

Contraccezione, supporti scientifici e le conseguenze nella vita umana

Se voi fate un po' di mente locale su quelle che sono le caratteristiche essenziali della fertilità della coppia, ricordate che prima di tutto è necessario che la donna abbia l'ovulazione, poi che ci sia la pervietà dell'apparato genitale femminile, che si abbia un rapporto con la deposizione del liquido seminale all'interno della vagina e che nella vagina vi siano le condizioni ottimali per la sopravvivenza degli spermatozoi. Se queste sono le condizioni essenziali per la fertilità della coppia, è chiaro che la contraccezione, che ha come fine principale il non rendere fecondo il rapporto di chi la usa, può intraprendere diverse strade per raggiungere questo obiettivo. Alcuni contraccettivi hanno come meccanismo d'azione quello di bloccare l'ovulazione, come la pillola. Altri mezzi, invece, sfruttano altri meccanismi. I mezzi di barriera cercano di creare una separazione e di evitare che ci sia una continuità nell'apparato genitale femminile tra la vagina e il resto, l'utero e le tube. Altri creerebbero nella vagina condizioni non ottimali alla sopravvivenza degli spermatozoi, come ad esempio gli spermicidi. Altri ancora intervengono in un momento successivo alterando l'endometrio, cioè il luogo in cui la cellula-uovo fecondata dovrebbe essere ospitata, e quindi di per sé escono dalla definizione stessa di contraccezione.

Adesso cercherò di fare una veloce carrellata di questi metodi contraccettivi e alla fine mi soffermerò sugli aspetti umani della contraccezione.

Metodi contraccettivi ormonali

Il più conosciuto e il più usato è sicuramente la pillola. Ne esistono diversi tipi: quella classica monofasica in cui ciascun confetto con-

* Ginecologo, Ospedale di S. Giovanni Battista. Direttore del Centro «Amore e Vita» Filigno (PG).

tiene la stessa quantità di estrogeno e progesterone e quelle dell'ultima generazione microdosate e sempre monofasiche. Ci sono poi quelle bifasiche e trifasiche che contengono diverse quantità di estrogeni, di progesterone e di progestinici in confetti di diverso colore.

Qual è il meccanismo d'azione della pillola estroprogestinica? Il principale è il blocco ovulatorio: le pillole classiche, quella a dosaggio più alto, sfruttavano di più questo primo meccanismo d'azione. Gli altri effetti noti sono dati dall'alterazione della motilità tubarica, la modificazione dell'endometrio, l'alterazione delle caratteristiche del muco cervicale. Con le pillole a più basso dosaggio e già con quelle a dosaggio maggiore viene sfruttato il meccanismo d'azione sull'endometrio perché non sempre si riusciva a bloccare l'ovulazione. Le alterazioni endometriali facevano sì che una cellula uovo eventualmente fecondata non potesse trovare un endometrio adatto ad accoglierla. Potete vedere la citazione di un libro del '90 di ginecologia dell'infanzia e dell'adolescenza che indicava chiaramente l'esistenza di questo meccanismo d'azione. L'unico studio che ci dà qualche cifra è del prof. De Cicco del 1981. Egli sosteneva che questo meccanismo d'azione interveniva in un ciclo su 5000. Con la pillola a più basso dosaggio naturalmente questa frequenza è maggiore per cui bisogna tenerlo presente quando si consiglia di usare la pillola nel nostro ambiente.

Perché l'endometrio diventa poco recettivo? Come potete vedere dalla diapositiva l'endometrio sotto l'effetto della pillola estroprogestinica, in confronto con un endometrio normale, mostra di non crescere, non c'è una presenza numerosa di ghiandole e quindi non ha le caratteristiche per poter accogliere un uovo fecondato.

Oltre al meccanismo d'azione bisogna tenere presente anche l'innocuità di un contraccettivo. Per la pillola è necessario tenere presenti alcuni fatti prima di poterla prescrivere. È un farmaco di un certo impegno e che richiede un'assunzione cronica. Quindi non può essere dato alla leggera. Si richiede perciò che venga condotta un'anamnesi accurata della donna che la deve assumere, che vengano eseguiti degli esami ematochimici. Sulla base di essi alcune donne vanno escluse nella prescrizione perché esistono delle controindicazioni assolute o delle controindicazioni relative su cui non mi soffermo oltre. Ma al di là delle controindicazioni che ne sconsigliano l'uso per l'impegno e la pericolosità, vanno pure prese in considerazione le complicazioni che possono insorgere durante la sua assunzione. Il prof. Medisalnem, esperto di malattie della coagulazione, dedica un capitolo intero alla relazione tra contraccettivi orali e ma-

lattie tromboemboliche. Infatti il rischio maggiore che si corre con l'assunzione di contraccettivi estroprogestinici è proprio quello tromboembolico. Se prendete un foglietto illustrativo di un contraccettivo orale vedete che le situazioni che esigono la sospensione immediata sono tutte rappresentate da sintomi di malattie tromboemboliche. Questo rischio è corso da tutte quante le donne, indipendentemente dalla durata dell'assunzione, perché è dovuto alla presenza degli estrogeni che provocano condizioni di coagulazione intravasale. Si potrebbe dire che lo stesso rischio si può correre in gravidanza per la presenza in circolo di ormoni estrogeni, ma la situazione in gravidanza è differente perché, in quest'ultima evenienza aumentano i fattori precoagulativi (più piastrine, più fibrinogeno) per garantire la coagulazione in caso di eventi emorragici massivi. Nell'uso dei contraccettivi orali, invece, si trova la presenza di prodotti di degradazione della fibrina che stanno ad indicare che c'è una coagulazione intravasale minima ma già presente. Si sa infatti che, se si presenta la necessità di un intervento chirurgico, occorre sospendere i contraccettivi orali almeno sei settimane prima e, se ciò non è possibile, attuare una profilassi con calcieparina per evitare gravi rischi di tromboembolie postoperatorie.

Oltre a questi pericoli, bisogna considerare, come sostiene il prof. Odeblad, il problema della reversibilità, cioè il ripristino della fertilità dopo la sospensione della pillola. La reversibilità è più facile con le pillole in uso attualmente, ma qualche volta dobbiamo constatare che dopo la sospensione non c'è il ritorno spontaneo dell'ovulazione e, in qualche caso, non c'è neanche il ritorno della perdita ematica mestruale. Questo evento è più frequente quando non vengono applicate correttamente le controindicazioni. Per esempio una delle pratiche più correnti da parte dei ginecologi è la prescrizione della pillola nell'oligomenorrea o amenorrea dell'adolescente. Situazioni queste in cui, invece non bisognerebbe proprio usare la pillola perché si rischia di creare più danni di quelli già esistenti. Infatti, se si dà la pillola ad una ragazza in questa situazione, alla sua sospensione non sempre si ha il ritorno spontaneo dell'ovulazione e della mestruazione. Gli studi del prof. Odeblad ci dicono, inoltre, che l'assunzione cronica della pillola, può portare anche un'alterazione della condizione del muco cervicale in quanto si verifica anche a livello delle cellule di rivestimento delle cripte cervicali una ipotrofia che può arrivare fino all'atrofia e quindi alla non produzione di muco con caratteristiche tipiche della fertilità. Riguardo alla sua efficacia bisogna dire che essa è altissima (dallo 0,05% allo 0,5%) in quanto

somma quattro meccanismi d'azione; se fallisce uno, interviene l'altro.

Per l'accettabilità il discorso è diverso essendo in dipendenza dal tipo di propaganda che viene fatta in un determinato momento. La pubblicità infatti è una variabile molto importante dell'accettabilità dei contraccettivi orali, anche se oggi c'è una forte spinta alla loro prescrizione. Pure l'AIED con il suo presidente ha fatto una campagna contro il profilattico denunciandolo per falsità nella pubblicità, proprio per incrementare l'uso della pillola estroprogestinica.

L'obiettivo principale che mi propongo è quello della prevenzione dell'aborto. Con le pillole microdosate può accadere che una donna, nonostante i quattro meccanismi d'azione, abbia lo stesso una gravidanza e quindi si pone il problema: che fare? Ci sarà una malformazione? Bisogna essere rassicuranti! Un libro distribuito dalle stesse case produttrici dei contraccettivi orali, dice che non è necessario abortire perché il rischio è molto, molto basso. In questi casi, comunque, ci si può avvalere dell'aiuto di centri specializzati, come il Telefono rosso, in grado di dare informazioni dettagliate e numericamente precise.

Oltre la pillola ci sono in commercio altre formulazioni ormonali. Quella più nota è la mini-pillola che consiste nella somministrazione continua di soli progestinici. Qual è il suo meccanismo d'azione? Ostacola o agevola la lisi del corpo luteo; avendo un'azione luteolitica, fa mancare il supporto ormonale perché una gravidanza, eventualmente iniziata, possa andare avanti. E ancora, altera la proliferazione dell'endometrio il quale assume atteggiamenti non idonei all'impianto della blastocisti. Quindi anche per questo prodotto abbiamo una definizione impropria di contraccettivo. La nocività è meno alta rispetto alla pillola estroprogestinica, mentre l'accettabilità è molto bassa, perché, come effetto collaterale, provoca *spotting*, cioè perdite ematiche intermestruali. L'efficacia è un po' più bassa rispetto a quella della pillola classica, intorno a due gravidanze su 100 donne l'anno.

Esistono anche delle formulazioni deposito. Iniezioni trimestrali, impianti sottocutanei, pessari vaginali e IUD medicati al progesterone. Anche i progestinici deposito, in alcuni casi, possono bloccare anche irreversibilmente, l'ovulazione specialmente l'iniezione trimestrale. Nella maggior parte dei casi agiscono alterando l'endometrio e rendendo impossibile l'impianto e la nutrizione della blastocisti. Quindi, anche in questo caso, il meccanismo d'azione non è di tipo contraccettivo nel senso stretto della parola. Chiaramente sono no-

civi perché possono portare alla irreversibilità dell'ovulazione e possono creare problemi coagulativi. L'accettabilità delle formulazioni deposito, soprattutto le iniezioni ad azione prolungata trimestrale, nei Paesi occidentali è stata praticamente zero e infatti non sono mai stati introdotti in commercio in America e in Gran Bretagna mentre sono stati imposti nei Paesi in via di sviluppo. Ultimamente sono stati presentati i bastoncini, fiammiferi ad impianto sottocutaneo; ma già presentandoli, in America dicevano che potevano trovare spazio nei paesi in via di sviluppo perché alla fine si registravano sempre gli stessi effetti collaterali e gli stessi meccanismi d'azione. L'indice di Pearl varia tra 0 e 1,2.

La pillola inoltre può essere, e di fatto viene usata, come pillola del giorno dopo, anche se non sappiamo in che misura perché non esistono dati statistici in merito. Chiaramente quando viene usata come pillola del giorno dopo, si sfrutta come meccanismo, quello endometriale e luteolitico sia quando si usano solo gli estrogeni, sia quando si usano solo i progestinici, che quando si usano associati. Da alcuni viene fatto uso del tanazolo, un'altra sostanza che ha come effetto quello di creare una luteolisi e quindi di impedire che la gravidanza iniziata possa andare avanti. La pillola del giorno dopo è nettamente un abortigeno senza stare a disquisire sul tipo di sostanza che viene usata.

Fatta questa carrellata sui metodi ormonali, passiamo ai mezzi meccanici. La spirale o dispositivo intrauterino la trattiamo tra i contraccettivi e tra quelli maggiori perché solitamente viene così classificata. In realtà non trova posto tra i contraccettivi perché il suo meccanismo d'azione è prevalentemente antimpianto. La figura è quella di una casa diroccata, perché l'utero è una casa accogliente, ma quando c'è la spirale e avviene la fecondazione e ci sono le prime divisioni, nel momento dell'impianto si trova un endometrio inospitale poiché vi è uno stato di flogosi che impedisce l'impianto della nuova vita. Questo avviene sia con le spirali inerti che non si usano più, sia con le spirali al rame, sia con quelle medicate al progesterone. E questo lo dicono un po' tutti ormai; lo diceva il prof. De Cecco nel 1981, quando portava come prova dell'azione a livello uterino il fatto che, allorché si verifica una dislocazione in basso della spirale, le gravidanze invece di diminuire aumentano perché, trovandosi più in basso, è più a contatto con gli spermatozoi e quindi, se ha un'azione tossica sugli spermatozoi, si deve manifestare di più; invece, in realtà, restando scoperta una zona dell'endometrio, in que-

sta zona scoperta dove non c'è flogesi, ci può essere l'impianto della gravidanza. Voi sapete anche che la spirale viene inserita dopo un rapporto cosiddetto a rischio per evitare l'impianto e provocare l'espulsione di questa nuova vita fecondata.

Anche per la spirale si conosce una sua nocività che è indicata dall'esistenza di controindicazioni assolute e relative e dalla presenza di alcuni fatti importanti; il più importante dei quali è la malattia infiammatoria pelvica che è più frequente nelle donne che usano la spirale e nelle donne giovani e in quelle che non hanno avuto gravidanze. Rispetto alle donne che non hanno avuto la spirale esiste un rischio 7,7 volte maggiore nelle donne con età inferiore ai 20 anni e 7,5 volte maggiore nelle donne tra i 21 e i 25 anni; invece il rischio si abbassa nelle donne che hanno avuto molte gravidanze per cui quasi tutti i ginecologi, nella letteratura, sconsigliano la spirale nelle donne che non hanno partorito o che vogliono partorire in futuro proprio perché c'è il rischio della malattia infiammatoria pelvica che può portare alla occlusione delle tube e quindi alla irreversibilità dell'azione del contraccettivo stesso. Oltre questi rischi ve ne sono altri che sono meno frequenti, quali la perforazione o la espulsione spontanea della spirale stessa. Per quanto riguarda l'efficacia vi sono dati contrastanti. Alcuni danno un'efficacia di due di indice Pearl, altri di cinque, altri di otto; indicativo è il fatto che in un libro di terapia ginecologica sta scritto di associare gli spermicidi nel periodo fertile il che significa riconoscere l'inutilità della spirale in quanto, se si deve associare durante il periodo fertile un contraccettivo che è meno efficace della spirale, vuol dire che questa non funziona e quando funziona, lo fa impedendo che vada avanti una gravidanza. L'altro rischio grosso della spirale è costituito dall'aumento delle gravidanze extrauterine che è dieci volte superiore rispetto alle donne che non hanno la spirale; di esse si deve tener conto ogni volta che c'è una gravidanza in una donna portatrice di spirale.

Altri metodi meno efficaci, cosiddetti di barriera

Sono il diaframma che è fatto da un anello rigido metallico, una molla, ricoperto da lattice. Il suo meccanismo d'azione dovrebbe essere quello di creare una barriera fra la parte superiore della vagina e il resto; dico dovrebbe, perché la misura viene presa in condizioni normali, ma durante il rapporto c'è una fase di dilatazione della vagina per cui, in questa fase, la misura del diaframma non risulta

più idonea e quindi, nonostante le creme spermicide che si mettono da una parte e dall'altra del diaframma stesso, c'è la possibilità che spermatozoi oltrepassino queste barriere e penetrino nel canale cervicale potendo così fecondare l'ovulo. Anche per il diaframma abbiamo indici di Pearl molto contrastanti. C'è chi dà un'efficacia altissima pari a 2 per cento donne all'anno e c'è chi sostiene che sono 35 le gravidanze per cento donne/anno. Questa disparità sta ad indicare che c'è una scarsa efficacia. Non si registrano controindicazioni importanti per il diaframma tranne l'allergia al lattice o delle lacerazioni che impediscono l'applicazione del diaframma stesso.

Tra i contraccettivi di barriera va compreso il *condom*, l'unico contraccettivo maschile. Il meccanismo d'azione è quello di impedire che gli spermatozoi possano venire a contatto con l'apparato genitale femminile. Anche per il *condom* o preservativo si consiglia di associare creme spermicide e anche per esso vediamo che viene registrata una disparità notevole, tra i vari autori, nella valutazione della sua efficacia. Alcuni sostengono tre gravidanze per cento donne/anno, altri 36. Chi sostiene un indice di 3 dice che le gravidanze si hanno perché non viene usato bene, perché viene applicato tardi e il rapporto viene interrotto tardivamente. Quelli che arrivano a un indice di 36, sostengono la sua scarsa efficacia. Una cosa che fa pensare è che alcuni autori americani, di fronte alla nocività della spirale e dei contraccettivi orali consigliano l'uso del *condom* e dei contraccettivi di barriera, concludendo però che, in caso di fallimento, ci sarebbe sempre la possibilità di abortire, perché riconoscevano al *condom* la capacità di prevenire o, meglio, di ridurre l'incidenza della trasmissione delle malattie sessuali.

A questo punto mi sembra giusto fare una piccola riflessione su uso del preservativo e AIDS. Se questo mezzo contraccettivo non è in grado di trattenere gli spermatozoi che hanno un ordine di grandezza mille volte superiore delle particelle virali, come si fa ad impedire il contagio col virus dell'AIDS? Quindi è una falsità scientifica affermare che l'uso del *condom* non comporta rischi di trasmissione dell'AIDS al *partner*. Se si vuole evitare il rischio, bisogna astenersi dai rapporti sessuali, altrimenti il rischio c'è, anche se un po' ridotto.

Infine bisogna considerare *gli spermicidi*. Esistono schiume, ovuli, creme. Alcuni alterano il pH vaginale, ma già sappiamo che nel periodo fertile il pH è acido e l'acidità della vagina, da fattore negativo quando non c'è il muco, diventa fattore favorente quanto è pre-

sente il muco perché stimola gli spermatozoi ad entrare e si sa che solo gli spermatozoi che entrano presto si salvano. Infatti, dopo mezz'ora c'è un'ecatombe di spermatozoi; quelli che restano dentro la vagina non hanno possibilità di sopravvivenza, neanche in presenza del muco; quindi alterando il pH non si ha possibilità di successo.

Altri sfruttano il potere tensioattivo che fa gonfiare la testa degli spermatozoi per farli poi scoppiare, però ciò non avviene sempre in quanto l'efficacia varia da 3 a 40.

Fatta questa rapida carrellata sull'uso di contraccettivi, adesso vediamo quali sono le conseguenze umane dell'uso della contraccezione. Quello che si può notare per prima cosa, è un effetto diseducativo sulla popolazione e in modo particolare sui giovani. Infatti il fine della contraccezione è quello di separare nettamente l'aspetto unitivo dall'aspetto procreativo; sessualità senza procreazione. Se il rapporto viene così vissuto, esso non rappresenta la massima espressione dell'amore coniugale, cioè il momento in cui ognuno si dona totalmente all'altro e non rappresenta neanche un momento in cui si può dare e ricevere il dono di una nuova vita. È vero che l'uomo mette in atto le proprie capacità procreative, ma chi crea la vita è Dio; per questo il figlio rappresenta un dono che si riceve nell'atto di donarsi. Questo concetto manca nella cultura contraccettiva che, invece, considera la sessualità un gioco il cui fine esclusivo è il piacere, ma un piacere che viene sempre rincorso e mai ottenuto perché, come dice Fromm, la felicità nasce da un rapporto sessuale ben fatto ma è l'amore che c'è prima e che c'è dopo che rende soddisfacente il rapporto stesso. In caso contrario il rapporto può essere disumano, cioè un rapporto tra due corpi e non tra due persone perché manca la totalità dell'incontro.

La cultura contraccettiva porta più facilmente a incontrare più *partners*. In uno studio condotto negli Stati Uniti si è visto che nelle quattro settimane precedenti l'intervista, dopo l'uso della contraccezione, un maggior numero di persone ha avuto sei o più *partners*, cioè il 61,4% degli intervistati ha cambiato sei o più *partners* nelle quattro settimane precedenti. Quindi il rapporto non rappresenta più una donazione totale e definitiva, ma è un incontro con un *partner* che procura un momento di piacere. La sessualità così vissuta porta ad un numero maggiore di gravidanze nelle ragazze che hanno usato la contraccezione e ad un aumento in assoluto del numero delle gravidanze interrotte con l'aborto perché il concepito non è più un dono che si riceve da Dio, ma rappresenta un incidente di percorso

dovuto al fallimento della contraccezione. Il figlio, in questi casi, diventa un peso di cui bisogna liberarsi al più presto ricorrendo alla pillola del giorno dopo o all'aborto volontario. Il concetto stesso della fecondità viene alterato dalla cultura contraccettiva, questa non rappresenta più un dono meraviglioso che ci rende concreatori, cioè collaboratori di Dio nella trasmissione della vita, ma è un impiccio, un peso che ci impedisce di esprimere la nostra sessualità senza il rischio di mettere alla luce una nuova vita.

Un altro punto che volevo portare alla vostra attenzione riguarda il rapporto tra contraccezione e aborto. Un'obiezione ricorrente nei confronti della Chiesa è che combatte l'aborto e contemporaneamente non permette la contraccezione. Se la Chiesa, si dice, ammettesse la contraccezione, non ci sarebbe più l'aborto. Niente di più falso, sia per tutto quello che ho detto prima ma anche dal punto di vista dei fatti. Ci sono stati a questo proposito diversi studi, anche in Giappone e in India, che dicono che dove più diffusa è la cultura contraccettiva maggiore è l'incidenza dell'aborto; questa è anche l'esperienza maturata nella regione in cui vivo, l'Umbria. È chiaro che contraccezione ed aborto hanno la stessa matrice culturale che è la matrice di chiusura alla vita, *l'antilife mentality*. C'è anche un progetto che proprio il 19 marzo ha fatto 20 anni dal suo inizio e che costituisce un unico pacchetto: contraccezione, sterilizzazione ed aborto come provvedimenti per ridurre la fertilità con azione generale e selettiva.

Se esaminiamo uno per uno questi provvedimenti (fare case piccole, non dare assegni familiari, ecc) ci accorgiamo che tante scelte politiche non sono casuali, ma fanno parte di un progetto ben articolato di quelle che si chiamano le *lobbies*, quelli che hanno il vero potere.

Guardiamo più da vicino alcune iniziative: pagamenti per incoraggiare la sterilizzazione nei Paesi in via di sviluppo. Questo avviene già da anni ed è stato uno dei motivi che ha fatto decidere Paolo VI a promulgare *l'Humanae vitae* perché lui vedeva l'ingerenza dello Stato nella sfera privata della coppia. Pagamenti per incoraggiare la contraccezione; basta leggere i lavori che riguardano quest'argomento per vedere quanto denaro viene speso per incentivare i ginecologi a diffondere la contraccezione. Pagamenti per incoraggiare l'aborto; aborto e sterilizzazione a richiesta senza tante procedure. Permettere che tanti contraccettivi siano distribuiti non medicalmente, nei supermercati. Lo scorso anno c'è stata la richiesta di in-

trodurli nelle scuole e migliorare la tecnologia contraccettiva. Poi fare sì che la contraccezione sia disponibile ed accessibile a tutti e, infine, cosa che non è da sottovalutare, migliorare le cure sanitarie materne con la pianificazione familiare come elemento centrale. In Emilia-Romagna e in Umbria i Consultori familiari si stanno qualificando sempre di più anche verso l'aspetto della cura della gravidanza, si fanno i corsi di preparazione al parto e si segue la gravidanza; però il punto focale dei Consultori resta sempre quello di poter fare una propaganda contraccettiva.

Prima di chiudere vi lascio alcune domande. Si può ancora parlare di *contraconception*? O si deve parlare di *contrareception*? Abbiamo visto infatti che il più delle volte si tratta di non accoglienza.

La seconda domanda: qual è la differenza ormai tra contraccezione ed aborto sul piano medico ed umano e quali sono gli effetti che ne derivano sul piano pedagogico?

(La relazione non è stata rivista dall'Autore).