.

1. Quanti anni ha?

.....

2. Qual è il suo titolo di studio?

- a) Licenza elementare
- b) Licenza media inferiore
- c) Licenza media superiore
- d) Laurea

3. Qual è la sua professione?

- a) Disoccupata
- b) Casalinga
- c) Studentessa
- d) Impiegata
- e) Operaia
- f) Libero professionista
- g) Dirigente/Direttore

h) Altro (si prega di specificare)

4. Indichi la sua nazionalità

.....

5. Quale lo stato civile?

- a) Nubile
- b) Convivente
- c) Coniugata
- d) Separata/Divorziata

6. Se sposata, qual è la data del matrimonio?

.....

7. Ha già avuto figli?

- a) No
- b) Si

8. Se si, quanti?

.....

9. Ha programmato le gravidanze passate?

- a) No
- b) Si
- c) Se più di un figlio, indichi quale gravidanza è stata programmata e quale no.....

10. Attualmente utilizza metodi per la regolazione delle nascite?

- a) No
- b) Si

11. Se si, quali?

- a) Metodi contraccettivi meccanici
 - spirale intrauterina
- b) Metodi contraccettivi di barriera
 - profilattico
 - diaframma
 - cappuccio cervicale

- spermicidi
- c) Metodi contraccettivi ormonali
 - pillola estro-progestinica
 - minipillola
 - cerotto, anello vaginale
 - impianti sottocutanei
- d) Metodi contraccettivi naturali
 - metodo Billings
 - metodo Sintotermico
 - Altro (si prega di specificare.....)
- e) Coito interrotto

12. Da quanto tempo?

.....

13. Ha mai sentito parlare di Metodi Naturali?

- a) No
- b) Si

14. Se si, da chi ed in quale contesto?

.....

15. Se li ha già utilizzati, attualmente o in passato, quali sono le ragioni che l'hanno portata a decidere di farlo?

.....

16. Altrimenti, quali le ragioni per non usarli?

.....

17. Crede che i Metodi Naturali possano essere considerati dei mezzi di procreazione responsabile e cosciente?

- a) Assolutamente no
- b) Più no che si
- c) Più si che no
- d) Assolutamente si

e) Non saprei

18. Li ritiene sicuri?

- a) Assolutamente no
- b) Più no che si
- c) Più si che no
- d) Assolutamente si
- e) Non saprei

19. Ritiene che il suo partner debba essere complice nella scelta del mezzo di regolazione delle nascite da usare?

- a) No
- b) Si

20. Motivi la sua risposta

.....

21. Considerando che i Metodi Naturali si basano sull'aver rapporti sessuali completi senza l'appoggio di altri metodi anticoncezionali durante i periodi sterili del ciclo mestruale, ritiene che questa modalità vi permetterebbe di vivere il rapporto a due con serenità e naturalezza?

- a) Assolutamente no
- b) Più no che si
- c) Più si che no
- d) Assolutamente si
- e) Non saprei

22. Considerando che i Metodi Naturali presuppongono l'osservanza di periodi di continenza periodica, ovvero di astensione dai rapporti sessuali, ritiene che lei e il suo partner sareste disposti ad accettare questa dimensione?

- a) La vivremmo entrambi con fatica
- b) Probabilmente lui l'accetterebbe e io no
- c) Probabilmente io l'accetterei e lui no
- d) Entrambi saremmo concordi nell'accettarla

23. Crede nel fatto che la continenza periodica potrebbe essere un elemento rafforzante per il vostro rapporto di coppia?

- a) Assolutamente no
- b) Più no che si

- c) Più si che no
- d) Assolutamente si
- e) Non saprei

24. Motivi la sua risposta

.....

Allegato 2

(Questionario somministrato alle donne dei Metodi Naturali)

Gentili Utenti,

mi chiamo Valcelli Valentina, sono una studentessa al termine del Corso di Laurea Triennale in Ostetricia e nella mia tesi ho deciso di affrontare l'argomento della Regolazione Naturale della Fertilità come possibile alternativa ai Metodi Contraccettivi, dai quali i Metodi Naturali si discostano totalmente. Al fine di poter indagare le ragioni che muovono il singolo o la coppia a questo tipo di scelta, vi chiedo gentilmente di dedicare qualche minuto alla compilazione del seguente questionario, il quale è del tutto anonimo.

Vi ringrazio in anticipo per la vostra disponibilità e il vostro prezioso aiuto.

1. Quanti anni ha?

.....

2. Qual è il suo titolo di studio?

- a) Licenza elementare
- b) Licenza media inferiore
- c) Licenza media superiore
- d) Laurea

3. Qual è la sua professione?

- a) Disoccupata
- b) Casalinga
- c) Studentessa
- d) Impiegata
- e) Operaia

- f) Libero professionista
- g) Dirigente/Direttore
- h) Altro (si prega di specificare

4. Indichi la sua nazionalità

.....

5. Quale lo stato civile?

- a) Nubile
- b) Convivente
- c) Coniugata
- d) Separata/Divorziata

6. Se sposata, qual è la data del matrimonio?

.....

7. Ha già avuto figli?

- a) No
- b) Si

8. Se si, quanti?

.....

9. Ha programmato le gravidanze passate?

- a) No
- b) Si
- c) Se più di un figlio, indichi quale gravidanza è stata programmata e quale no.....

10. Attualmente utilizza metodi per la regolazione delle nascite?

- a) No
- b) Si

11. Da quanto tempo?

.....

12. Quale metodo di Regolazione Naturale della Fertilità ha usato in passato, oppure utilizza attualmente (le è permesso di sbarrare anche più di un'opzione)?

- a) Metodo dell'Ovulazione Billings
- b) Metodi Sintotermici (Metodo Sintotermico CAMEN e Metodo Sintotermico Roetzer)
- c) Altro (si prega di specificare

13. Quali sono le ragioni che l'hanno portata a decidere di fare questa scelta?

.....

14. Da chi ed in quale contesto è venuta a conoscenza dei Metodi Naturali?

.....

15. Come le è stato possibile apprendere e mettere in pratica il metodo da lei scelto?

- a) Ho agito da autodidatta, leggendo e informandomi
- b) Mi sono affidata all'aiuto di insegnanti diplomate e abilitate del metodo

16. Ha avuto difficoltà, all'inizio o in corso di applicazione, nella rilevazione dei segni clinici di fertilità?

- a) No
- b) Si

17. In particolare, con quale, ha riscontrato maggiore difficoltà o perplessità?

- a) Rilevazione del muco cervicale
- b) Rilevazione della temperatura basale
- c) Valutazione delle modificazioni cervicali attraverso l'autopalpazione della cervice

18. A seguito del ricorso ai Metodi di Regolazione Naturale della fertilità, ha avuto gravidanze non desiderate?

- a) No
- b) Si

19. Se sì, quale ritiene possa essere la motivazione più plausibile?

- a) Gravidanze relative al metodo
- b) Abbandono consapevole delle regole

- c) Insegnamento errato
- d) Applicazione non accurata delle istruzioni

20. Dunque, considerando la sua esperienza personale, ritiene che i Metodi Naturali possano essere considerati mezzi di regolazione delle nascite sicuri?

- a) No
- b) Si
- c) Non saprei

21. Motivi la sua risposta

.....

22. Se fidanzata o sposata, ha condiviso questa scelta con il suo partner?

- a) No
- b) Si

23. Quali le ragioni che la portano a ritenere che il partner debba essere complice nella scelta del mezzo di regolazione delle nascite da usare?

.....

24. Vivete con serenità e naturalezza il fatto di avere rapporti sessuali completi senza l'appoggio di altri metodi anticoncezionali durante i periodi sterili del ciclo mestruale?

- a) Assolutamente no
- b) Più no che si
- c) Più si che no
- d) Assolutamente si
- e) Non saprei

25. Qual era il vostro approccio iniziale nei confronti dell'osservanza di periodi di continenza periodica, ovvero di astensione dai rapporti sessuali durante i periodi fertili del ciclo mestruale?

- a) Eravamo scettici
- b) Eravamo preoccupati per l'idea di non riuscirvi
- c) L'abbiamo considerata una sfida per mettere alla prova noi ed il nostro rapporto
- d) Eravamo convinti e sicuri di potercela fare

26. Ritiene che la continenza periodica abbia rafforzato il vostro rapporto?

- a) Assolutamente no

- b) Più no che si
- c) Più si che no
- d) Assolutamente si
- e) Non saprei

27. Motivi la sua risposta

.....