

Rassegna del 23/11/2010

SOLE 24 ORE SANITA' - Sigo: Surico unico presidente - ...

1

POLTRONE/ I

Sigo: Surico nuovo presidente

Cambio di presidenza per la Società italiana di ginecologia e ostetricia: **Nicola Surico** succede a **Giorgio Vittori**. Surico è direttore di Ginecologia e ostetricia dell'ospedale universitario di Novara. Vice-presidente è stato eletto **Paolo Scollo**, tesoriere, **Sandro Viglino**.

Sanità

LAVORO & PROFESSIONE

Certificati on line, flop call center

Il risultato per gli operatori è stato un flop. I call center sono stati la prima...

LAUREA

Il risultato per gli studenti è stato un flop. I call center sono stati la prima...

LAUREA

Il risultato per gli studenti è stato un flop. I call center sono stati la prima...

Rassegna del 23/11/2010

COME STAI - Contraccezione questa sconosciuta - Camisasca Roberto

1

SAPERNE DI PIÙ



CONTRACCEZIONE
QUESTA
SCONOSCIUTA

LE DONNE ITALIANE SONO,
IN EUROPA, QUELLE CHE NE
FANNO MENO USO. PER
PAURA, TABÙ, CREDENZE
ERRATE... UNA RISPOSTA
A TUTTE LE DOMANDE
SUGLI ANTICONCEZIONALI

LO SPECIALISTA

Il professor **Emilio Arisi** è direttore dell'Unità operativa di ostetricia e ginecologia dell'Ospedale regionale S. Chiara di Trento. È presidente della Società medica italiana per la contraccezione (Smic), consigliere della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo) e membro del consiglio nazionale dell'Associazione ginecologi ospedalieri italiani (Aogoi), di cui è segretario regionale per il Trentino-Alto Adige. Ha effettuato migliaia di interventi chirurgici in ambito ostetrico e ginecologico e scritto più di 400 pubblicazioni, soprattutto su contraccezione, aborto volontario e tumori femminili.

Da tempo gli esperti lanciano l'allarme sulla situazione poco rosea dell'Italia in tema di contraccezione. Secondo recenti sondaggi, le italiane non solo sono le donne che in Europa fanno meno uso di contraccettivi, ma risultano anche incoerenti e non fedeli nella scelta del metodo, passando senza criterio dalla pillola al profilattico al coito interrotto. I motivi di questo rifiuto o scarso interesse per la protezione e la prevenzione sessuale vanno dalla **paura** di assumere ormoni ai **tabù sulla sessualità** (un giovane su quattro dichiara di non sentirsi a suo agio a parlare di

contraccezione con il partner), dalle **credenze errate** sulla pillola (fa ingrassare, rende infertili) alla diffusione di **rimedi infondati e inefficaci** (il 45 per cento delle ragazze decide il contraccettivo da sola, su consiglio di amiche o consultando Internet). Per fortuna il 2010 ha segnato una prima, importante **inversione di rotta**: secondo dati raccolti dalla Società italiana di ginecologia e ostetricia, durante le ultime vacanze estive il 72 per cento dei giovani ha usato contraccettivi (un anno fa erano il 58 per cento). Inoltre le prescrizioni di contraccettivi d'emergenza si sono ridotte, per la prima volta, di quasi il 5 per cento.

I contraccettivi proteggono anche dalle malattie sessuali?

A oggi l'unico metodo efficace nel proteggersi dal rischio di malattie a trasmissione sessuale, come il virus Hiv, il Papilloma virus, l'epatite, ma anche altre malattie molto diffuse come l'Herpes genitale e la candidosi, è il **profilattico**. Secondo stime dell'Organizzazione mondiale della sanità, ogni anno vengono diagnosticate oltre 340 milioni di malattie sessuali nel mondo (escludendo i casi di Aids), di cui quasi la metà riguardano giovani al di sotto dei 25 anni di età, soprattutto per ragioni di inesperienza e leggerezza, ma anche per questioni ormonali e biologiche (una maggiore fragilità del tessuto di rivestimento del collo dell'utero che lo predispone all'attacco degli agenti nocivi). Dati allarmanti riguardano soprattutto l'aumento dei casi di **clamidia**, un'infezione spesso sottovalutata in adolescenza perché non dà sintomi, ma che può causare seri problemi di **infertilità** da adulte.

In che cosa si differenziano le pillole di oggi?

Dalla prima pillola introdotta sul mercato mezzo secolo fa, i cambiamenti sono avvenuti soprattutto in due direzioni: la **riduzione del dosaggio degli estrogeni**, al fine di diminuire il corteo di effetti collaterali (nausea, tensione mammaria, mal di testa, aumento di peso, diminuzione del piacere sessuale), e l'**introduzione di nuovi progestinici**. Due cambiamenti sostanziali che hanno trasformato le pillole da semplici contraccettivi a farmaci capaci, a dosaggi molto più

bassi rispetto al passato, di garantire una copertura contraccettiva altissima, con in più una serie di benefici per la salute: **normalizzano la quantità e la durata del ciclo** in caso di mestruazioni abbondanti, **riducono i dolori** correlati all'arrivo del flusso e migliorano i sintomi della sindrome premestruale. La pillola inoltre corregge l'anemia da carenza di ferro, **protegge dalla formazione di cisti** alle ovaie e al seno e riduce il rischio di gravidanze extrauterine.

Qual è il metodo anticoncezionale più affidabile?

L'unico sistema sicuro al 100 per cento è solo l'**astinenza sessuale**. Per il resto è difficile stabilirlo, perché le statistiche non tengono conto di tutte le variabili che possono concorrere a modulare l'efficacia dei vari metodi, tra cui le eventuali alterazioni anatomiche, gli errori di utilizzo, la correttezza delle procedure mediche e così via. Stando alle conoscenze attuali, al primo posto tra i rimedi più sicuri c'è la **spirale a base di levonorgestrel**, seguita dalla sterilizzazione chirurgica maschile e femminile e dalla pillola. Per tutti questi metodi il rischio di gravidanza è inferiore all'1 per cento.

È vero che la pillola predispone ai tumori?

In realtà i risultati delle ultime ricerche affermano il contrario: una recente analisi condotta in Gran Bretagna ha confermato che la pillola **riduce del 50 per cento il rischio** di incorrere in tumori dell'ovaio e dell'endometrio e contribuisce a proteggere dal tumore del co-

lon. In particolare, uno studio condotto all'Università di Oxford ha illustrato come, dopo 10 anni di assunzione, il rischio di tumore dell'ovaio si riduca di un terzo. E l'**azione preventiva continua per oltre 30 anni** da quando si interrompe l'assunzione.

Che cos'è la pillola del quinto giorno?

È una pillola che contiene un principio attivo, l'**ulipristal acetato**, in grado di ritardare o bloccare il picco di rilascio dell'ormone LH (che si verifica in seguito all'ovulazione per favorire la rottura del follicolo ovarico e la liberazione dell'ovulo), **impedendo l'incontro dell'ovulo con lo spermatozoo**. Questo evento, secondo le conoscenze attuali, può avvenire fino a cinque giorni dopo un rapporto sessuale non protetto.

Rientra nella categoria dei **contraccettivi di emergenza**, come la pillola del giorno dopo, ma con un'efficacia maggiore: quest'ultima, infatti, può essere presa entro massimo 72 ore dal rapporto a rischio, mentre quella con ulipristal **fino a cinque giorni dopo**. La pillola è già commercializzata con il nome di EllaOne in più di 20 Paesi europei (tra cui Gran Bretagna, Francia, Germania e Spagna) e negli Stati Uniti, mentre in Italia la sua introduzione sul mercato è attualmente al vaglio dell'Agenzia italiana del farmaco. Se approvata, sarà venduta in farmacia dietro presentazione della **ricetta medica** e non si sa se sarà o meno rimborsata dal Servizio sanitario. Va comunque sottolineato che entrambi i farmaci sono contraccettivi di emergenza e non di routine e che nessuno dei due è in grado di intervenire se l'impianto dell'ovulo è già avvenuto e la gravidanza è cominciata.



Quali sono le false credenze più comuni per evitare una gravidanza?

L'idea di lavarsi con la Coca cola o il limone dopo un rapporto a rischio è una delle bufale più famose e non ha **alcun fondamento scientifico**. Allo stesso modo non serve ricorrere a saponi aggressivi o irrigazioni vaginali. Attenzione anche

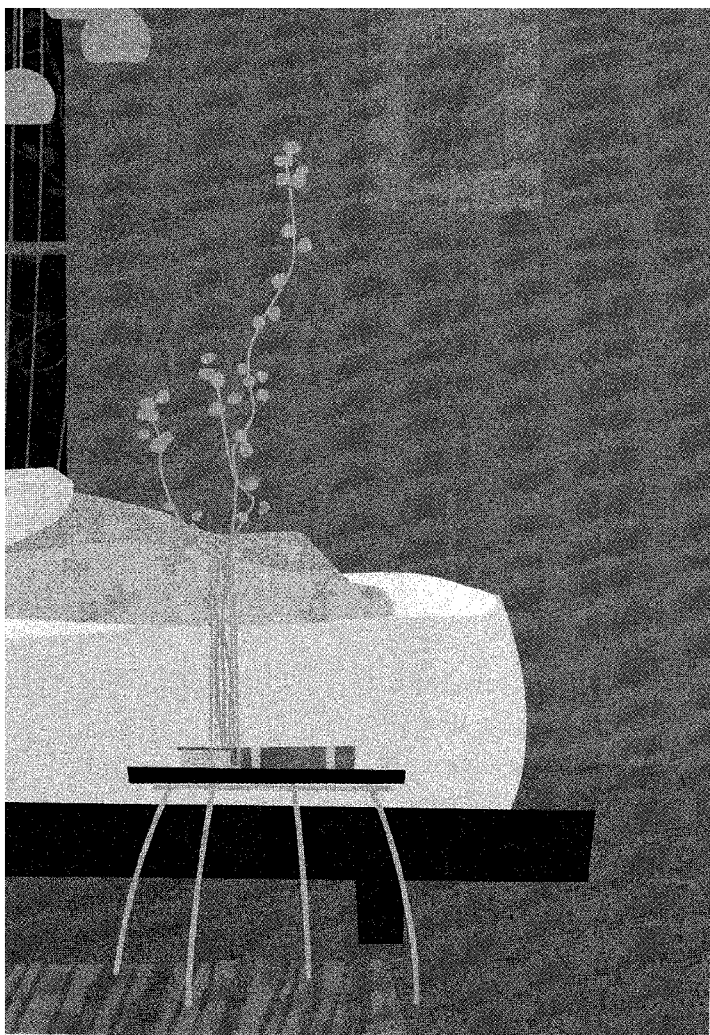
alle altre leggende metropolitane sulla contraccezione fai da te, come l'impossibilità di rimanere incinta se il rapporto dura meno di un minuto, se si fa l'amore in piedi o in acqua, se l'uomo ha già ejacolato o se la donna non raggiunge l'orgasmo.

❏ Non è vero che si può evitare una gravidanza facendo l'amore in piedi o nell'acqua ❏

Perché il coito interrotto non si può ritenere davvero sicuro?

Perché, **già dalle prime fasi di eccitazione**, l'uomo comincia a produrre un liquido lubrificante che può contenere spermatozoi vitali, seppure in quantità minore rispetto all'eiaculazione vera e propria. Inoltre, non sempre il partner maschile ha la capacità di controllare le proprie

sensazioni, riconoscendo il **momento esatto** in cui ritrarre il pene prima dell'orgasmo. Per questi motivi l'efficacia di questo sistema è molto bassa (il rischio di gravidanza arriva al **30 per cento**), soprattutto tra i giovani che sono i più inesperti e impulsivi in ambito sessuale.



Quali sono gli anticoncezionali da inserire in vagina?

Ne esistono di diversi tipi. Il **diaframma** e la **spirale** sono metodi meccanici. Il primo, un cappuccio di gomma che separa la vagina dal canale cervicale, è caduto ormai **in disuso** perché di difficile impiego (va inserito prima di ogni rapporto e rimosso dopo otto ore), nonché scarsamente efficace. La spirale è più affidabile perché viene inserita dal medico all'interno della cavità uterina, dove rilascia un ormone progestinico che impedisce agli spermatozoi di risalire lungo le pareti dell'utero. Inoltre rende sottile la mucosa uterina cosicché se l'ovulo è stato fecondato non riesce a impiantarsi. Tra i metodi di barriera c'è il **preserva-**

tivo femminile (Femidom), una guaina in poliuretano che, come il profilattico maschile, si inserisce in vagina prima del rapporto e protegge anche dalle malattie sessuali. Richiede però una certa manualità nell'applicazione e in Italia non è facile da reperire. L'**anello vaginale**, invece, viene introdotto in vagina, va sostituito una volta al mese e ha le stesse indicazioni della pillola. Infine i contraccettivi chimici: sono **creme, gel** e **ovuli** che, inseriti in vagina 15-30 minuti prima del rapporto, immobilizzano gli spermatozoi e ne ostacolano il passaggio. La loro efficacia non è però comprovata scientificamente.

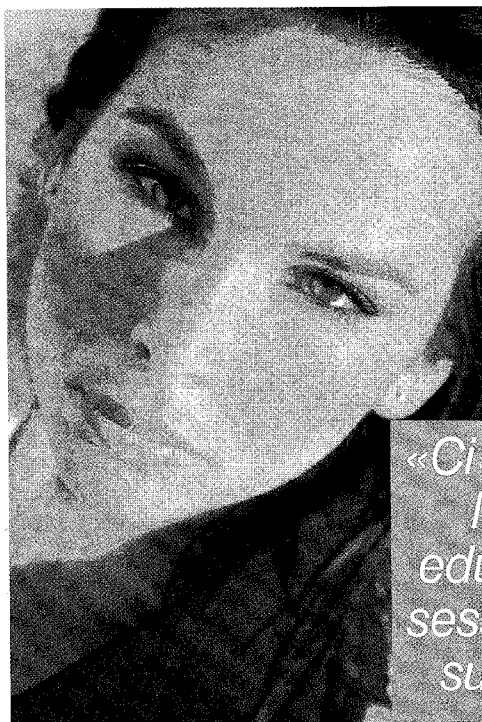
A che punto siamo con i contraccettivi per l'uomo?

Siamo molto indietro. Gli studi condotti fino a oggi si sono concentrati sulla messa a punto di pillole in grado di inibire la produzione di spermatozoi in modo reversibile. Decine di ormoni sono state testate con buoni risultati in termini di ridotto numero di spermatozoi, ma hanno riportato come importante effetto collaterale l'impossibilità o **la difficoltà di raggiungere l'erezione**. In alternativa, uno studio condotto a Pechino ha preso in considerazione la possibilità di iniettare una volta al mese 500 milligrammi di **testosterone** per contrastare la secrezione degli ormoni ipofisari responsabili della produzione di spermatozoi. Il rischio di gravidan-

za è risultato simile a quello della pillola anticoncezionale femminile, ma non si conoscono gli effetti della terapia a lungo termine. Non mancano le ricerche di strade alternative. È in fase di sperimentazione un **dispositivo** formato da due impianti in silicone che, inseriti all'interno dei due dotti deferenti (i canali all'interno dei quali scorre lo sperma proveniente dai testicoli), formerebbero una doppia barriera che impedisce il passaggio dello sperma. In Australia, invece, si sta studiando un modo per chiudere i dotti mediante l'ausilio di una microvalvola inserita all'interno dei vasi e chiusa prima dei rapporti con una specie di **telecomando**.

Quanto sono affidabili i metodi naturali?

Secondo l'indice di Pearl (la tecnica più utilizzata in statistica per la misurazione dell'efficacia dei metodi di contraccezione), il rischio di gravidanza in caso di utilizzo dei metodi naturali va **dal 14 al 40 per cento**. La scarsa affidabilità dipende dall'estrema variabilità delle condizioni ormonali e fisiche del fisico femminile, di cui questi metodi non tengono adeguatamente conto. Per utilizzare il metodo **Ogino-Knaus** (che consiste nell'astinenza sessuale nei giorni vicini all'ovulazione), per esempio, il ciclo mestruale deve essere perfettamente regolare, fenomeno non molto frequente; inoltre, anche nel caso di cicli regolari, l'ovulazione può subire modifiche per svariati motivi (stress, farmaci, malattie). Anche il metodo basato sulla rilevazione della **temperatura basale** presenta un alto indice di fallimento per via degli innumerevoli fattori che possono influire su questo parametro, per esempio malattie e sbalzi climatici. Nel metodo **Billings** invece la difficoltà sta nel valutare correttamente le variazioni del muco cervicale, che in teoria (ma non sempre) nei giorni fertili diventa più filante, abbondante e trasparente, ma può cambiare d'aspetto anche per altri motivi, per esempio in caso di infezioni vaginali o assunzione di determinati farmaci.



MICOL OLIVIERI

Ha solo 17 anni ma Micol Olivieri è già famosa grazie al ruolo di Alice Cudicini nella fiction di Canale 5 "I Cesaroni", accanto a Claudio Amendola. Quest'esperienza non è però stata il suo debutto: infatti aveva già fatto parte del cast della fiction di Raiuno "Soraya", dove impersonava la principessa da bambina e dei film Tv "Questo amore", con Enzo Decaro e Monica Guerritore e "Il veterinario" nel quale interpretava la figlia di Gigi Proietti.

«Ci vorrebbe l'ora di educazione sessuale alle superiori»

LE STATISTICHE DICONO CHE I GIOVANI SONO RESTII A USARE GLI ANTICONCEZIONALI. TI RISULTA?

«Da quello che sento dai ragazzi della mia età credo che non sia del tutto vero. Mi sembra che rispetto a qualche anno fa oggi la cultura dell'anticoncezionale sia più diffusa».

GLI SPECIALISTI DICONO PERÒ CHE C'È POCOA INFORMAZIONE. SEI D'ACCORDO?

«Non sono d'accordo neanche su questo».

TU DA CHI HAI AVUTO INFORMAZIONI SULLA SESSUALITÀ E SUI CONTRACCETTIVI?

«Più che dalle chiacchierate con le amiche, le vere informazioni le ho sempre chieste a persone più grandi di me, in particolare a mia madre e a mia zia. A loro ho manifestato i miei dubbi e loro mi hanno sempre risposto con grande apertura».

PENSI CHE L'EDUCAZIONE SESSUALE A SCUOLA SIA SUFFICIENTE?

«Io l'ho fatta alle medie, anzi soltanto in terza media durante la lezione di scienze. Mi ricordo che soprattutto i maschi mostravano grandissimo interesse. Si comportavano però in maniera matura, non dicevano cavolate e in classe non c'era imbarazzo, anzi facevamo tantissime domande perché la curiosità era tanta».

QUALI SONO LE LEGGENDE METROPOLITANE SUL SESSO PIÙ DIFFUSE TRA I TEENAGER?

«Quella della Coca cola che preserva dalle gravidanze dopo un rapporto a rischio circola ancora».

Ricordo poi una ragazza che a scuola aveva raccontato di essere rimasta incinta dopo aver fatto un bagno in piscina perché c'erano degli spermatozoi che galleggiavano!».

QUALI CONTRACCETTIVI UTILIZZANO MAGGIORMENTE I PIÙ GIOVANI?

«Molte mie amiche prendono la pillola e si sentono sicure, però c'è sempre una percentuale di rischio di rimanere incinta se te la dimentichi. Io suggerirei di usare sempre e comunque anche il preservativo che mi risulta sia l'unica vera copertura anche dalle malattie a trasmissione sessuale».

TU QUALE ANTICONCEZIONALE NON USERESTI MAI?

«Credo la spirale, perché mi dà l'idea di un corpo estraneo. L'anello vaginale non lo vedo naturale da inserire e togliere e del cerotto non mi sono mai informata. Certo da vedere non mi sembra bello».

COSA VORRESTI SUGGERIRE AI TUOI COETANEI IN FATTO DI CONTRACCEZIONE?

«Direi di non informarsi tramite altri ragazzi, perché ne possono sapere alla stessa maniera o addirittura meno. E di non andare sui siti Internet inaffidabili, tipo forum, ma di chiedere ai genitori o comunque a un adulto di cui si fidano. Poi mi piacerebbe che anche la scuola facesse uno sforzo. Sarebbe bello che anche alle superiori fossero previste ore di educazione sessuale, perché bisogna continuare a informare i ragazzi il più possibile nel tempo».

Claudia Cannone

Che differenza c'è tra la pillola del giorno dopo e la RU 486?

La pillola del giorno dopo si utilizza nei tre giorni successivi a un rapporto sessuale a rischio. Contiene levonorgestrel, un principio attivo utilizzato per **bloccare l'ovulazione**. Come indica la definizione più corretta di contraccettivo d'emergenza, la sua efficacia è direttamente proporzionale alla **precocità d'assunzione**: se presa entro 12 ore dal rapporto il rischio di gravidanza è dello 0,5 per cento, se assunta entro il limite massimo delle 72 ore il rischio è otto volte superiore (4,1 per cento). La Ru 486 è un farmaco a base di **mifepristone** che viene prescritto una volta che **l'ovulo è già stato fecondato** e la gravidanza è stata accertata da indagini mediche. Non rientra più quindi nell'ambito della contraccezione ma in quello dell'**interruzione volontaria di gravidanza** e infatti viene chiamata anche "pillola abortiva". Cambiano anche le modalità di prescrizione e utilizzo: la pillola del giorno dopo viene **prescritta in ambulatorio** o in Pronto soccorso e poi assunta autonomamente dalla donna, la Ru 486 può essere somministrata soltanto in ospedale sotto controllo medico e **richiede il ricovero** della donna dal momento dell'assunzione del farmaco fino ad aborto avvenuto.

Quando si rimane incinta nonostante il preservativo?

Quando il profilattico non viene usato correttamente. Il preservativo va indossato prima di ogni rapporto sessuale e srotolato con delicatezza trattenendo la base con le dita. Non può essere riutilizzato e va indossato anche in caso di **rapporti incompleti** (senza penetrazione). Prima dell'uso è bene sempre controllare che sia **integro**, non scaduto, ben lubrificato e omogeneo nel colore e nell'aspetto. Terminato il rapporto, il pene va estratto subito dopo l'eiaculazione altrimenti può verificarsi un **reflusso di sperma** in vagina anche con il preservativo. Nel caso in cui il preservativo fuoriesca o si rompa durante l'atto sessuale, non può essere esclusa la possibilità di una fecondazione, in quanto una perdita di sperma è possibile anche prima dell'eiaculazione.



Cosa si intende per pillola naturale?

Nel 2009 l'etinilestradiolo, l'unico estrogeno sintetico finora utilizzato nelle pillole anticoncezionali, è stato sostituito da un ormone naturale, l'**estradiole valerato**. Questa pillola ha un minore impatto sul metabolismo, perché l'estrogeno utilizzato è identico a quello naturalmente rilasciato dal corpo femminile e prevede un minore intervallo senza ormoni (solo due giorni invece dei sette delle pillole convenzionali) consentendo così un **equilibrio ormonale** analogo a quello della settimana successiva alle mestruazioni. Ciò consente di moderare i fastidi legati alle mestruazioni abbondanti con flussi più brevi e riducendo mal di testa e stanchezza.

Ci sono condizioni in cui la pillola non è più sicura?

L'efficacia della pillola si riduce in alcune circostanze. La prima è il **ritardo nell'assunzione**: se sono trascorse più di 12 ore dall'ora in cui viene presa abitualmente, la protezione può diminuire. Per evitare dimenticanze, i ginecologi consigliano di prendere la pillola alla sera, prima di coricarsi. La protezione non è più assicurata anche nel caso in cui nelle tre o quattro ore seguenti l'assunzione si verifica un episodio di **vomito o diarrea**. Infine, anche l'assunzione contemporanea di alcuni **antibiotici**, di **antiepilettici**, del **pompelmo** e dell'**iperico** (un rimedio usato per lo più come sedativo) può interferire con l'efficacia della pillola.

Roberta Camisasca

DOVE RIVOLGERSI

La società italiana di ginecologia e ostetricia ha messo a disposizione:

■ un numero verde sulla contraccezione 800/555323,

attivo dal lunedì al venerdì dalle 14 alle 17;

■ il sito Internet www.sceglitu.it ricco di informazioni su contraccezione e sessualità.

IN LIBRERIA



SESSO UNDER 18
R. GIOMMI,
Sperling & K.
Si fa sempre prima ma si sa ancora poco. Le risposte ai dubbi più diffusi.



GUIDA ALL'EDUCAZIONE SESSUALE
ALESSANDRA GRAZIOTTIN,
Giunti editore
Un volume ricco ma semplice scritto da una nota specialista.

gli opuscoli

Questi sono gli opuscoli scaricabili dal sito Internet www.sceglitu.it della Società italiana di ginecologia e ostetricia.

