

C. Benedetto, G. Li Puma, R. Nappi

# LA COMUNICAZIONE EFFICACE

---

Il counselling  
per una nuova contraccezione





© 2004 One Way S.r.l.  
Via della Moscova, 16 - 20121 Milano - Italia  
[www.onewaynet.it](http://www.onewaynet.it)

Stampato in Italia

I diritti di traduzione, adattamento parziale o totale sono riservati.  
Copia omaggio per i Sigg. Medici

# LA COMUNICAZIONE EFFICACE

Il counselling  
per una nuova contraccezione

**Chiara Benedetto**

Direttore Cattedra C di Ginecologia e Ostetricia  
Dipartimento di Discipline Ginecologiche ed Ostetriche  
Università degli Studi di Torino, Torino

**Guido Li Puma**

Direttore Scientifico Istituto Superiore Direzione Aziendale (ISDA), Roma

**Rossella Nappi**

Ricercatore Universitario Clinica Ostetrica e Ginecologica  
IRCCS Policlinico San Matteo, Università degli Studi di Pavia, Pavia



# INDICE

<b>Introduzione</b>	<b>6</b>
<b>Capitolo 1. Curare la comunicazione:</b> come accrescere il valore della prestazione specialistica	<b>8</b>
Curare la comunicazione	9
Comunicare in ginecologia	10
Comunicazione e neurolinguistica	17
Le mappe mentali e la loro lettura	17
Lo stile assertivo: come gestire le emozioni	22
L'ascolto	25
Influenzamento e persuasione	27
Il paradosso della comunicazione	40
<b>Capitolo 2. La via vaginale di somministrazione:</b> il counselling per la conoscenza del sé femminile	<b>42</b>
Introduzione	43
Scelta contraccettiva e femminilità	45
Il binomio counselling- <i>compliance</i>	47
Esigenze contraccettive della donna	52
La via vaginale di somministrazione	55
Conclusioni	61
<b>Capitolo 3. La contraccezione ormonale per via vaginale:</b> il controllo del ciclo e basso dosaggio	<b>66</b>
L'anello contraccettivo	73
Farmacocinetica	75
Utilizzo contemporaneo di altri prodotti a somministrazione vaginale	78
Efficacia, tollerabilità e accettabilità dell'anello contraccettivo	81
Controllo del ciclo	85
Come si utilizza l'anello contraccettivo	90
Conclusioni	93



## INTRODUZIONE

*Le evoluzioni nel campo della contraccezione consentono oggi di offrire valide alternative in termini di efficacia, tollerabilità e sicurezza per andare sempre più incontro alle esigenze della donna e della coppia. I metodi oggi disponibili, infatti, rispondono sempre più ai requisiti ideali (efficacia, innocuità, reversibilità, accettabilità) e permettono di ottenere l'effetto desiderato senza pagare il prezzo di fastidiosi effetti collaterali, che spesso spingono la donna a rinunciare alla contraccezione, pur rischiando di incorrere in una gravidanza indesiderata. La scelta consapevole di pianificare la propria fertilità non può però prescindere dalla sua condivisione con il proprio medico. Quest'ultimo è, infatti, l'unico che, con le sue conoscenze e con una comunicazione efficace, può indirizzare verso la decisione più adeguata e fare un'attenta valutazione di tutte le situazioni che potrebbero renderne impossibile l'utilizzo o diventare un rischio per la paziente, tranquillizzandola e fornendole risposte adeguate. Un attento counselling per informare la donna in modo chiaro e efficace è, quindi, fondamentale per personalizzare la terapia e ottenere un buon successo del metodo. A maggior ragione lo è per un metodo tanto innovativo quale l'anello contraccettivo, che può anche diventare uno strumento utile alla donna per approfondire la conoscenza di sé stessa. L'anello contraccettivo, infatti, oltre a garantire la stessa efficacia contraccettiva della pillola, offre una serie di vantaggi legati al bassissimo dosaggio di ormoni rilasciati giornalmente e al particolare profilo farmacocinetico, caratterizzato da livelli sierici ormonali costanti per tutta la durata di utilizzo. Questo consente di ridurre al minimo gli effetti indesiderati, pur offrendo un controllo del ciclo sovrapponibile a quello delle pillole a più alto dosaggio di estrogeni. L'anello contraccettivo, inoltre, grazie alla semplicità di utilizzo e alla somministrazione mensile, consente di migliorare la compliance, evitando le dimenticanze che, nel caso della pillola, possono essere causa del fallimento del metodo.*

**Gli Autori**



G. Li Puma

# CURARE LA COMUNICAZIONE:

come accrescere  
il valore  
della prestazione  
specialistica

## Curare la comunicazione

Comunicare con il paziente è un momento essenziale nella realizzazione di un rapporto diagnostico-terapeutico efficace, capace di esplorare a più livelli una situazione clinica, di instaurare un rapporto di fiducia e di collaborazione tra medico e paziente, di stimolare energie e risposte positive da parte del paziente.

Una comunicazione efficace richiede una strategia comunicativa strutturata e complessa. Le capacità naturali di comunicare e di stabilire un rapporto empatico con il paziente sono certamente una buona base di partenza, ma non realizzano di per sé tutte le condizioni necessarie per costruire una strategia comunicativa efficace.

Bisogna dunque “curare la comunicazione” per raggiungere quella nuova dimensione del colloquio tra medico e paziente che si è voluta definire come “incontro tra due esperti”: il medico come esperto della malattia ed il paziente come esperto della “sua” malattia.

Un buon protocollo per “curare” la comunicazione può essere definito attraverso un processo volto a costruire la relazione medico-paziente secondo una logica temporale strutturata, che si sviluppa secondo una sequenza scandita dai momenti dell’approccio, dell’analisi e della risposta.

In ognuno di questi passaggi della strategia comunicativa emergono aspetti di contenuto e aspetti di relazione, che devono essere gestiti con tecniche e sensibilità appropriate.

Sugli **aspetti di contenuto** il medico può fare sicuro affidamento sulle sue conoscenze professionali: sono queste ad indirizzare la

sequenza del rapporto con il paziente lungo il percorso diagnostico. Più complesso è il presidio degli **aspetti relazionali**. Le sole conoscenze professionali non sono sufficienti a realizzare un rapporto di comunicazione efficace con il paziente. Il gioco si fa più complesso: non basta più sapere cosa domandare, cosa analizzare, cosa prescrivere o suggerire, ma bisogna sapere **come domandare, come analizzare, come prescrivere o suggerire**.

Le conoscenze professionali del medico, il suo approccio analitico e terapeutico, entrano in relazione con le conoscenze, l'emotività, la personalità di un altro soggetto.

Si stabilisce un'interazione tra medico e paziente fondata su comportamenti bilaterali, che possono condurre ad esiti molto diversi: di collaborazione e di conferma oppure di sfiducia e di rifiuto.

**L'aspetto relazionale qualifica e condiziona lo stesso aspetto contenutistico della comunicazione** tra medico e paziente, determinando in modo non secondario l'efficacia dell'intervento terapeutico.

## Comunicare in ginecologia

Questi profili generali del rapporto medico-paziente e del ruolo della comunicazione assumono un rilievo del tutto particolare nel contesto della **visita ginecologica**, che risulta particolarmente delicata sul piano comunicativo-relazionale.

Nel contesto della visita ginecologica si evidenzia, in particolare, tutta la complessità del "fenomeno donna", che rende necessario il superamento di approcci terapeutici fondati esclusivamente sui profili medico-biologici, mentre si richiede una forte integrazione con

quelli di carattere psico-sociale, la cui corretta valutazione è fondamentale al fine di determinare l'efficacia dell'intervento terapeutico. Questa integrazione di profili medico-biologici con quelli di carattere psico-sociale passa, necessariamente, attraverso uno sviluppo delle capacità relazionali e comunicative del terapeuta, che gli consenta di leggere in profondità il vissuto della sua paziente e di orientarne la consapevolezza e la condivisione nei confronti delle indicazioni terapeutiche.

Comunicare con le pazienti è quindi fondamentale per i ginecologi.

In particolare le tematiche relative alla contraccezione presentano specifiche complessità, che rendono necessaria una cura rigorosa della comunicazione in relazione alle dinamiche psicologiche della paziente, alla sua età e alle sue convinzioni etico-religiose, necessitando, quindi, di una presa in carico globale della persona nella sua complessità biologica, relazionale ed etica.

L'informazione contraccettiva non può, quindi, limitarsi agli aspetti di contenuto e alle tecniche, ma deve saper esplorare aree più complesse della personalità della donna, del suo rapporto con la sessualità.

Nelle dinamiche relazionali tra medico ginecologo e paziente entrano quindi in gioco tutti i passaggi più significativi che connotano i processi e le strategie della comunicazione.

### Come ascoltare

Per un ginecologo l'ascolto è un fatto scontato. Gli servono informazioni, descrizioni di sintomi, stili e abitudini di vita. Meno scontata è la domanda sulla qualità dell'ascolto: occorre far sentire l'ascolto, gestire le informazioni, decodificare le risposte non verbali.



### Come domandare

Una domanda mal posta può creare una barriera. Bisogna saper domandare senza giudicare, squalificare, rifiutare, criticare, se non si vuole togliere la possibilità di costruire una relazione di ascolto reciproco.

### Come rispondere

Il ginecologo deve fornire una serie d'informazioni e di risposte alla donna. Può farlo seguendo un protocollo standard, centrato sui contenuti, informazioni neutre, fatti, dati, notizie. Ma può farlo anche, e meglio, collocandosi dalla parte della paziente, perché la persona che in quel momento lo sta ascoltando è diversa da tutte quelle cui, fino ad ora, sono state dette quelle stesse cose.

### Come gestire l'imprevisto e l'emotività

Anche il ginecologo ha un'emotività che è trasmessa attraverso i nostri canali non verbali di comunicazione: solo lo sforzo di riconoscere e gestire le emozioni permette di non lasciare alla libera interpretazione dell'altro le risposte date.

### Come gestire il sistema di attese

In ogni scambio relazionale ciascuno si fa delle aspettative sull'interlocutore, che condizionano il suo comportamento nei confronti dell'altro. Il ginecologo deve domandarsi come si è percepiti dalla paziente per poterne acquisire la fiducia e costruire una relazione complementare, superando pregiudizi sulla donna e della donna. Se la professionalità del ginecologo non può prescindere dalla capacità

di fare diagnosi corrette, senza una relazione efficace con la paziente viene meno la possibilità stessa di fare diagnosi.

### Come realizzare una relazione terapeutica efficace

Per costruire una relazione efficace è necessario anche un approccio sistematico, che consenta di ricondurre il caso in esame all'interno di un contesto tipologico più generale.

Occorre dunque sviluppare una linea di monitoraggio della propria esperienza clinica globale, rilevando sia gli aspetti strettamente professionali (patologie curate, diagnosi corrette, abbandoni, tipologie di pazienti ecc.) sia quelli di relazione.

Nelle figure che seguono è schematizzata la sequenza tipo che caratterizza sui due versanti, rispettivamente quello del terapeuta e quello della paziente, il processo comunicativo: la complessità degli aspetti relazionali che entrano in gioco suggerisce la necessità di far ricorso a strategie comunicative strutturate, orientate ad esplorare il vissuto del problema esposto dalla paziente, tenendo conto della complessità delle idee, delle interpretazioni, dei sentimenti, dei valori e delle aspettative (fig. 1,2).

Lo sviluppo delle capacità comunicative, con l'obiettivo di realizzare strategie di comunicazione efficaci e persuasive, costituisce un impegno di grande rilievo.

In particolare, per quanto riguarda le professioni cliniche, l'obiettivo fondamentale sembra quello di far evolvere uno schema tradizionale di comunicazione, tutto centrato sulla malattia, verso un approccio più complesso, orientato al paziente e finalizzato all'integrazione del





Figura 1 "Curare" la comunicazione

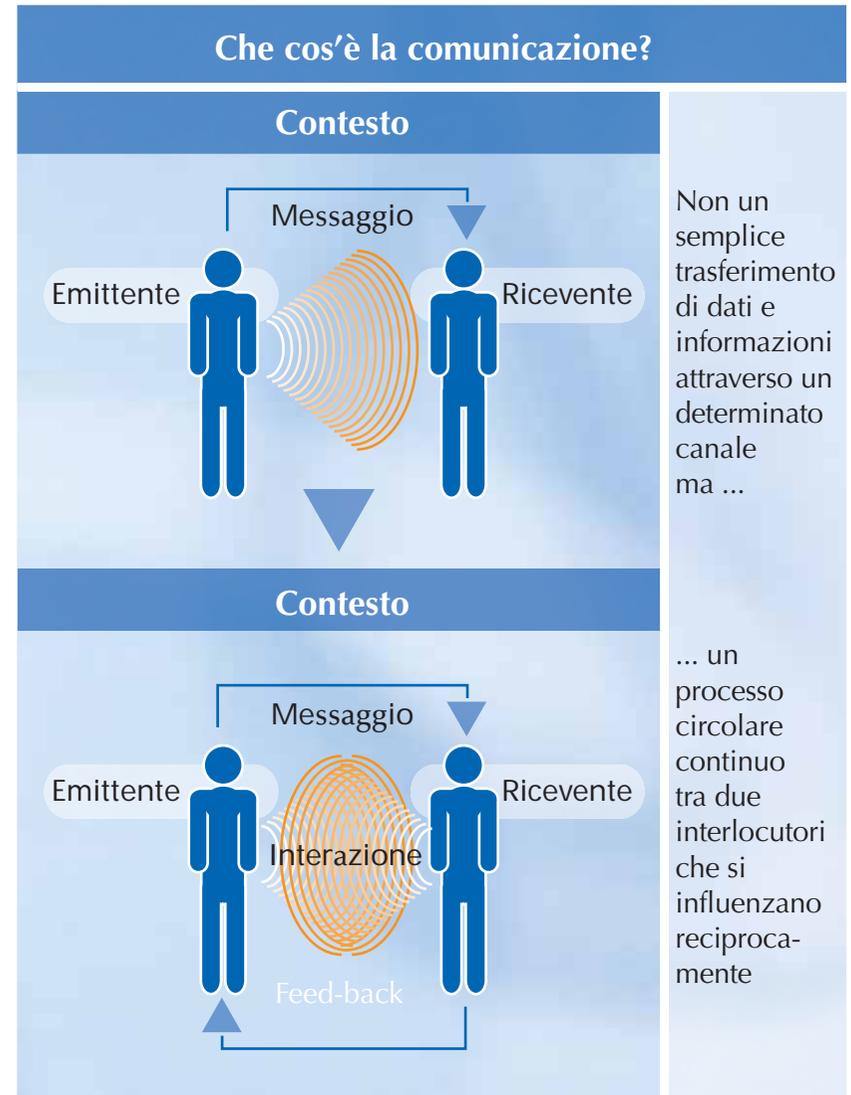


Figura 2 Che cos'è la comunicazione?

vissuto di malattia con l'interpretazione biomedica.

Il percorso sintetizzato nella figura 1 mette in rilievo la natura dialettica del rapporto tra medico e paziente, che si sviluppa attraverso una complessa sequenza di domande e di risposte, di segnali da decodificare, di indicazioni terapeutiche sulle quali suscitare un consenso informato e consapevole.

Per muoversi con naturalezza lungo questo percorso è necessario sviluppare le proprie capacità comunicative, innalzare il livello della disponibilità all'osservazione e della capacità di interpretare i segnali che giungono dal paziente; è necessario saper motivare e convincere attraverso una corretta azione di influenzamento del paziente, che tenga conto del suo vissuto e sappia aggiungere all'autorevolezza della propria esperienza terapeutica la capacità di entrare in sintonia con il paziente stesso.

Le tematiche della sessualità e della contraccezione, con le quali il ginecologo deve confrontarsi, presentano, in particolare, una specifica complessità nel rapporto comunicativo con la paziente.

Si è giustamente osservato come in campo contraccettivo esistano setting diversi che realizzano altrettanti scenari di cura: "Di fronte ad una popolazione adolescenziale emergerà facilmente il divario tra il sistema di valori giovanile e quello tipico dell'adulto per cui un intervento informativo fondato prevalentemente sul trasferimento di nozioni e di sollecitazione a norme non realizzerà una vera comunicazione perché è a senso unico e pertanto inadatto a determinare un setting veramente relazionale tra il medico ed i ragazzi.

Altrettanto importante e complesso scenario di cura, in tema di controllo delle nascite si realizza di fronte alla richiesta di prescrizione o

di consulenza contraccettiva individuale da parte di un soggetto adulto. Anche in questo contesto è forte il rischio che il setting relazionale si connoti nel senso di una marcata asimmetria comunicativa e di una direttività che può lasciare poco spazio alla elaborazione e alla scelta. La donna richiede una prestazione professionale a forte impronta tecnica, ma facilmente le sue aspettative sono anche altre. Le sue ansie possono generare, o viceversa nascondere, ulteriori domande latenti che sta al medico far emergere".

## Comunicazione e neurolinguistica

Per affrontare correttamente situazioni cliniche fortemente condizionate dalla personalità e dal vissuto individuale della paziente è quindi necessario mettere in campo strategie comunicative adeguate, caratterizzate da un'elevata capacità di ascolto e di lettura di segnali, anche non verbali, trasmessi dalla paziente, dalla flessibilità necessaria per entrare in relazione positiva con un universo complesso come quello femminile e realizzare un'azione efficace di contenimento, rispecchiamento e messa in risonanza con i bisogni della paziente, e, infine, da una corretta capacità di influenzamento e di scelta rispetto a indicazioni terapeutiche e comportamentali anche alternative, la cui definizione è fortemente condizionata dalla stessa personalità della paziente.

## Le mappe mentali e la loro lettura

Tutte le complesse problematiche comunicative e relazionali, che

caratterizzano il rapporto tra ginecologo e paziente, possono essere correttamente affrontate e risolte attraverso il ricorso a tecniche della programmazione neurolinguistica, intesa come strumento per sviluppare un atteggiamento complessivo della persona in cui è riconoscibile la crescita della flessibilità e della disponibilità all'osservazione e all'ascolto, con una specifica finalizzazione verso la realizzazione dei contesti comunicativi e relazionali efficaci.

La programmazione neurolinguistica attinge i suoi strumenti analitici da varie discipline come la psicologia, la cibernetica, la linguistica, con l'obiettivo di costruire modelli di lettura e di sviluppo del comportamento soggettivo orientati alla crescita personale e suscettibili di applicazione in qualunque campo.

La neurolinguistica ha rappresentato una tappa fondamentale nel processo di comprensione delle modalità di sviluppo delle persone: fornisce un modo per conoscere meglio se stessi e gli altri e comprende una serie potente di strumenti di apprendimento finalizzati alla crescita personale, attraverso l'acquisizione di atteggiamenti che si possono imparare e che aiutano le persone a raggiungere i propri scopi, sviluppando una flessibilità comportamentale di base congruente con i valori personali e con i più diversi profili e contesti organizzativi.

In questo contesto, si cercherà di analizzare come le tecniche della programmazione neurolinguistica possano supportare lo sviluppo del processo comunicativo tra medico e paziente, schematizzato nella figura 1, ed aiutare a costruire una strategia comunicativa e relazionale efficace.

Il punto di partenza dell'esercizio di applicazione dei concetti e delle tecniche della programmazione neurolinguistica nel rapporto

medico-paziente è rappresentato dalla definizione del concetto di "mappa mentale" e dall'individuazione della sua rilevanza specifica nel contesto di interesse.

In termini molto schematici si può dire che, con il termine "mappa mentale", la neurolinguistica identifica la rappresentazione che ciascuno costruisce della propria realtà.

Le nostre relazioni con il mondo esterno sono gestite tramite "chiavi di lettura", schemi percettivi ed interpretativi della realtà esterna che, nel loro insieme, costituiscono una "mappa mentale".

Come la "mappa geografica" costituisce una rappresentazione schematica, simbolica e deformata di un determinato territorio, così la "mappa mentale" costituisce la rappresentazione che ciascuno di noi costruisce nel percepire in modo altrettanto schematico, simbolico e deformato una determinata realtà.

La mappa geografica ci aiuta a muoverci nel territorio, a seguire un percorso identificando luoghi e punti di riferimento.

La mappa mentale ci accompagna nella nostra esperienza di vita, determina il modo in cui interpretiamo esperienze e situazioni, ci formiamo dei convincimenti e orientiamo le nostre scelte.

La costruzione di una mappa si sviluppa attraverso un processo interattivo in cui convergono esperienze, convinzioni, comportamenti. Il processo di costruzione di una mappa mentale è molto personale ed è condizionato da filtri neurologici, biologici, culturali, sociali, genetici, individuali.

Perché interessa il concetto di mappa mentale?

La risposta è semplice: la relazione medico-paziente può essere interpretata come il confronto tra due mappe mentali, tra due schemi

diversi di lettura della realtà.

La mappa mentale del terapeuta sarà tendenzialmente costruita sulle sue conoscenze cliniche, sulle sue esperienze diagnostico-terapeutiche e tenderà a leggere in chiave medico-biologica la realtà rappresentata dalla paziente, per derivare da questa chiave di lettura le indicazioni diagnostico terapeutiche.

La mappa mentale della paziente si presenta, nella maggioranza dei casi, molto più complessa e meno definita. La rappresentazione oggettiva della realtà è più fortemente condizionata dalle emozioni, da timori più o meno consapevoli, dai convincimenti derivanti dall'esperienza corrente, da sistemi di valori e da pregiudizi più o meno consolidati: il vissuto di malattia della paziente tenderà a ricomprendere aree e problematiche complementari rispetto a quelle affrontate direttamente dall'intervento diagnostico-terapeutico svolto dal medico, la cui presa in carico è peraltro fondamentale per l'efficacia di questo intervento.

Compito del terapeuta è saper leggere e decifrare la mappa mentale della paziente, ricostruire l'insieme dell'esperienza, delle convinzioni, dei comportamenti che ne determinano la struttura, orientando la sua sensibilità e il suo rapporto con la realtà.

Questo processo di lettura e identificazione della mappa mentale della paziente è fondamentale al medico per entrare in sintonia con lei, adattando in qualche modo la propria mappa mentale per renderla coerente e funzionale all'obiettivo che vuole raggiungere: formulare una diagnosi ed indicare una terapia che tengano conto del vissuto globale della paziente, aprendo eventualmente la strada ad un processo positivo di influenzamento, che induca, se necessario, un cam-

biamento della mappa mentale della paziente stessa, per renderla disponibile ad approcci terapeutici inizialmente non condivisi.

La lettura e la decodifica di una "mappa mentale", così come il confronto tra la mappa mentale del medico e quella della paziente, rappresentano un passaggio non semplice nel percorso diagnostico-terapeutico.

Normalmente l'approccio a questa fase così delicata del rapporto medico-paziente fa riferimento a schemi sintetici sostenuti dall'esperienza e dall'istinto.

La neurolinguistica suggerisce, invece, un approccio più analitico e strutturato, con una "griglia" di lettura molto articolata, che tende ad esplorare a diversi "livelli logici" il vissuto della paziente, la sua mappa mentale, il significato dell'esperienza che si realizza nel corso del rapporto diagnostico-terapeutico.

Quest'esplorazione tende ad analizzare in profondità i dati "al contorno" non strettamente clinici, che consentono, tuttavia, di ottimizzare il rapporto diagnostico-terapeutico attraverso la sua "personalizzazione". I dati da analizzare riguardano il contesto in cui si svolge il rapporto, il comportamento della paziente, le sue convinzioni ed i valori che le riassumono, la sua identità.

Anche il dato apparentemente più neutro e meno legato alla personalità della paziente, come quello rappresentato dal contesto in cui si svolge la visita, può risultare significativo e meritevole d'attenzione per una migliore lettura della situazione.

Un controllo periodico della situazione ginecologica, a scadenza annuale, che venga anticipato su richiesta della paziente senza che

siano peraltro segnalati problemi specifici, deve indurre comunque a qualche cautela: forse la paziente è reticente rispetto ad alcuni problemi e desidera che sia il medico ad individuarli.

Una paziente, che di solito si presenta da sola alle visite di controllo, questa volta si è fatta accompagnare: può essere un fatto casuale o può nascondere dubbi e incertezze, che si pensa di risolvere non solo con il parere del medico, ma anche con il ricorso di una figura "terza".

## Lo stile assertivo: come gestire le emozioni

Lo sguardo, le parole, il comportamento sono analizzati dalla neuro-linguistica come chiavi di accesso fondamentali per un'esplorazione della "mappa mentale" dell'interlocutore, al fine di definire il suo sistema di rappresentazione della realtà e, quindi, le sue reazioni spontanee rispetto al messaggio che intendiamo inviargli.

Ognuno di noi manifesta una predisposizione a percepire la realtà privilegiando uno o più canali sensoriali.

In estrema sintesi, i principali sistemi di rappresentazione della realtà, visivo, auditivo e cenestetico, fanno riferimento ai canali sensoriali rappresentati, rispettivamente, dalla vista, dall'udito e dalle sensazioni emotive.

Dal modo di atteggiarsi del corpo e degli occhi, dai movimenti (linguaggio non verbale), così come dall'impostazione della voce (linguaggio paraverbale), è possibile riconoscere i sistemi rappresentazionali preferiti da ciascuno.

In che modo può essere utile, nel contesto in esame, riconoscere il

sistema rappresentazionale preferito dalla paziente?

Una paziente con un sistema rappresentazionale auditivo tenderà a rivolgere la propria attenzione agli aspetti verbali della comunicazione, a cominciare dal tono della voce, per trarre dalle sue sensazioni auditive elementi di conferma o di incertezza sulle indicazioni diagnostico-terapeutiche.

La formulazione di una diagnosi problematica, con il suggerimento di ulteriori analisi e ricerche cliniche, esposta con un tono di voce rassicurante, accompagnata da messaggi verbali comprensibili, coerenti con l'esperienza e le conoscenze della paziente, rafforzata da una disponibilità al dialogo e al chiarimento, acquisterà un valore comunicativo e persuasivo ben diverso rispetto ad una prescrizione formulata in tono autoritario e non esplicativo.

Una paziente con un sistema rappresentazionale visivo, invece, concentrerà la sua attenzione sull'atteggiamento comportamentale a cominciare dallo sguardo, dalle posizioni assunte dal corpo, che rappresenteranno per lei altrettanti segnali, di rassicurazione o di allarme, così significativi da prevalere, nella sua rappresentazione profonda della realtà, sugli stessi contenuti verbali della comunicazione dell'interlocutore.

Una diagnosi rassicurante formulata con uno sguardo accigliato, con un atteggiamento posturale che tradisca incertezza e preoccupazione, sarà decodificata dalla paziente in termini molto diversi da quelli desumibili da una lettura soltanto verbale della comunicazione del medico.

Una paziente con un sistema rappresentazionale prevalentemente cenestetico, orientato quindi dalle proprie sensazioni corporali e

dalla loro interpretazione in chiave emotiva, porrà attenzione, non tanto ai contenuti oggettivi della comunicazione del medico, ma piuttosto alle reazioni emotive che questa suscita in lei.

Di fronte ad una paziente di questo tipo il medico dovrebbe saper cogliere l'emergere delle sue reazioni emotive, per svolgere un'azione di contenimento e di persuasione più profonda rispetto a quanto richiesto da una paziente con uno "sfondo psicologico" di tipo razionale-conoscitivo, che sarà, invece, portata ad interrogare sui dati oggettivi dell'indicazione terapeutica (casistica trattata, modalità di assunzione di eventuali farmaci, reazioni possibili, tempi della terapia, ecc.).

Una paziente cenestetica richiederà, invece, una presa in carico delle sue emozioni, si disinteresserà della casistica, di cosa accade alle altre pazienti, ma vorrà essere aiutata a risolvere il "suo" problema.

Il confronto con l'emotività della paziente è certamente uno dei passaggi più delicati del percorso diagnostico-terapeutico.

Anche in questo momento così critico, la programmazione neurolinguistica può fornire tecniche e strumenti utili per interpretare, gestire, contenere le emozioni.

I passaggi fondamentali, attraverso i quali le tecniche della neurolinguistica conducono, sono quelli dello sviluppo della nostra flessibilità per capire meglio gli altri e adeguare i nostri comportamenti, della crescita delle nostre capacità di osservazione e ascolto, della espansione della nostra sensibilità emotiva per riattivare stati positivi, dello sviluppo delle capacità di rispecchiamento, di guida e di persuasione del nostro interlocutore per raggiungere risultati efficaci.



## L'ascolto

Il primo gradino del percorso suggerito dalla neurolinguistica è quello dello sviluppo della flessibilità nel muoversi tra le diverse "posizioni percettive", che caratterizzano il rapporto comunicativo-relazionale e che possono essere tradotte come i diversi "punti di vista" in cui si collocano gli interlocutori.

Una prima posizione percettiva è centrata su noi stessi: in questo caso, è la posizione del medico che ascolta, vede, sente quello che la paziente rappresenta, per formulare, quindi, una diagnosi e una terapia sulla base del proprio punto di vista.

Una seconda posizione percettiva è quella in cui ci mettiamo nei panni del nostro interlocutore: in questo caso, il medico tenderà a collocarsi dalla parte della paziente, di vedere la situazione con i suoi occhi, di sentirne le emozioni e le sensazioni. L'indicazione terapeutica si arricchirà di contenuti, sarà meno direttiva e più persuasiva, in qualche modo personalizzata.

L'obiettivo deve essere quello di aumentare la flessibilità nel muoversi tra le diverse situazioni percettive per cogliere tutte le informazioni e le indicazioni cui è possibile accedere dall'una o dall'altra posizione.

Il risultato finale cui tendere è quello di "ottimizzare" i valori di un'equazione complessa, rappresentati, rispettivamente, dal massimo di efficacia terapeutica, definita dal punto di vista medico, e dal massimo di possibile adesione alle esigenze e alla personalità della paziente.

Facendo ricorso ad una figura dell'economia classica, si tratta di rea-



lizzare una sorta di “ottimo paretiano” e cioè il massimo di efficacia terapeutica per un determinato individuo.

In altri termini, si tratta di interagire assertivamente e cioè di rispettare il proprio punto di vista e di comprendere il punto di vista della paziente, per raggiungere un obiettivo comune (fig. 3).



Figura 3 Il significato di un'interazione efficace

## Influenzamento e persuasione

Essere assertivi significa gestire i rapporti interpersonali senza lasciarsi sopraffare dall'emotività che essi comportano, affermare il proprio punto di vista, anche se contrario a quello dell'interlocutore, pur mantenendo con lui un buon rapporto.

La comunicazione interpersonale diviene, in questa prospettiva, non solo espressione di una funzione direttiva, ma anche strumento per ottenere un giustificato consenso e quindi una convinta collaborazione. Una corretta comunicazione interpersonale consente di superare l'asimmetria di fondo che caratterizza il rapporto tra medico e paziente.

La relazione medico-paziente, infatti, è una relazione non alla pari: la donna si trova in una condizione di debolezza che la porta a descrivere al ginecologo aspetti anche molto privati della sua vita. Il ginecologo può percepire quest'asimmetria di fondo e utilizzarla per ribadire e rinforzare il suo ruolo. Questo non è un male in sé, purché dietro all'affermazione di ruolo non si celi soltanto una generica propensione alla cura e alla guarigione che prescinde dall'unicità della persona che il ginecologo ha di fronte. La relazione fondata solo sull'identità di ruolo funziona, infatti, soltanto fino a quando la donna attribuisce al ginecologo la competenza per assisterla.

*“È bravo, riesce sempre a fare una diagnosi puntuale, certo che sul lato umano...”*

Se la professionalità del ginecologo e il suo ruolo non possono prescindere dalla capacità di fare diagnosi corrette, senza una relazione efficace con l'altro, senza una disposizione all'ascolto, senza la capa-

cià di capire cosa l'altro si aspetta da lui, viene meno la possibilità di esprimere la sua stessa professionalità.

Cogliere questi segnali consente al medico di modificare la sua comunicazione per adattarla al segnale di risposta che gli è stato trasmesso e allo stato emotivo che lo sottende: la paziente avrà così la sensazione di essere compresa nel suo profondo e di essere trattata con sensibilità.

Lo sviluppo da parte del medico della sensibilità rispetto alle emozioni consente, inoltre, di attuare comportamenti anche molto semplici, ma tali da innescare nella paziente la capacità di superare uno stato emotivo negativo: può essere sufficiente cambiare il tono di voce, rivolgere uno sguardo rassicurante, abbozzare un sorriso, per realizzare un segnale di comunicazione che può indurre un sollievo ed essere più persuasivo di una lunga spiegazione.

Lo stile assertivo non è un aspetto, una condizione parziale della nostra persona, ma una caratteristica che la permea nella sua totalità. È un *modus operandi* complessivo, che coinvolge diversi aspetti della personalità: cognitivo, relazionale, emotivo, verbale e non verbale. Vi sono, in particolare, alcune caratteristiche la cui presenza rappresenta un particolare indice di una disposizione assertiva: in primo luogo il saper ascoltare (tab. 1).

*“Sta per iniziare l'orario di visita, una dura giornata passata per lo più ad ascoltare donne che provano disagio, vogliono essere rassicurate sul loro stato di salute, vogliono consigli...”*

Se il ginecologo si domanda come spende il suo tempo con le pazienti durante le visite, non potrà non individuare una porzione del



## Ascoltare è un PROCESSO, che si articola in quattro fasi:

- ▶ 1) UDIRE (o SENTIRE) i suoni esterni
- ▶ 2) INTERPRETARE le parole, i suoni, il linguaggio del corpo, il tono di voce dell'interlocutore
- ▶ 3) COMPRENDERE (o VALUTARE) il significato delle parole e dei gesti
- ▶ 4) RISPONDERE mediante un feedback

Per comprendere il messaggio che abbiamo ascoltato è necessario:

- >> Fare domande/cercare indicazioni
- >> Analizzare i dati
- >> Evitare di saltare subito alle conclusioni
- >> Porsi domande

**Tabella 1** Il processo dell'ascoltare

suo tempo spesa ad ascoltare. È un fatto scontato, gli servono informazioni, descrizioni di sintomi, stili e abitudini di vita: meno scontata è la domanda sulla qualità dell'ascolto.



*“... No, signora, i sintomi che mi descrive non fanno pensare ad un problema ormonale.”*

In questa risposta il ginecologo ha classificato i sintomi secondo categorie che lo portano ad ipotizzare o escludere una patologia piuttosto che un'altra, ma qual è la qualità dell'ascolto? Come può far capire alla donna che ha davanti, che quella descrizione per lui ha un significato chiaro? Spesso il ginecologo si trova di fronte a pazienti che hanno già la loro diagnosi in tasca e vogliono solo sentirselo confermare. Per quanto questo lo possa indispettire o, magari, far sorridere, dovrà tenerne conto. Far sentire l'ascolto significa cercare di capire come la persona è arrivata a farsi quell'idea e capirne le ragioni. *“Anche una mia amica ha avuto lo stesso disturbo”, “L'ho letto su una rivista femminile”.*

Sono osservazioni che possono far sorridere, ma forse tranquillizzano la donna sul fatto che i suoi disturbi sono comuni o diffusi. Se quest'ipotesi è corretta, tranquillizzarla sulle conseguenze della diagnosi effettiva è un modo per farla recepire e accettare, ottenendo la collaborazione della paziente.

Il ginecologo che riconosce questi aspetti nelle affermazioni della donna sta facendo sentire il suo ascolto.

Esistono una serie di tecniche per un ascolto attivo, che possono migliorare la nostra capacità di ascoltare e al tempo stesso comunicare al nostro interlocutore che lo stiamo ascoltando con attenzione. Si tratta di tecniche sia non verbali, sia verbali.

Gestualità, contatto visivo e posture fisiche comunicano a chi parla che lo stiamo ascoltando, che comprendiamo i suoi sentimenti, che siamo interessati ad approfondire, che non lo stiamo giudicando. La

comunicazione non verbale è meno controllabile di quella verbale, in quanto è più istintiva. È questa la ragione fondamentale per cui, ciò che comunichiamo non verbalmente, è ritenuto più sincero, vale a dire più rispondente a ciò che pensiamo realmente.

In effetti, i nostri stati d'animo sono facilmente comunicati dalle nostre espressioni, dai nostri gesti, dalle nostre posizioni fisiche, spesso indipendentemente dalla nostra volontà.

Per questo motivo è essenziale che, volendo migliorare la capacità di ascolto, si sviluppino una certa capacità di controllo di queste comunicazioni spontanee. Il modo più efficace di ottenere questo scopo consiste, da una lato, nel prestare attenzione a questi aspetti del nostro comportamento, concentrandoci realmente su ciò che stiamo ascoltando, e, dall'altro, nello sforzarci (senza ovviamente fingere) di mandare regolarmente segnali non verbali di conferma.

Ascoltare non significa stare zitti. Certamente non si può parlare e ascoltare allo stesso tempo. Dato, tuttavia, che si ascolta per capire, dobbiamo in qualche modo verificare l'efficacia del nostro ascolto. Le tecniche verbali servono proprio a permetterci di controllare se abbiamo compreso correttamente ciò che abbiamo ascoltato (tab.2). In secondo luogo, per mezzo di interventi verbali, confermiamo all'altra persona il nostro interesse per ciò che sta dicendo e, contemporaneamente, contribuiamo attivamente a mantenere aperto e correttamente impostato il flusso comunicativo.

Tuttavia, nella relazione medico-paziente entrano in gioco anche altri fattori emotivi.

Il ginecologo ha, infatti, una sua emotività. La sua professionalità e le prassi operative non lo salvaguardano dal manifestarla. Anzi, il coper-

chioso che il ginecologo mette sul pentolone delle emozioni fa in modo che queste fuoriescano senza controllo e senza consapevolezza.

Linee guida per un ascolto efficace	
▶	Mantenetevi attenti e dimostratelo a chi parla
▶	Ascoltate cercando di capire i messaggi
▶	Incoraggiate il vostro interlocutore a continuare
▶	Mentre ascoltate, evitate di giudicare
▶	Suspendete i vostri pregiudizi
▶	Evitate di pensare a ciò che direte più tardi
▶	Prendete appunti
▶	Fate domande

**Tabella 2** Linee guida per un ascolto efficace

Il semplice sforzo di riconoscere e gestire le emozioni, anche solamente attraverso la loro verbalizzazione, permette di non lasciare alla libera interpretazione dell'altro le risposte date.

*“Signora lei mi sta mettendo in difficoltà, possiamo analizzare la situazione dal punto di vista clinico con più calma tuttavia non posso essere io a dirle se deve lasciare suo marito”.*

Questa risposta non è un rifiuto, è la verbalizzazione di un'emozione, di un disagio, che rischierebbe di compromettere la relazione se non gestito.

Questo ginecologo ha ascoltato la donna, ma anche la propria emotività, ha comunicato ascolto e disponibilità ad analizzare insieme la situazione dal punto di vista ginecologico, ma ha affermato la sua impossibilità a prendere una decisione al posto di una donna. È stato assertivo, è riuscito a comunicare un disagio senza interrompere la relazione di ascolto e senza reagire in modo emotivo.

Il percorso diagnostico-terapeutico sta per giungere ora al suo punto culminante: quello di guidare e indirizzare la paziente verso le indicazioni terapeutiche che sembrano più adeguate.

Le tematiche della persuasione e del convincimento hanno un'importanza del tutto particolare nel rapporto medico-paziente e sull'efficacia dell'intervento terapeutico: basti pensare ai risultati scientifici, ormai consolidati, ottenuti dalle ricerche sull'efficacia del cosiddetto "effetto placebo".

Anche i processi relativi al consenso e al convincimento possono essere pianificati, diretti, organizzati, coordinati e controllati, in modo professionalmente avanzato e gestionalmente corretto. In pratica, una comunicazione efficace, convincente e in grado di generare consenso si articola nel rispetto di regole basate su semplicità, correttezza, attenzione per le motivazioni e i bisogni dell'altro e, infine,

coerenza con l'interlocutore, il contesto e l'obiettivo da raggiungere. La seguente tabella sintetizza gli elementi da considerare per realizzare una comunicazione efficace (tab. 3)

Considerare:	
▶	Avere chiara un'idea
▶	Saperla comunicare con efficacia
▶	Per "afferrare" l'altro emotivamente e razionalmente
▶	"Colpirlo" e chiamarlo in causa
▶	Destare costantemente l'attenzione
▶	Rafforzare convinzioni e far nascere certezze
▶	Stimolare il coinvolgimento e far percepire il vantaggio
▶	Fare attenzione a ciò che si dice, come si dice, a chi si dice e perchè si dice
	In modo semplice, attraente e adeguato

**Tabella 3** Elementi per una comunicazione efficace



I passaggi logici attraverso cui realizzare un intervento persuasivo sono indicati schematicamente nella tabella seguente, relativa alle scelte del persuasore (tab. 4).

Le scelte del persuasore	
▶	1) Scelta dell'OBIETTIVO
▶	2) Scelta delle FONTI
▶	3) Scelta dei CONCETTI MOTIVAZIONALI
▶	4) Scelta delle PROVE da porre a sostegno
▶	5) ORGANIZZAZIONE degli elementi
▶	6) Scelta dei TEMPI
▶	7) Scelta del LINGUAGGIO
▶	8) Scelta dello STILE ESPOSITIVO

**Tabella 4** Schema di un intervento persuasivo

Sono evidenti, in particolare, i problemi relativi alla fonte comunicativa e alle caratteristiche che ne connotano la capacità persuasiva,



indicate nella tabella seguente (tab. 5).

La "persuasione" nella "fonte": CARATTERISTICHE		
	IMPLICITE	ESPLICITE
ESOGENE	Istruzione Professione Intelligenza	Fisico Volto Impatto
ENDOGENE	Obiettivi Organizzazione Prove a favore	Linguaggio Comunicazione Estroversione

**Tabella 5** Le capacità persuasive di chi comunica

Al medico sono certamente riconosciute le capacità persuasive, qualificate come implicite in quanto legate alla sua professionalità, mentre è opportuno sottoporre a verifica quelle di carattere esplicito, che riguardano la corretta gestione delle dinamiche comunicativo-comportamentali, che si realizzano nel corso della visita clinica.

Il confronto tra medico e paziente può assumere, infatti, connotati

persuasivi molto diversi, a seconda degli stili comunicativi adottati e del clima che si è realizzato nel corso della visita.

La situazione più frequente è, probabilmente, caratterizzata da un approccio direttivo con una marcata impronta normativa: "Faccia questo, prenda questo farmaco, usi questo metodo contraccettivo, segua questa prescrizione, ci rivediamo per un controllo tra sei mesi...".

Un approccio meno direttivo e più personalizzato tenderà, invece, ad accompagnare la prescrizione con una serie di informazioni che mettono in relazione la terapia suggerita con il vissuto di malattia della paziente, con i suoi stili di vita e le sue convinzioni. In qualche caso si potrà configurare un vero approccio "negoziale", quando la paziente, in base alle sue conoscenze ed esperienze, tende a contrattare la terapia. Domande del tipo "ma non sarebbe meglio una cura per bocca?" possono generare nel medico una reazione negativa ed essere lette come un segno di scarsa fiducia, come un tentativo di sostituirsi a lui.

La risposta corretta è invece sempre quella di rimettersi in sintonia con la paziente: capire il bisogno della donna, anche quello che la spinge a rifiutare la terapia prescritta, è l'unico modo per evidenziare i vantaggi che la proposta del medico porta alla donna stessa.

La programmazione neurolinguistica offre una serie di strumenti e di tecniche da adottare per realizzare processi d'influenzamento efficaci, per rimuovere ostacoli e pregiudizi e raggiungere l'obiettivo: ottenere un consenso informato e consapevole, stabilire un rapporto di fiducia, indurre atteggiamenti positivi.

I processi di influenzamento analizzati dalla neurolinguistica si fon-

dano su di una funzione di guida nei confronti dell'interlocutore, per indurlo a modificare un proprio atteggiamento, ad ampliare la "mappa mentale" con cui analizza e interpreta una certa situazione di fatto, con l'obiettivo di portarlo a esplorare altri possibili comportamenti.

La tecnica più efficace per attivare una funzione di guida presuppone una prima fase di "rispecchiamento" nell'altro, finalizzata alla presa in carico della sua situazione emotiva.

Il rispecchiamento può essere realizzato a diversi livelli:

- >> a livello non verbale, con la riproduzione dei gesti, dei movimenti del nostro interlocutore;
- >> a livello paraverbale, assumendo il tono e la frequenza verbale dell'altro;
- >> a livello verbale; utilizzando gli stessi "metaprogrammi", intesi come filtri di selezione e di elaborazione delle informazioni scambiate nel rapporto comunicativo.

Queste tecniche consentono di raggiungere, per diverse strade, un miglior livello di sintonia e di empatia con la paziente, fanno "sentire" il nostro ascolto, la nostra disponibilità ad uscire da uno schema direttivo per assumere una posizione partecipativa.

Soltanto dopo aver stabilito il giusto livello di sintonia e di empatia con la paziente, sarà possibile cominciare ad intervenire per modificare il suo quadro di riferimento, per suggerirle altre ipotesi di approccio al suo problema.

I processi di influenzamento assumono la dimensione dell'intervento

persuasivo, quando riescono a determinare un cambiamento-ampliamento della "mappa mentale" del nostro interlocutore, prospettandogli la possibilità di comportamenti e soluzioni diverse in rapporto ad un diverso schema interpretativo della sua situazione esperienziale. La tecnica fondamentale suggeritaci dalla neurolinguistica per raggiungere quest'obiettivo è quella delle "ristrutturazioni", che può essere sintetizzata come l'intervento finalizzato a modificare la cornice di riferimento entro la quale un certo evento fattuale assume un determinato significato.

Per ritornare alle tematiche di diretto interesse in questo contesto, si può ricordare che è stato rilevato come l'adolescente sia indotta a rinunciare ad un vantaggio in termini di sicurezza contraccettiva, quando questo comporti una perdita di immagine nei confronti del proprio gruppo di riferimento.

L'esempio è un classico caso in cui è possibile indurre scelte più responsabili e coerenti dal punto di vista medico, agendo in direzione di una ristrutturazione del contesto e della cornice di riferimento entro cui la paziente colloca la sua personale visione del problema, piuttosto che in direzione dell'informazione strettamente medica.

Si potrebbe, per esempio, far riflettere la giovane paziente sul fatto che la scelta di metodi contraccettivi sicuri e affidabili potrebbe essere rappresentata come "esemplare" all'interno del gruppo di riferimento, facendole assumere una funzione di leader nello sviluppo di comportamenti più responsabili da parte dei suoi coetanei.

Questo è un tipico esempio di ristrutturazione del significato di un certo comportamento, che agendo su una struttura complessa X significa Y, introducendo altri significati, altri possibili punti di vista, con

l'obiettivo di decondizionare il nostro interlocutore rispetto a convinimenti che ne limitano le capacità di scelta.

## Il paradosso della comunicazione

Qualche considerazione conclusiva deve essere, infine, dedicata alla necessità di realizzare un approccio sistematico, che consenta al ginecologo di ricondurre il caso in esame all'interno di un contesto tipologico più generale.

Nello specifico di ciascuna relazione, il ginecologo dovrebbe mantenere anche una visione generale della sua attività, intesa in senso allargato, riguardante cioè sia gli aspetti strettamente legati alla professione sia quelli di relazione.

Quante diagnosi hanno portato ad una cura efficace, quante pazienti dopo una o due visite non sono più tornate, che tipo di donne erano? Le risposte a queste domande aiutano il ginecologo a farsi una percezione di ritorno della propria attività e ad individuare l'inefficacia a trattare alcuni casi, per trovare strategie di gestione diverse per quel tipo di donne, ad esempio, le adolescenti o donne che abbiano subito interventi invasivi.

Quest'azione di monitoraggio consente di affrontare quello che si può definire una sorta di **paradosso della comunicazione**, la cui efficacia si realizza certamente ogni volta che s'incontra una paziente, perché ogni persona è diversa e il ginecologo deve adattare il suo stile relazionale alla specificità della persona che ha di fronte, ma si costruisce anche nel tempo, mantenendo un'attenzione costante al proprio stile relazionale e agli effetti che esso produce.

## BIBLIOGRAFIA

1. Giorni G, Maganza C, Morano S: La comunicazione e la donna. Mediserve Edizioni, 2002, pag. 68 e ss.



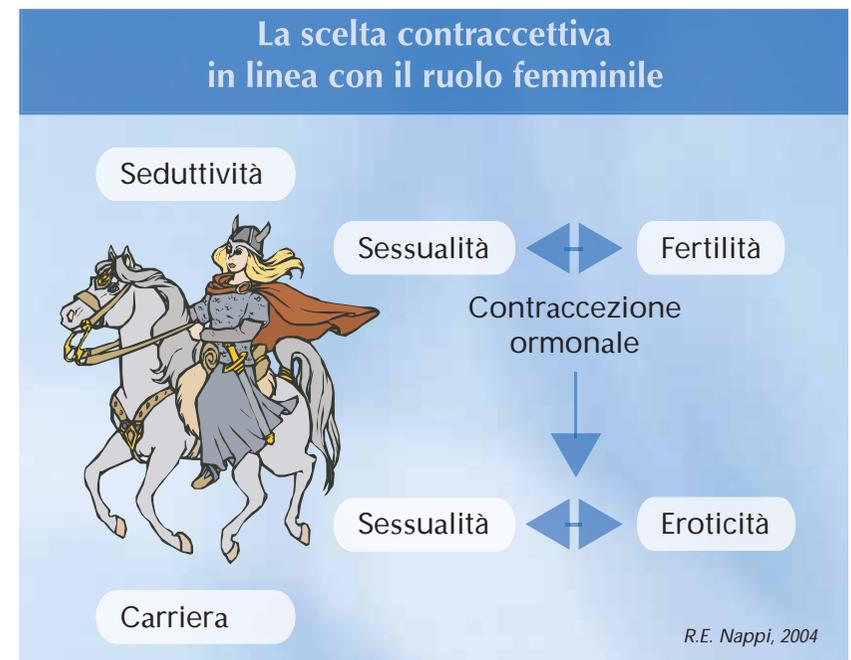
R. Nappi

# LA VIA VAGINALE DI SOMMINISTRAZIONE:

il counselling  
per la conoscenza  
del sé femminile

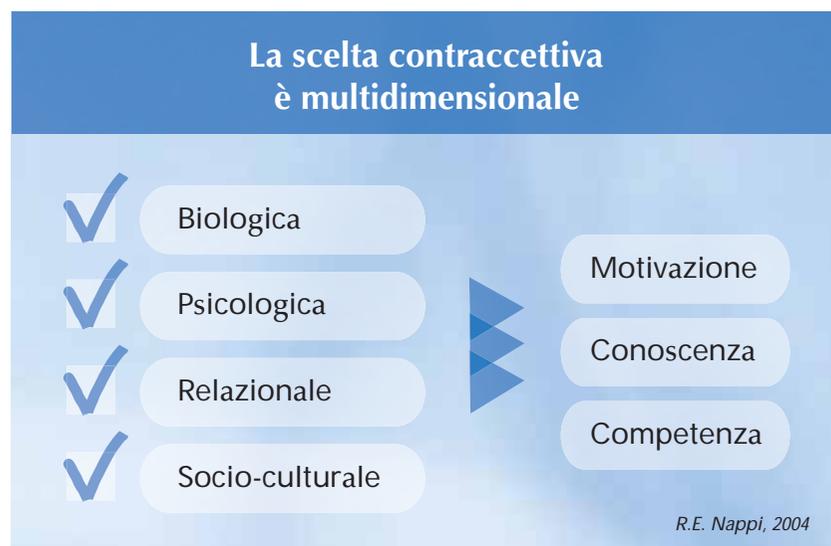
## Introduzione

L'utilizzo della contraccezione ormonale sicura ha rivoluzionato la vita di milioni di donne in tutto il mondo e ha posto la maternità sul piano della scelta consapevole e non del destino biologico. Ciò ha permesso una migliore pianificazione delle tappe critiche della vita femminile e ha costituito una spinta propulsiva all'impegno della donna nel mondo del lavoro. I contraccettivi ormonali hanno, inoltre, definitivamente interrotto il legame sessualità-riproduzione, permettendo di vivere l'eroticità in modo più libero e sereno<sup>1</sup> (fig. 1).



**Figura 1** La scelta contraccettiva in linea con il ruolo femminile

Il numero di gravidanze non desiderate/volute/programmate è, però, ancora troppo alto e le motivazioni sembrano essere estremamente complesse, a causa della natura multidimensionale della scelta contraccettiva. La decisione di assumere un metodo di controllo della fertilità integra, infatti, componenti biologiche, psicologiche, relazionali e culturali, che determinano nel loro insieme la motivazione del suo utilizzo, le conoscenze ad esso relative e le capacità di gestirlo in modo corretto (fig. 2).



**Figura 2** La scelta contraccettiva è multidimensionale

La scelta consapevole, che può anche essere la conseguenza di un'opportunità offerta dal ginecologo, è alla base della *compliance*, che necessita a sua volta di un counselling adeguato alle caratteristiche personali e alle aspettative della donna. La qualità del rapporto

donna-ginecologo è, infatti, importante per chiarire le ambivalenze spesso legate a paure ingiustificate e/o pregiudizi ancora radicati, ma anche per favorire la personalizzazione terapeutica allo scopo di curare eventuali disturbi preesistenti e di minimizzare i potenziali effetti collaterali<sup>2</sup>.

Per un uso efficace della contraccezione è, dunque, di fondamentale importanza il binomio counselling-*compliance*. Lo sviluppo, da parte del ginecologo, di strategie adeguate a favorire il processo decisionale e l'adesione al metodo contraccettivo, deve, quindi, tener conto del fatto che occorre una scelta necessariamente in armonia con l'ideale di femminilità e che rispetti le esigenze della donna di oggi, in accordo con i ritmi di vita e la natura della relazione con il partner.

## Scelta contraccettiva e femminilità

Al di là della necessità di protezione dalle malattie trasmesse sessualmente, che orienta verso la scelta di metodi di barriera, molte donne, soprattutto in età giovanile, esprimono ancora dubbi e incertezze sull'utilizzo della contraccezione ormonale, spesso amplificando gli ipotetici effetti collaterali e sminuendo gli effettivi vantaggi, non solo in termini di salute riproduttiva<sup>3</sup>. Questo atteggiamento può dipendere dal fatto che la contraccezione ormonale è vissuta come uno strumento di manipolazione delle componenti biologiche, psicologiche e culturali della femminilità, che, nel periodo adolescenziale, è basata prevalentemente sulla seduttività, come qualità indispensabile per la ricerca di un partner adatto a vivere l'eroticità e per realizzare solo in un secondo tempo il progetto di maternità. D'altra parte, la con-

traccezione ormonale può essere considerata uno strumento valido per garantire alla giovane donna di oggi di realizzare i suoi progetti scolastici e lavorativi, senza incorrere nel rischio di una maternità indesiderata, considerata troppo precoce sulla “tabella di marcia” stabilita per il proprio progetto di vita.

La manipolazione del corpo da parte del mezzo contraccettivo, che può indurre effetti collaterali correlati alla forma fisica-seduttività (gonfiore, cellulite, aumento dell’appetito, ecc.), alla sessualità-eroticità (modificazioni del desiderio sessuale e della lubrificazione, infezioni ricorrenti, ecc.), alla salute riproduttiva e non (rischio tumorale, rischio per la circolazione, rischio di sterilità, ecc.) e all’efficienza psicofisica (cefalea, depressione, ecc.), costituisce spesso un ostacolo alla scelta della contraccezione ormonale. Solo nel caso in cui sono evidenti i benefici relativi agli aspetti citati - per es., estetica cutanea con miglioramento di acne e peluria (seduttività), sicurezza contraccettiva e non interferenza sulla risposta sessuale (eroticità), terapia delle alterazioni mestruali e controllo del ciclo mestruale (maternità), miglioramento della dismenorrea e del flusso metrorragico, riduzione dei sintomi premestruali (impegno scolastico/lavorativo) - si può osservare nella pratica clinica un’aderenza serena e a lungo termine alla scelta/necessità di assumere la contraccezione ormonale<sup>4</sup>. La soddisfazione per il metodo contraccettivo è, infatti, più elevata quando le donne sono consapevoli dei benefici non contraccettivi e in grado di capire che gli effetti collaterali non hanno alcun impatto sulla loro salute futura<sup>5</sup>.

Anche la donna adulta di oggi con un partner stabile, soprattutto alle nostre latitudini, vive dei conflitti, spesso inconsci, sulla scelta

contraccettiva ormonale, che dipendono in gran parte da aspetti socio-culturali e relazionali e che potrebbero essere sensibilmente ridotti minimizzando gli effetti collaterali correlati al mezzo contraccettivo, in un’ottica “mini-invasiva” di rispetto dei ritmi biologici femminili<sup>4</sup>. Un grande bisogno di dialogo è evidente non soltanto sull’ampia gamma di scelte contraccettive disponibili, ma anche, e soprattutto, su tutte le aree della salute sessuale, al fine di poter davvero decidere quale metodo è migliore per se stesse, pagando il minor “prezzo” possibile sul versante della propria femminilità<sup>6</sup> (fig. 3).

## Il binomio counselling-compliance

Il counselling è la capacità del ginecologo di individuare con la donna la scelta opportuna, concordando strategie e mete terapeutiche individualizzate. Un buon counselling è alla base di una buona *compliance*, soprattutto quando la donna ha anche il supporto del partner ed è soddisfatta della relazione medico-paziente<sup>7</sup>. Infatti, il counselling non deve avere soltanto una funzione informativa basata su spiegazioni facilmente comprensibili circa il funzionamento dei metodi contraccettivi, ma deve avere lo scopo di stabilire una relazione di reciproco scambio e di fiducia, in cui, con esempi precisi, si possano discutere tutte le problematiche che la donna ritiene associate alla scelta<sup>8</sup>. Per il counselling contraccettivo sono valide le regole generali del rapporto medico-paziente, con in aggiunta un’estrema attenzione a mantenere un atteggiamento non giudicante e all’impiego del linguaggio verbale e non (fig. 4).





Figura 3 La scelta contraccettiva in armonia con la femminilità



Figura 4 Counselling & compliance

Seppure un'elegante revisione della letteratura non sia riuscita a evidenziare un impatto efficace del counselling sulla prevenzione delle gravidanze non desiderate, anche a causa dell'eterogeneità delle casistiche studiate e delle difficoltà di *follow-up*, è indubbio che l'aderenza al metodo contraccettivo in termini di durata, quindi la sua accettabilità, sia influenzata positivamente dal counselling personalizzato<sup>9,10</sup>. L'uso inappropriato e discontinuo del metodo sembrano rendere conto del 20% dei 3,5 milioni di gravidanze non desiderate annue riscontrate negli USA: questo fatto è da ascrivere certamente alla scarsa qualità del rapporto ginecologo-donna, oltre che, probabilmente, alla mancanza di chiarezza del materiale informativo allegato<sup>2</sup>. Un lavoro italiano ha dimostrato, con chiarezza, come le informazioni contenute nella confezione dei contraccettivi ormonali rivestano un'importanza fondamentale ai fini della *compliance*<sup>11</sup>.

A una spiegazione chiara ed esauriente, che è sempre bene rivedere con la donna, è opportuno far seguire materiale informativo (oggi sempre più disponibile e con grandi qualità di comunicazione al pubblico non addetto ai lavori), oltre che pianificare un *follow-up* a breve tempo (3 mesi) per la gestione degli effetti collaterali e delle eventuali incomprensioni, che sono tanto più frequenti quanto più la donna è alle prime esperienze in tema di contraccezione<sup>12</sup>. Inoltre, fattori di rischio per una scarsa *compliance* nelle giovani donne sono: i partners multipli, la scarsa consapevolezza del concetto di salute, aborti precedenti e minor preoccupazione che una gravidanza possa verificarsi nella realtà<sup>8</sup>.

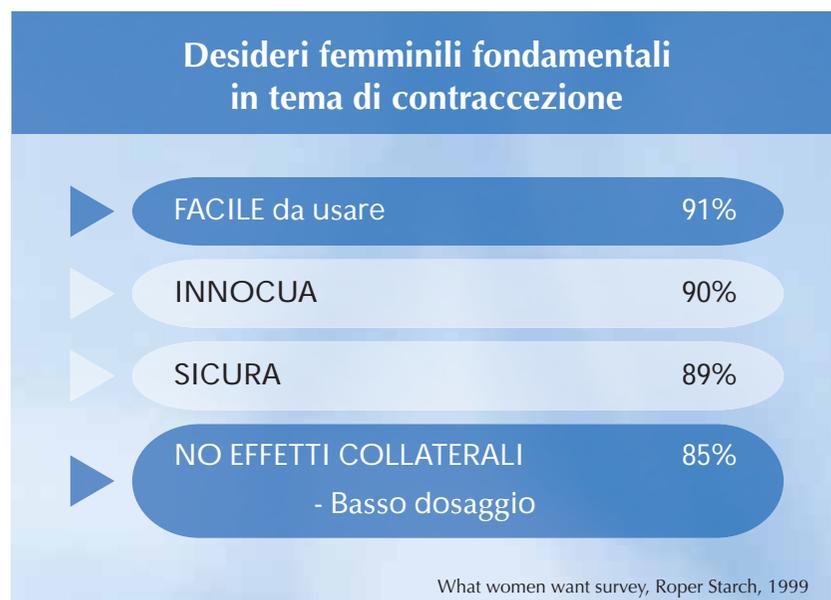
Inoltre, per quanto riguarda gli effetti collaterali è sempre opportuno evitare di minimizzarli e di sottolineare come spesso siano transitori e regrediscono nell'arco di pochi cicli di assunzione, tenendo in ogni caso presente che l'esperienza soggettiva dell'effetto collaterale, influenzata anche da variabili psico-relazionali e socio-culturali, è significativamente più importante dell'entità delle sue conseguenze sul piano biologico. È, quindi, indicata una strategia finalizzata a capire se esistono resistenze inconsce alla scelta contraccettiva e, in caso affermativo, dedicare del tempo alla donna tramite un colloquio dedicato alla chiarificazione e all'appoggio. Inoltre, l'identificazione di un metodo alternativo a quello scelto, da poter utilizzare in seconda battuta, ha lo scopo di non imprigionare la donna nella sua stessa scelta e di favorire una seconda consultazione, dandole così modo di riflettere ulteriormente su eventuali quesiti e perplessità da sottoporre al medico curante<sup>12</sup>.

Una *compliance* adeguata deriva anche dall'utilizzo di metodi con-

traccettivi convenienti e affidabili, che tendano a minimizzare le dimenticanze legate all'uso della formulazione orale quotidiana. Si calcola, infatti, che in tutte le fasce di età la percentuale di soggetti che dimentica 1 o più pillole è pari al 47%, mentre 2 o più pillole vengono dimenticate nel 22% dei casi, con significative conseguenze sulla comparsa di eventi avversi (gravidanze indesiderate, effetti collaterali, diminuzione dei benefici non contraccettivi) e sull'abbandono del metodo contraccettivo<sup>2,13</sup>. Tale fenomeno si verifica con maggior frequenza nella prima settimana di riassunzione (42% dei casi) e, per ovviare al problema, si è fatto in modo di annullare la pausa tramite l'assunzione di un placebo<sup>14</sup>. Il problema è talmente sentito che sono stati addirittura proposti, oltre all'uso di diari giornalieri, carte personalizzate con suoneria incorporata e messaggi e-mail per rammentare l'assunzione quotidiana della pillola<sup>15-17</sup>. A tal proposito, è opportuno sottolineare che le dimenticanze non sono tipiche soltanto della contraccezione orale; è stato, infatti, dimostrato che nella pratica clinica è estremamente frequente che i soggetti dimentichino di assumere quotidianamente un farmaco che è stato loro prescritto<sup>18</sup>. Pertanto, l'unico modo per far fronte al problema in termini contraccettivi sembrerebbe essere quello di utilizzare un metodo che riduca al minimo la partecipazione della donna. Questa soluzione è, però, assolutamente inadeguata al bisogno di coinvolgimento che la donna stessa ritiene necessario per aderire al progetto contraccettivo. Quindi, un buon compromesso al problema delle "pillole mancanti" potrebbe essere l'impiego di metodi di autosomministrazione, che riducano il numero di dimenticanze, come il cerotto settimanale e l'anello contraccettivo mensile<sup>19</sup>.

## Esigenze contraccettive della donna

Indagini condotte in larga scala sulla popolazione femminile, in relazione al concetto di *compliance*, hanno evidenziato le principali esigenze della donna in materia contraccettiva: oltre alla sicurezza e all'efficacia, la facilità di utilizzo e l'assenza di effetti collaterali, riconducibili al basso dosaggio, sono le qualità maggiormente richieste ad un contraccettivo ormonale<sup>2,12</sup> (fig. 5).



**Figura 5** Desideri femminili fondamentali in tema di contraccezione

In particolare, la donna del nostro tempo vuole poter scegliere un metodo che si adatti il più possibile al proprio stile di vita e, al tempo stesso, sia in armonia con il proprio corpo, rispettando senza interfe-

renze le basi biologiche della funzione sessuale e migliorando la consapevolezza della sessualità di coppia (fig. 6).



**Figura 6** Desideri femminili fondamentali in tema di contraccezione

La riduzione delle fantasie sessuali, dell'eccitazione e del numero di rapporti, insieme ai cambiamenti del tono dell'umore e alla riduzione dell'entità del flusso mestruale, sono tra le cause più importanti di discontinuità nell'uso della pillola o di modifiche dello schema, tanto che soltanto il 38% delle donne utilizza ancora la stessa pillola a distanza di un anno<sup>20</sup>.

Elementi altrettanto importanti sono la discrezione del metodo contraccettivo e il costo ragionevole, così come la possibilità di iniziare

e interrompere l'assunzione in piena autonomia, con un rapido ritorno della fertilità. L'autosomministrazione e la frequenza di utilizzo rispondono, inoltre, al crescente bisogno di controllo, da parte delle donne, della propria salute riproduttiva e sessuale e sono forse i fattori più importanti per la *compliance* a lungo termine, oltre agli effetti collaterali (fig. 7).



**Figura 7** Desideri femminili fondamentali in tema di contraccezione

Questi ultimi (tra cui nausea, cefalea, tensione mammaria, aumento di peso) sono per lo più riconducibili al dosaggio ormonale che, tuttavia, se troppo basso, non garantisce la prevedibilità e l'adeguato controllo del ciclo mestruale, causando fenomeni di *spotting* e emorragie da rot-

tura<sup>21</sup>. Nel loro insieme, gli effetti collaterali rendono ragione di un'interruzione della pillola pari al 32% nelle "nuove utilizzatrici" e al 16% nelle donne che avevano già sperimentato almeno un altro tipo di contraccezione ormonale. Anche le dimenticanze d'assunzione, che comportano sia un maggior rischio di sanguinamento intermestruale, sia la possibilità di fallimento del metodo<sup>2,12,22</sup>, rappresentano esempi di bassa *compliance*.

È interessante sottolineare che donne e ginecologi sono d'accordo nel sostenere che esiste un margine di miglioramento nella contraccezione ormonale, soprattutto in termini di facilità d'impiego. Inoltre, un elevato numero di donne preferisce un metodo mensile, autosomministrato, come l'anello contraccettivo recentemente disponibile in Italia. La *compliance* a questo anello è stata pari al 90,8% dopo 1 anno di utilizzo<sup>23</sup> e più dell'80% delle donne intervistate hanno identificato in esso il metodo contraccettivo di prima scelta<sup>24</sup>. Inoltre, la messa a punto di un questionario con buone proprietà psicometriche ha permesso di identificare i fattori predittivi (eventi avversi correlati all'anello e problemi sorti in passato con altri metodi contraccettivi) di discontinuità, già dopo il 3° mese di utilizzo<sup>25</sup>. È interessante notare che, anche le donne che ne hanno fatto un uso discontinuo, abbiano dichiarato nel 75% dei casi che lo avrebbero consigliato ad altre e nel 60% dei casi, che sono state soddisfatte dell'uso dell'anello, nonostante la comparsa di effetti collaterali<sup>24</sup>.

## La via vaginale di somministrazione

Oggi finalmente esistono metodi alternativi alla pillola, innovativi e di

semplice utilizzo, altrettanto efficaci e a basso dosaggio. L'anello vaginale è uno di questi e, insieme al cerotto cutaneo (per niente discreto, però, e settimanale), sembra essere destinato a rivoluzionare le abitudini contraccettive della donna, stimolandola soprattutto ad avere maggior consapevolezza del proprio apparato genitale<sup>26,27</sup>.

La vagina è, infatti, un "canale virtuale" altamente distendibile, della lunghezza di 7-9 cm, disposto in senso antero-inferiore con un angolo di circa 90° gradi rispetto all'utero e compresso inferiormente da un sistema sfinteriale. Altamente irrorata ed innervata, la vagina è, inoltre, un organo estremamente efficiente nell'assorbire sostanze sia a basso sia ad alto peso molecolare e farmaci, tra cui gli estrogeni e alcuni progestinici. Ciò ha reso possibile la realizzazione di un anello che, una volta posizionato in essa, rilascia estro-progestinici in modo stabile nella circolazione generale<sup>28</sup>. Tuttavia, la vagina in condizioni di riposo non rimanda informazioni, essendo per lo più un organo ad innervazione viscerale, ad eccezione della terza parte esterna (che presenta un'innervazione di tipo sensitivo). Di conseguenza, le donne spesso la considerano un organo poco conosciuto e misterioso e ricco di simbologia, in quanto insensibile al di fuori della stimolazione sessuale<sup>29</sup>.

L'anello contraccettivo, invece, può permettere alla donna una miglior conoscenza del proprio corpo, mettendola in contatto con la sua dimensione privata e intima e stimolandola a capire e comunicare dubbi, bisogni e problemi senza pudore. Sentirsi a proprio agio con il proprio corpo aiuta, infatti, a colmare la distanza, percepita ancora da molte donne, tra il corpo che agisce sulla sessualità e le emozioni e i sentimenti che a sua volta la motivano e la percepiscono.

no. La scelta contraccettiva, che implica anche una discussione sull'anatomia e sulla fisiologia vaginale, diventa così un'occasione che permette di integrare le componenti biologiche del comportamento sessuale nel vissuto psico-relazionale della donna. La proposta di utilizzare l'anello contraccettivo non deve essere "medicalizzante"; anzi, il ginecologo ha un'importante occasione di contribuire a sfatare la "mitologia" che circonda l'organo genitale femminile, chiarendo, con spiegazioni adeguate, le dimensioni, l'orientamento sull'asse corporeo, la capacità di contenimento, le doti di barriera agli agenti patogeni, le potenzialità di assorbimento di molecole steroidee in modo rapido e stabile, la sensibilità alla presenza di corpi estranei come i tamponi vaginali, gli ovuli o, eventualmente, l'anello contraccettivo (fig. 8).

Un'intervista condotta tramite internet su un vasto campione di donne europee e americane, di cui 761 italiane, ha avuto lo scopo di approfondire il grado di conoscenza, le attitudini, le emozioni e gli eventuali tabù riguardanti la vagina. In generale, è emerso che le donne non si sentono ben informate e percepiscono che la società dimostra ancora un certo grado di chiusura sul tema dell'organo sessuale femminile, che andrebbe invece affrontato con un dialogo più aperto. Inoltre, pur non dimostrando significative inibizioni a guardare e a toccare la loro vagina, oltre che a discutere di argomenti ad essa relativi con il partner e le amiche, le donne sono però consapevoli di non sentirsi a loro agio nel discutere di questo tema con il proprio medico. In particolare, le donne italiane (tra i 18 e i 44 anni) ritengono che esistano ancora numerosi tabù che contribuiscono ad una scarsa conoscenza dell'organo sessuale femminile e, anzi, l'87%

**La VAGINA,  
questa sconosciuta!**

▶ **La vagina è uno spazio potenziale non un canale "aperto" o un tubo!**



Dimensioni

Orientamento

Continenza

Barriera

Assorbimento

Sensibilità

R.E. Nappi, 2004

**Figura 8** Aspetti anatomofisiologici della vagina

sarebbe interessata a saperne di più. Infatti, il 54% di esse non è certa delle dimensioni della propria vagina e, nel 34% dei casi, non si sente sicura del suo aspetto. Nel complesso, soltanto il 18% ritiene di avere delle conoscenze adeguate su questo argomento e più di 8 donne su 10 ritengono che una miglior conoscenza del proprio organo sessuale possa comportare un significativo miglioramento della soddisfazione sessuale. Soltanto il 17% delle donne non prova alcuna vergogna a discutere di argomenti riguardanti la vagina, mentre circa il 50% desidererebbe poter affrontare l'argomento più liberamente. Inoltre, il 27% riferisce notevoli resistenze all'idea di guardare la propria vagina, anche se quasi la metà del campione non ha alcun problema ad inserire qualcosa all'interno della vagina (ad es., tamponi). La vagina è descritta come un organo percepito come intimo, misterioso e sexy nell'80%, nel 53% e nel 45% dei casi rispettivamente, ma le donne ritengono che il partner apprezzi la vagina perchè sexy, bella e divertente nell'80%, nel 60% e nel 53% dei casi rispettivamente (fig. 9).

La vagina sembra, dunque, un organo vissuto positivamente dal punto di vista relazionale, nonostante le donne dimostrino una scarsa autoconsapevolezza, con una tendenza a mantenere nella sfera personale le percezioni che da esso derivano. La maggior parte delle donne intervistate ritiene, pertanto, utile saperne di più e pensa che sia opportuno discutere con il proprio ginecologo gli aspetti relativi alla salute vaginale per rimuovere barriere socio-culturali negative per il benessere psico-fisico femminile<sup>30</sup>.

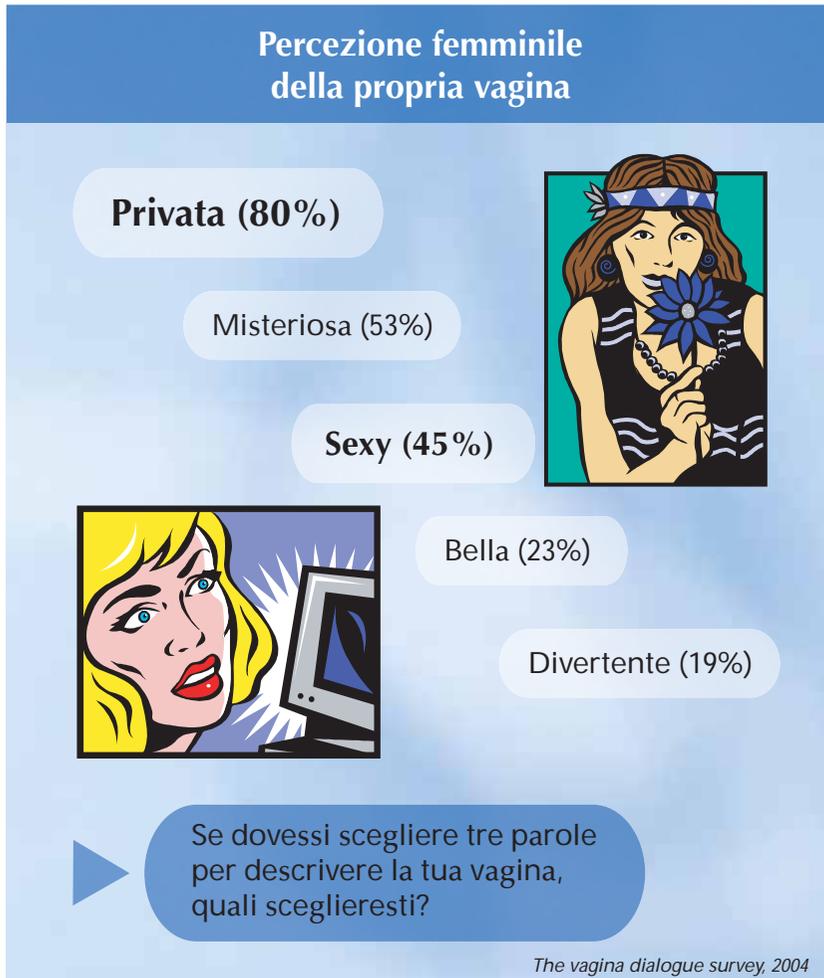


Figura 9 Percezione femminile della propria vagina

## Conclusioni

Le opzioni contraccettive ormonali oggi disponibili sul mercato sia in termini di via di somministrazione sia di dosaggio, permettono alla donna di scegliere e di discutere con il proprio ginecologo le possibili alternative al fine di ottimizzare la *compliance*. La disponibilità di un metodo di contraccezione vaginale costituisce, inoltre, un importante presupposto per una miglior conoscenza del proprio corpo e soprattutto di quella parte degli organi genitali femminili, che rappresenta la principale attrice del rapporto sessuale. Un “dialogo con la vagina” in termini di contraccezione può aiutare la donna ad assumere un ruolo estremamente attivo per il proprio benessere riproduttivo e sessuale (fig. 10).



Figura 10 Opzioni contraccettive

## Bibliografia

1. Baldaro Verde J, Nappi RE: *Donne Nuove - L'universo femminile nel terzo millennio*. Franco Angeli (ed), Milano, 2002.
2. Rosenberg M, Waugh MS: *Causes and consequences of oral contraceptive noncompliance*. Am J Obstet Gynecol 1999; 180:276-9.
3. Kaunitz AM: *Oral contraceptive health benefits: perception versus reality*. Contraception 1999; 59:29S-33S.
4. Baldaro Verde J, Nappi RE, Sisto R: *Contracezione e sessualità*. Rivista di Ostetricia Ginecologia Pratica e Medicina Perinatale 1998; 13:24-28.
5. Clark LR: *Will the pill make me sterile? Addressing reproductive health concerns and strategies to improve adherence to hormonal contraceptive regimens in adolescent girls*. J Pediatr Adolesc Gynecol 2001; 14:153-62.
6. Webb A: *What do women want? Counselling in contraception*. Eur J Contracept Reprod Health Care 2002; 7:150-154.
7. Burke AE, Blumenthal PD: *Successful use of oral contraceptives*. Semin Reprod Med 2001; 19:313-321.
8. Rosenberg MJ, Burnhill MS, Waugh MS, Grimes DA, Hillard PJ: *Compliance and oral contraceptives: a review*. Contraception 1995; 52:137-141.
9. Moos MK, Bartholomew NE, Lohr KN: *Counselling in the clinical setting to prevent unintended pregnancy: an evidence-based research agenda*. Contraception 2003; 67:115-132.
10. Weisman CS, Maccannon DS, Henderson JT, Shortridge E, Orso CL: *Contraceptive counselling in managed care: preventing unintended pregnancy in adults*. Womens Health Issues 2002; 12:79-95.
11. Fioretti F, La Vecchia C, Tavani A, Parazzini F: *Package inserts of oral contraceptives in Italy*. Pharmacoepidemiol Drug Saf 1996; 5:315-319.
12. Rosenberg MJ, Waugh MS: *Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons*. Am J Obstet Gynecol 1998; 179:577-82.
13. Pinter B: *Continuation and compliance of contraceptive use*. Eur J Contracept Reprod Health Care 2002; 7:178-183.
14. Aubeny E, Buhler M, Colau JC, Vicaut E, Zadikian M, Childs M: *Oral contraception: patterns of non-compliance. The Coraliance study*. Eur J Contracept Reprod Health Care 2002; 7:155-161.
15. Lachowsky M, Levy-Toledano R: *Improving oral contraception compliance. The "ringing card": memory aid or new ritual?* Gynecol Obstet Fertil 2000; 28:317-23.
16. Lachowsky M, Levy-Toledano R: *Improving compliance in oral contraception: 'the reminder card'*. Eur J Contracept Reprod Health Care 2002; 7:210-15.
17. Fox MC, Creinin MD, Murthy AS, Harwood B, Reid LM: *Feasibility study of the use of a daily electronic mail reminder to improve oral contraceptive compliance*. Contraception 2003; 68:365-71.
18. Cramer JA: *Compliance with contraceptives and other treatments*. Obstet Gynecol 1996; 88:4S-12S.
19. Freeman S: *Nondaily hormonal contraception: considerations in contraceptive choice and patient counseling*. J Am Acad Nurse Pract 2004; 16:226-38.
20. Sanders SA, Graham CA, Bass JL, Bancroft J: *A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation*. Contraception 2001; 64:51-8.

21. Gestodene Study Group 324: *Cycle control, safety and efficacy of a 24-day regimen of gestodene 60 µg/ethinylestradiol 15 µg and a 21-day regimen of desogestrel 150 µg/ethinylestradiol 20 µg.*  
Eur J Contracept Reprod Health Care 1999; 4(2):17–25.
22. Zite NB, Shulman LP: *New options in contraception for teenagers.*  
Curr Opin Obstet Gynecol 2003; 15:385-9.
23. Roumen FJ, Apter D, Mulders TM, Dieben TO: *Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasing etonogestrel and ethinyl oestradiol.* Hum Reprod 2001; 16:469-75.
24. Szarewski A: *High acceptability and satisfaction with NuvaRing use.*  
Eur J Contracept Reprod Health Care 2002; 7:31-6.
25. Novak A, de la Loge C, Abetz L: *Development and validation of an acceptability and satisfaction questionnaire for a contraceptive vaginal ring, NuvaRing.* Pharmacoeconomics 2004; 22:245-56.
26. Mulders TM, Dieben TO: *Use of the novel combined contraceptive vaginal ring NuvaRing for ovulation inhibition.* Fertil Steril 2001; 75:865-70.
27. Henzl MR, Loomba PK: *Transdermal delivery of sex steroids for hormone replacement therapy and contraception. A review of principles and practice.* J Reprod Med 2003; 48:525-40.
28. Forsberg JG: *A Morphologist's Approach to the Vagina.*  
Acta Obstet Gynecol Scand 1996; 75:3-10.
29. Hafez ESE: *The vagina and human reproduction.*  
Am J Obstet Gynecol 1977; 129:573-84.
30. *The vagina dialogues survey, [www.arhp.org/vaginadialogues/](http://www.arhp.org/vaginadialogues/)*

C. Benedetto

# LA CONTRACCEZIONE ORMONALE PER VIA VAGINALE:

## controllo del ciclo e basso dosaggio

I contraccettivi ormonali, dalla loro immissione in commercio negli anni '60 ad oggi, hanno subito una notevole evoluzione. La ricerca si è orientata dapprima verso una progressiva riduzione del dosaggio dell'estrogeno, dagli iniziali 150 µg/die agli attuali 15-20 µg/die. Sul versante dei progestinici, invece, oltre alla riduzione del dosaggio, si è arrivati alla sintesi di molecole sempre più selettive, con affinità sempre minore verso il recettore androgenico. Tutto ciò allo scopo di migliorare la tollerabilità e la sicurezza di questi composti, riducendo gli effetti indesiderati sia correlati all'estrogeno sia al progestinico. Tuttavia, se da un lato la riduzione del dosaggio di estrogeno ha determinato un miglioramento in ambito coagulativo, dall'altro le nuove pillole a basso e bassissimo dosaggio, qualunque sia il progestinico associato, presentano un ridotto controllo del ciclo mestruale, in particolare nei primi mesi di assunzione, con comparsa di sanguinamenti irregolari, spesso fastidiosi e fonte di preoccupazione per la paziente. La comparsa di tali sanguinamenti irregolari risulta, infatti, un importante indicatore di rischio sia di scarsa *compliance* (tab. 1) sia di abbandono del metodo nei primi due anni di utilizzo (tab. 2)<sup>1</sup>. Un altro problema è rappresentato dal fatto che l'efficacia dei contraccettivi orali (CO) è legata al loro utilizzo quotidiano corretto e puntuale. Il tasso di fallimento varia, infatti, in modo notevole a seconda che la *compliance* per il metodo sia, come dicono gli anglosassoni, "ideale" (0,1-0,5%) oppure "tipica" (5%)<sup>2</sup>. Tutto questo vale naturalmente, non solo per i CO, ma per tutti quei metodi contraccettivi il cui corretto utilizzo si basa sulla necessità che il comportamento della paziente coincida con la prescrizione clinica (tab. 3).

	RR	95% IC	p
<b>Assumere il CO alla stessa ora</b>			
SI	1,0	-	-
<b>NO</b>	<b>3,3</b>	2,7-4,0	<0,001
<b>Esperienza di effetti indesiderati</b>			
NO	1,0	-	-
Tensione mammaria	<b>1,2</b>	1,0-1,5	<0,01
Nausea	<b>1,4</b>	1,1-1,8	<0,01
Ipertricosi	<b>2,1</b>	1,1-3,9	<0,01
<b>Irregolarità mestruali</b>			
NO	1,0	-	-
<b>SI</b>	<b>1,3</b>	1,1-1,6	<0,01

**Tabella 1** Indicatori di rischio di scarsa *compliance* dei contraccettivi orali (CO) (modificata da Rosemberg e coll.)<sup>1</sup>

Effetti indesiderati	RR	95% IC	p
Nessuno	1,0	-	-
Uno	1,5	1,3-1,8	<0,001
Due	2,2	1,8-2,8	<0,001
Tre	3,2	2,4-4,4	<0,001
<b>Nausea</b>			
	2,1	1,7-2,7	<0,001
<b>Sanguinamenti irregolari</b>			
	1,9	1,5-2,4	<0,001
<b>Tensione mammaria</b>			
	1,8	1,4-2,3	<0,001
<b>Labilità emotiva</b>			
	1,8	1,4-2,2	<0,001
<b>Aumento di peso</b>			
	1,4	1,2-1,6	<0,001
<b>Cefalea</b>			
	1,4	1,1-1,7	<0,01

**Tabella 2** Indicatori di rischio di abbandono dei contraccettivi orali (CO) nei primi due anni di utilizzo (modificata da Rosemberg e coll.)<sup>1</sup>

Contraccettivi	Compliance	
	Ideale	Tipica
IUD	1,1-1,5	0,1-2,0
Contraccettivi orali	0,1-1,5	5,0
Astinenza periodica	1-9	25
Condom	3	14
Diaframma	6	20

**Tabella 3** Tasso di fallimento di alcuni metodi contraccettivi in relazione ad una *compliance* ottimale (definita "ideale") e non ottimale ("tipica"). La *compliance*, ossia il grado con cui il comportamento della paziente coincide con la prescrizione clinica, influenza in misura minore il tasso di fallimento di metodi contraccettivi, come lo IUD, che vengono inseriti e rimossi dallo specialista<sup>2</sup>

L'aderenza o *compliance* per un metodo contraccettivo influenza sia il tasso di fallimento sia il tasso di abbandono del metodo stesso, ma è a sua volta influenzata da molteplici fattori, tra cui gli effetti indesiderati legati al metodo e la facilità di utilizzo (fig. 1).

In una recente indagine, condotta attraverso interviste telefoniche in cinque paesi europei, tra cui l'Italia, su un campione di 2.278 donne in età fertile, è emerso che la "pillola" è attualmente ancora considerata il contraccettivo ideale da una percentuale di donne variabile dallo



**Figura 1** Fattori che influenzano la *compliance* e il tasso di fallimento e di abbandono di un metodo contraccettivo

0 al 34% a seconda dei paesi<sup>3</sup>. Tuttavia, tra gli svantaggi legati al suo utilizzo, il rischio di dimenticanza è considerato complessivamente il più importante (tab. 4). Un'elevata percentuale di utilizzatrici o ex utilizzatrici di CO ammette, infatti, di aver dimenticato di assumerla e una percentuale variabile dal 22 al 50% ammette di dimenticare una o più pillole ogni mese (tab. 5)<sup>3</sup>.

Da questa inchiesta emerge, inoltre, la richiesta delle donne di avere a disposizione un contraccettivo ormonale ad assunzione mensile, facile da usare e a basso dosaggio ormonale<sup>3</sup>.

L'assunzione per via orale, dal punto di vista farmacologico, presenta,

	Germania		Francia		
	Olanda	Spagna	Italia		
<b>Percentuale di donne</b>					
<b>DIMENTICANZA</b>	37	36	23	72	24
Aumento di peso	11	20	19	27	38
Problemi cutanei	1	3	3	7	9
Instabilità emotiva	4	6	5	6	19
Sanguinamenti irregolari	1	3	2	6	11

**Tabella 4** Principali svantaggi dei contraccettivi orali secondo un campione di donne intervistate in vari paesi europei<sup>3</sup>

	Germania		Francia		
	Olanda	Spagna	Italia		
<b>Utilizzatrici attuali o pregresse (%)</b>					
<b>SI</b>	78	65	38	69	49
Una o più volte al mese	22	50	41	45	38
Meno di una volta al mese	78	50	59	55	62

**Tabella 5** Percentuale di donne di vari paesi europei che affermano di aver dimenticato la pillola<sup>3</sup>

in aggiunta, alcuni problemi:

- >> comporta il “primo” passaggio epatico;
- >> sottopone ad eventuali rischi di ridotto assorbimento, a causa della comparsa di vomito e/o diarrea o dell’interazione con cibi o farmaci;
- >> determina fluttuazioni dei livelli ematici degli ormoni con picchi giornalieri.

Queste considerazioni hanno condotto la ricerca nel campo della contraccezione ormonale ad evolvere verso l’utilizzo di vie di somministrazione alternative a quella orale.

La via vaginale rappresenta sicuramente un’alternativa tra le più interessanti e studiate. Essa consente di:

- >> fare assorbire rapidamente gli ormoni, grazie alla presenza, nella vagina, di un epitelio di rivestimento di tipo mucoso, facilmente permeabile, e alla ricca vascolarizzazione;
- >> evitare il “primo passaggio” epatico e le possibili interferenze gastro-intestinali;
- >> mantenere l’efficacia contraccettiva anche in caso di vomito e diarrea.

### L’anello contraccettivo

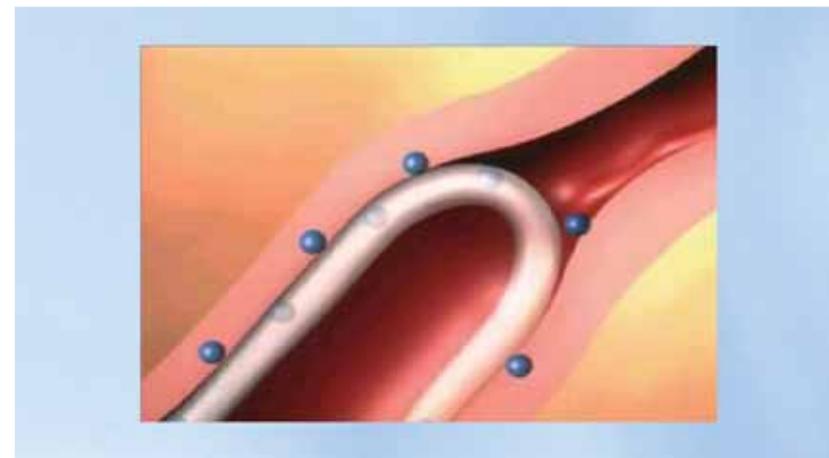
È un nuovo contraccettivo ormonale combinato, a **somministrazione mensile**, costituito da un anello flessibile e trasparente, in cui sono

uniformemente dispersi i principi attivi, l'estrogeno (etinilestradiolo-EE) e il progestinico (etonogestrel-ENG). L'anello è costituito da etilene-vinilacetato (EVA), materiale anallergico, atossico e biocompatibile. Ha un diametro di 5,4 cm, uno spessore di 4 mm ed è fornito di una speciale membrana di rivestimento, anch'essa in EVA, che consente il rilascio controllato degli ormoni (15 µg di EE e 120 µg di ENG ogni giorno) (fig. 2).



**Figura 2** Caratteristiche macroscopiche dell'anello contraccettivo, flessibile e trasparente

Gli ormoni vengono rilasciati dall'anello, in modo continuo e costante, grazie alla temperatura e all'umidità dell'ambiente vaginale e si diffondono per gradiente di concentrazione a livello della zona di contatto tra l'anello e la parete vaginale (fig. 3).



**Figura 3** Gli ormoni (rappresentati dai pallini blu) vengono rilasciati in modo continuo e costante a livello della zona di contatto tra l'anello e la parete vaginale e si diffondono per gradiente di concentrazione

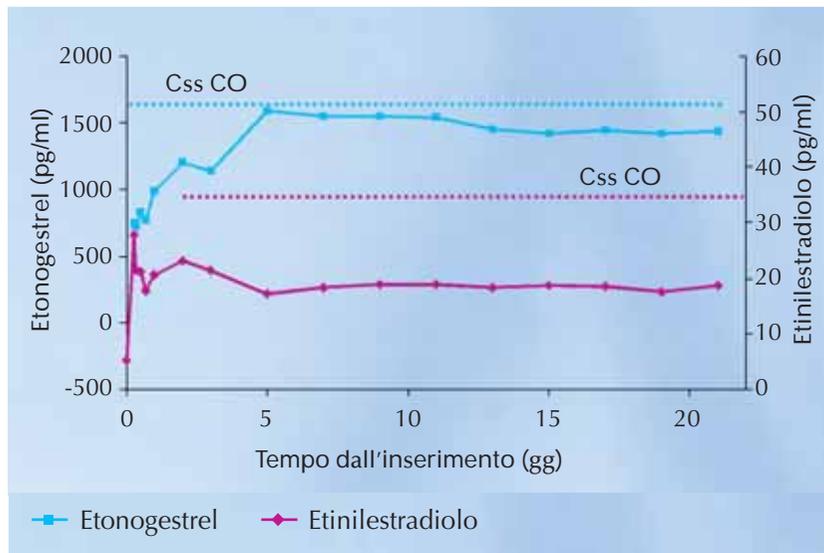
Il particolare sistema di rilascio e la via di somministrazione vaginale permettono di:

- >> effettuare la somministrazione mensile;
- >> ottenere livelli ormonali sierici costanti, consentendo di mantenere la dose di estrogeno più bassa per ciclo di trattamento rispetto a quella di tutti gli altri contraccettivi ormonali combinati<sup>4</sup>.

## Farmacocinetica

In seguito all'inserimento dell'anello contraccettivo, le massime concentrazioni sieriche di etonogestrel si raggiungono dopo circa una

settimana<sup>5</sup>, tendendo poi a ridursi lievemente dal settimo al ventunesimo giorno di utilizzo. Le concentrazioni sieriche di etinilestradiolo hanno un andamento simile e manifestano un solo picco mensile, che si verifica tra il secondo e il terzo giorno di utilizzo (fig. 4). Durante l'assunzione di contraccettivi orali si verificano, invece, picchi giornalieri successivi all'assunzione stessa.



**Figura 4** Farmacocinetica degli ormoni rilasciati dall'anello contraccettivo<sup>5</sup>

Css: concentrazione steady-state dell'ormone con il CO (30 µgEE, 150 µg di DSG)

La concentrazione massima (Cmax) dell'ENG con l'anello contraccettivo corrisponde a circa il 40% di quella che si ottiene con una pillola contenente 150 µg di desogestrel (DSG). Inoltre, le concentrazioni sieriche medie, alla fine della prima settimana di utilizzo

dell'anello contraccettivo, sono simili a quelle che si ottengono con la pillola di confronto (150 µg di DSG/30 µg di EE), mentre sono più basse nelle successive due settimane.

La Cmax dell'EE, che con l'anello contraccettivo si raggiunge una volta al mese, corrisponde al 30% di quella che si ottiene con una pillola contenente 30 µg di EE e le concentrazioni sieriche medie, dopo la prima settimana, sono simili al "minimum steady-state" che si osserva con una pillola da 30 µg di EE.

La biodisponibilità dell'ENG è risultata superiore (103%) rispetto alla pillola di confronto (79%), con un'esposizione sistemica all'ormone simile per i due contraccettivi. La biodisponibilità dell'EE è, invece, risultata simile a quella della pillola di confronto (55%), ma data la differenza di dosaggio, l'esposizione sistemica all'EE è risultata inferiore al 50% rispetto a quella della pillola di confronto (150 µg di DSG/30 µg di EE).

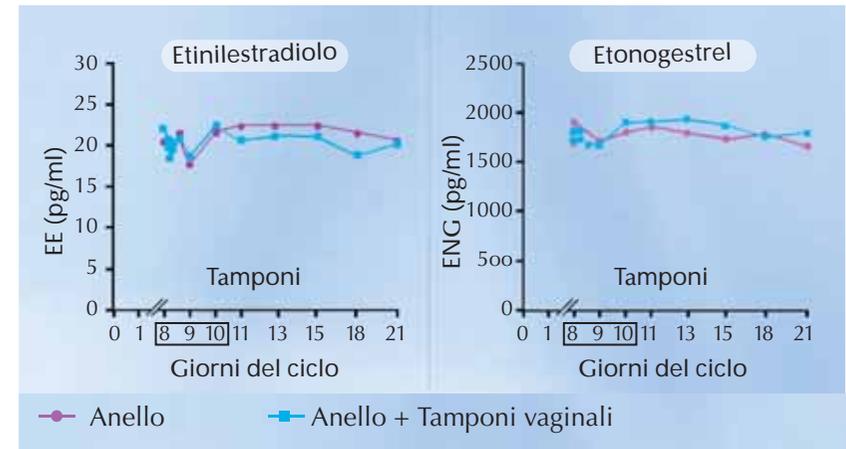
Inoltre, nonostante il dosaggio estremamente basso, l'anello contraccettivo è in grado di inibire completamente l'ovulazione nelle tre settimane di utilizzo e, se lasciato in sede, per ulteriori due settimane<sup>6</sup>. La soppressione ovarica è, invece, simile a quella che si ottiene con una pillola contenente 150 µg di DSG e 30 µg di EE<sup>6</sup>. Anche la reversibilità del metodo è risultata ottima: infatti, in seguito alla rimozione dell'anello contraccettivo, l'ovulazione si verifica in media dopo 17-19 giorni, mentre per ottenere un follicolo dominante (13 mm) sono necessari 11 giorni (range 8-21 giorni)<sup>7</sup>.

## Utilizzo contemporaneo di altri prodotti a somministrazione vaginale

Il contemporaneo impiego dell'anello e di tamponi vaginali può risultare necessario nel caso in cui l'emorragia da privazione si prolunghi nel periodo di reinserimento dell'anello. Allo scopo di valutare l'eventuale effetto dei tamponi sulla farmacocinetica degli ormoni rilasciati dall'anello, è stato eseguito uno studio randomizzato<sup>8</sup>, in cui 14 donne sono state collocate in due gruppi. Nel primo gruppo veniva usato l'anello contraccettivo da solo (ciclo 1) e l'anello più 4 tamponi vaginali/die per 3 giorni consecutivi, iniziando dall'ottava giornata del ciclo (ciclo 2). Nel secondo gruppo, veniva usato l'anello più i tamponi nel ciclo 1 e solo l'anello nel ciclo 2. I prelievi di sangue effettuati per il dosaggio dell'etinilestradiolo (EE) e dell'etonogestrel (ENG) hanno evidenziato che le concentrazioni sieriche di ENG e di EE, con il solo anello contraccettivo, erano simili a quelle riscontrate in caso di utilizzo contemporaneo dei tamponi (fig. 5).

Per quanto riguarda l'impiego contemporaneo dell'anello con alcuni farmaci somministrati per via vaginale, ad oggi sono disponibili dati riguardanti il co-utilizzo con lo spermicida nonoxinolo 9 e con l'antimicotico miconazolo nitrate.

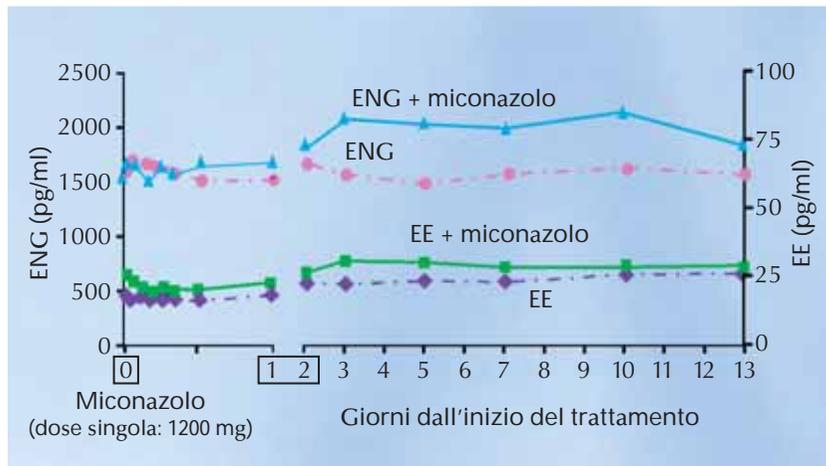
Uno studio sulla possibile interazione tra ENG e EE rilasciati dall'anello contraccettivo e nonoxinolo 9 al 4%, somministrato in dose singola il giorno 8 del ciclo, non ha dimostrato alcun effetto dello spermicida sulle concentrazioni sieriche degli ormoni rilasciati dall'anello. Pertanto l'efficacia contraccettiva dell'anello non risulta in alcun modo inficiata dalla somministrazione dello spermicida<sup>9</sup>.



**Figura 5** Anello contraccettivo e tamponi vaginali: nei cicli in cui i tamponi vaginali venivano usati contemporaneamente all'anello la farmacocinetica dell'etinilestradiolo (EE) e dell'etonogestrel (ENG) non risultava significativamente modificata<sup>8</sup>

Anche l'effetto del miconazolo nitrate sull'esposizione sistemica all'ENG e all'EE rilasciati dall'anello sembra trascurabile. A questo proposito sono stati condotti due studi randomizzati<sup>10</sup>. Nel primo, è stato valutato l'effetto di una dose singola di miconazolo nitrate (1200 mg), somministrata per via vaginale all'ottavo giorno del ciclo di anello contraccettivo. Nell'arco delle prime 24-48 ore l'effetto del miconazolo sull'esposizione sistemica all'ENG e all'EE, rilasciati dall'anello, non è risultata significativamente differente rispetto al controllo<sup>10</sup>. Tuttavia, valutando l'area sottesa dalla curva delle concentrazioni ematiche medie, si è osservato che con il miconazolo nitrate nel corso dei 21 giorni del ciclo si verificava un significativo aumento dell'esposizione sistemica sia all'ENG (AUC ratio = 1,17 - 95% CI = 1,09-1,29) sia all'EE (AUC ratio = 1,16 - 95% CI = 1,02-1,31),

rispetto al ciclo con il solo anello contraccettivo (fig. 6)<sup>10</sup>.

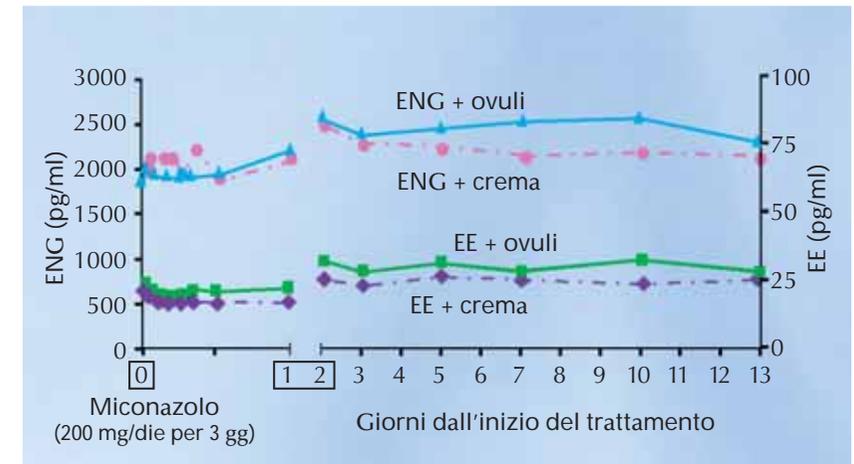


**Figura 6** Anello contraccettivo e antimicotici per via vaginale: una dose singola di miconazolo (1200 mg) determina un incremento dell'esposizione sistemica all'etonogestrel (ENG) e all'etinilestradiolo (EE), che non modifica l'efficacia contraccettiva dell'anello (*modificata da Verhoven e coll.*)<sup>10</sup>

Nel secondo studio, è, invece, stato valutato l'effetto della somministrazione di dosi multiple di miconazolo nitrato (200 mg) per via vaginale nei giorni 8, 9 e 10 del ciclo con anello<sup>10</sup>. I risultati dimostrano un modesto aumento dell'esposizione sistemica agli ormoni rilasciati dall'anello e gli ovuli sembrano avere un effetto più marcato rispetto alla crema (fig. 7)<sup>10</sup>.

Il rilascio di ENG e di EE dall'anello è maggiore in presenza dell'antimicotico, poiché queste sostanze sono lipofile e, quindi, facilitano il rilascio di ormoni, a loro volta lipofili, dall'anello. Gli ovuli per la loro formulazione oleosa sono più lipofili della crema, a base di

acqua, e quindi incrementano maggiormente il rilascio di ormoni dall'anello<sup>10</sup>. Proprio perché si ottiene un aumento dell'esposizione sistemica agli ormoni rilasciati dall'anello e non una riduzione, l'efficacia contraccettiva dell'anello stesso non può, quindi, essere in alcun modo compromessa.



**Figura 7** Anello contraccettivo e dosi multiple di antimicotici per via vaginale: il tipo di formulazione dell'antimicotico (ovuli vs crema) influenza la farmacocinetica dell'etonogestrel (ENG) e dell'etinilestradiolo (EE), rilasciati dall'anello, in funzione della maggiore (ovuli) o minore (crema) lipofilia del prodotto. L'aumento dell'esposizione sistemica all'ENG e all'EE non modifica, tuttavia, l'efficacia contraccettiva dell'anello (*modificato da Verhoven e coll.*)<sup>10</sup>

## Efficacia, tollerabilità e accettabilità dell'anello contraccettivo

Studi per indagare l'efficacia, la tollerabilità e l'accettabilità dell'anello, sono stati condotti sia in Europa sia in America su un totale di

2.015 donne (16.912 cicli). Sia il gruppo di studio americano sia quello europeo prevedeva la somministrazione dell'anello contraccettivo per 13 cicli consecutivi, costituiti da 21 giorni di anello contraccettivo e 7 giorni liberi dall'anello stesso. Si sono verificate complessivamente 10 gravidanze con un indice di Pearl di 0,77 (95% CI 0,37-1,40), paragonabile a quello delle pillole a basso dosaggio<sup>11</sup>.

Sul versante della tollerabilità, non sono state rilevate modificazioni significative né degli esami ematochimici né della pressione arteriosa<sup>11</sup>. Inoltre, la percentuale di donne con effetti indesiderati di tipo sistemico estrogeno-correlati è risultata complessivamente bassa (cefalea 5,8%, nausea 3,2%, tensione mammaria 2,6%)<sup>11</sup>, rispetto a quanto rilevato negli studi osservazionali con i CO a basso e bassissimo dosaggio<sup>12, 13, 14</sup>.

Gli effetti indesiderati locali, come la vaginite (5,6%), la leucorrea (4,8%) e i problemi correlati al dispositivo (4,4%), sono stati osservati in una bassa percentuale di pazienti<sup>11</sup>, dimostrando un'incidenza sovrapponibile a quella osservata nella popolazione generale.

Inoltre, è stato recentemente pubblicato uno studio aperto, non randomizzato, che ha confrontato le modificazioni coagulative, che si verificano con l'anello contraccettivo e con una pillola contenente 30 µg di EE e 150 µg di LNG per 6 cicli di trattamento<sup>15</sup>. Tra le variabili in senso procoagulativo, al sesto ciclo di trattamento, con l'anello contraccettivo si è osservato un incremento statisticamente significativo dei livelli di fattore VII rispetto al gruppo LNG/EE. Tra le variabili in senso anticoagulante, al ciclo 3 di trattamento, con l'anello contraccettivo si è osservato un incremento significativo dei livelli di proteina C rispetto al gruppo LNG/EE<sup>15</sup>. Nell'ambito dei *markers* della

fibrinolisi, al terzo ciclo, con l'anello contraccettivo i livelli di t-PA si sono ridotti significativamente meno rispetto al gruppo LNG/EE<sup>15</sup>. Le oscillazioni di questi parametri si sono, comunque, mantenute nei *range* di normalità e gli Autori concludono che entrambi i contraccettivi testati hanno un effetto minimo sulla coagulazione<sup>15</sup>.

Un altro recente studio, non randomizzato, ha valutato il profilo lipidico basale, nel corso del 3° e 6° ciclo di trattamento, in 40 donne che usavano l'anello contraccettivo e in 43 donne che usavano un contraccettivo orale contenente 30 µg di EE e 150 µg di LNG<sup>16</sup>. I livelli di colesterolo totale sono rimasti praticamente invariati, sia al ciclo 3 sia al ciclo 6 di trattamento, rispetto al basale, in entrambi i gruppi. Inoltre, con l'anello contraccettivo, anche i livelli di HDL sono rimasti invariati rispetto al valore basale, mentre con LNG/EE si sono ridotti. Nel gruppo con anello contraccettivo si è poi osservato un incremento lievemente maggiore dei livelli di trigliceridi rispetto a quello osservato per il gruppo LNG/EE. I livelli di Apo A1, che è uno dei maggiori componenti della frazione HDL, sono risultati significativamente maggiori, al ciclo 3 e 6, con l'anello rispetto al contraccettivo orale (tab. 6).

In conclusione, le minime variazioni del metabolismo lipidico, che si verificano con l'anello contraccettivo, tendono ad essere più favorevoli, per il rischio cardiovascolare, rispetto a quelle che si verificano con un contraccettivo orale contenente 30 µg di EE e 150 µg di LNG<sup>16</sup>.

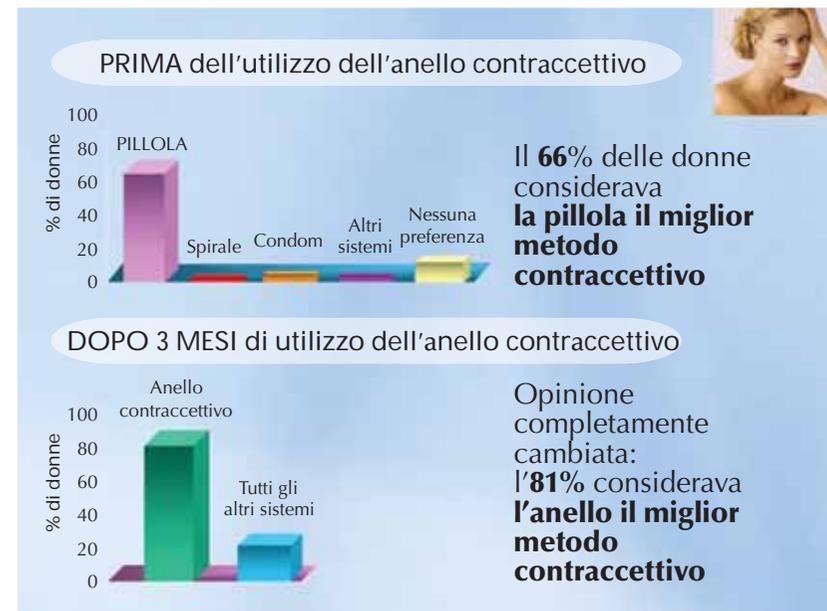
Per quanto riguarda le variazioni del peso corporeo, in 13 mesi di trattamento con l'anello contraccettivo, nello studio osservazionale europeo<sup>17</sup> è stato calcolato un incremento medio di  $0,43 \pm 3,35$  kg, in linea con quello che si verifica nelle donne che non assumono contraccettivi ormonali.

Parametri	Anello contraccettivo	30 µg EE/ 150 µg LNG
Colesterolo totale	1,8	3,1
HDL colesterolo	1,5*	-11,7
Trigliceridi	23,8	8,6
APO A1	10,3	-1,4

**Tabella 6** Variazione percentuale media di alcuni parametri del metabolismo lipidico, al ciclo 6 rispetto al pre-trattamento. Confronto tra l’anello contraccettivo e un contraccettivo orale contenente etinilestradiolo (EE) e levonorgestrel (LNG) (modificato da Tuppurainen e coll.)<sup>16</sup> (\* $p < 0,0001$ )

Anche la citologia vaginale non sembra modificarsi in senso pro-cancerogeno<sup>17</sup>.

L’acceptabilità dell’anello è risultata ottima: infatti, più del 95% delle pazienti ha dichiarato che l’anello è stato sempre o quasi sempre facile da inserire e da rimuovere. Più del 70% dei partners ha dichiarato di non sentire mai o quasi mai l’anello durante i rapporti e più del 94% dei partners di non aver nulla in contrario al fatto che la propria compagna utilizzi l’anello come contraccettivo<sup>18</sup>. Inoltre, è emerso che, prima di iniziare ad utilizzare l’anello contraccettivo, il 66% delle donne riteneva la pillola il miglior contraccettivo esistente. Dopo soli 3 cicli di utilizzo dell’anello contraccettivo, invece, l’opinione delle donne era completamente cambiata: infatti l’81% metteva al primo posto, fra tutti i contraccettivi disponibili, l’anello vaginale<sup>18</sup> (fig. 8).



**Figura 8** L’opinione delle donne relativa ai vari metodi contraccettivi<sup>18</sup>

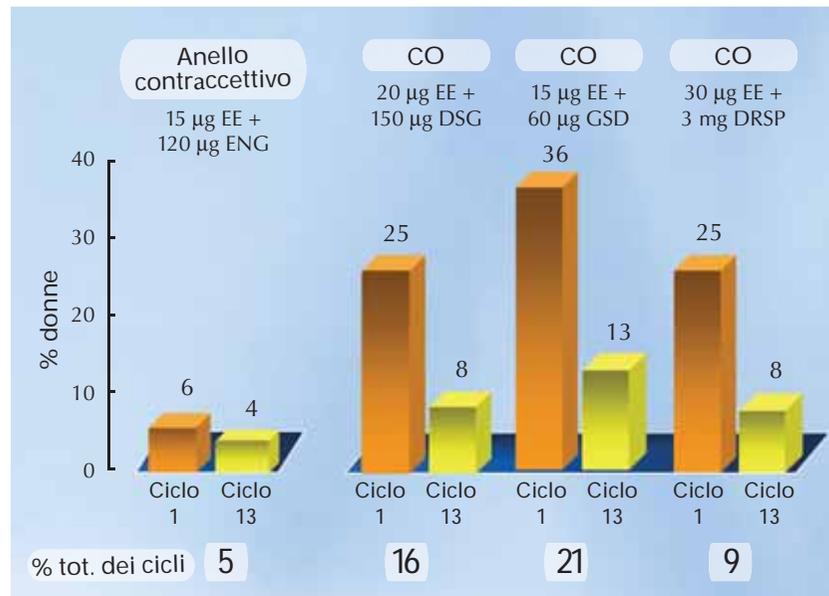
## Controllo del ciclo

Il fatto che con l’anello contraccettivo i livelli ormonali rimangano costanti e non subiscano variazioni nell’arco delle 24 ore, come con i CO, consente di ottenere un ottimo controllo del ciclo, nonostante i bassissimi dosaggi di etinilestradiolo.

In un vasto studio osservazionale su 2.015 donne, i sanguinamenti intermestruali si sono manifestati solo nel 5% dei cicli e sono stati caratterizzati per lo più da *spotting*<sup>11</sup>. L’incidenza di tali sanguinamenti è andata inoltre riducendosi nel corso del trattamento dal 5,9% nel



ciclo 1 al 3,8% nel ciclo 13<sup>11</sup>. Altri studi osservazionali, condotti sui CO a basso e bassissimo dosaggio<sup>12, 13, 19</sup>, riferiscono invece percentuali di sanguinamenti intermestruali che oscillano dal 9% (CO = 30 µg di EE + 3 mg drospirenone) al 21% dei cicli (CO = 15 µg di EE + 60 µg gestodene) (fig. 9).



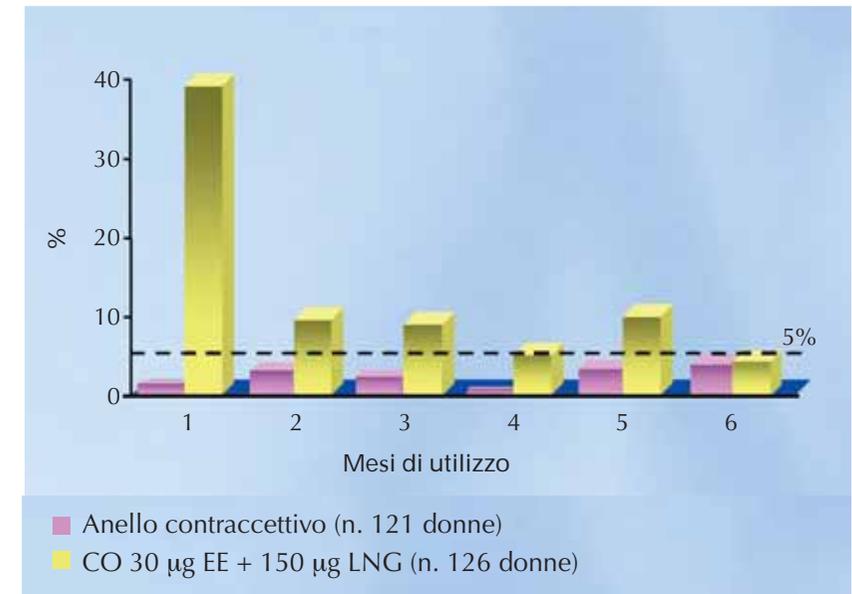
**Figura 9** Incidenza di irregolarità mestruali in corso di trattamento con l’anello contraccettivo o con alcuni contraccettivi orali (CO) a basso dosaggio<sup>11,13,19</sup>

EE: etinilestradiolo; ENG: etonogestrel; DSG: desogestrel; GSD: gestodene; DRSP: drospirenone

L’assenza dell’emorragia da privazione si è verificata nell’1,5%<sup>11</sup> dei cicli con anello contraccettivo, contro il 7% dei cicli con CO contenenti 15 µg di EE + 60 µg di gestodene<sup>12</sup>.



Uno studio aperto, non randomizzato, di confronto fra l’anello contraccettivo (121 donne) e un CO contenente 30 µg di EE + 150 µg di LNG (126 donne), per 6 cicli, ha dimostrato che l’incidenza di sanguinamenti irregolari con l’anello è significativamente inferiore (1,1% - 5,0% per ciclo) rispetto al gruppo trattato con LNG/EE (5,4% - 38,8%) (p < 0,001) (fig. 10)<sup>20</sup>.



**Figura 10** Incidenza di sanguinamenti irregolari: confronto tra l’anello contraccettivo e un contraccettivo orale (CO) a basso dosaggio contenente etinilestradiolo (EE) e levonogestrel (LNG) (modificata da Bjarnadottir e coll.)<sup>20</sup>

Recentemente si è concluso un importante studio randomizzato per confrontare l’efficacia tra l’anello contraccettivo e un CO, contenente 30 µg di etinilestradiolo e 150 µg di levonorgestrel, sul controllo del



ciclo. I risultati, in via di pubblicazione, dimostrano che:

- >> l'incidenza di sanguinamenti intermestruali è più bassa nel gruppo dell'anello contraccettivo rispetto al gruppo LNG/EE (2,0% - 6,4% vs 3,5% - 12,6% per i cicli 2 e 13) (il primo ciclo è stato escluso per differenze nelle procedure di inizio), con una differenza statisticamente significativa al ciclo 2 e 9 ( $p < 0,003$ ) (tab. 7)<sup>21</sup>;
- >> l'incidenza dei cicli del tutto regolari è significativamente maggiore nel gruppo dell'anello contraccettivo (58,8% - 72,8%) rispetto al gruppo LNG/EE (43,4% - 57,9%);
- >> la percentuale di cicli con amenorrea è inferiore con l'anello (0,3% - 3,5%) rispetto al CO con LNG/EE (1,6% - 3,6%), raggiungendo la significatività statistica al ciclo 6 ( $p = 0,01$ );
- >> l'emorragia da privazione prosegue dopo la ripresa del contraccettivo nel 21,7% - 27,3% dei cicli con anello contraccettivo e nel 33,8% - 39,0% dei cicli con LNG/EE, con una differenza staticamente significativa in tutti i cicli;
- >> l'emorragia da privazione si presenta precocemente nel 2,5% - 6,2% dei cicli con anello contraccettivo e nel 2,0 - 8,7% dei cicli con LNG/EE, senza differenze significative tra i due gruppi.

Tali dati permettono di affermare che, nonostante le basse dosi di estrogeno, l'anello contraccettivo è in grado di ottenere un controllo del ciclo superiore a quello delle pillole con 30 µg di EE e 150 µg di LNG.



Ciclo	Anello contracc.	EE/LNG	Test di Fischer		
	%	%	OR	95% IC	p
1	8,72	13,7	0,61	0,31-1,17	ns
2	6,36	12,6	0,47	0,22-0,97	<0,003
3	4,88	9,11	0,51	0,21-1,19	ns
4	5,15	8,77	0,56	0,23-1,32	ns
5	5,71	7,97	0,71	0,29-1,66	ns
6	4,56	7,81	0,60	0,23-1,49	ns
7	4,80	6,13	0,78	0,29-2,07	ns
8	3,78	8,06	0,45	0,15-1,16	ns
9	1,97	6,91	0,28	0,05-0,94	<0,003
10	3,81	7,74	0,48	0,16-1,32	ns
11	4,73	5,51	0,85	0,29-2,45	ns
12	3,36	3,52	0,95	0,25-3,56	ns
13	4,02	4,87	0,86	0,18-3,76	ns

**Tabella 7** Risultati di uno studio randomizzato sull'incidenza di sanguinamenti intermestruali in corso di trattamento con l'anello contraccettivo o con un contraccettivo orale contenente 30 µg di etinilestradiolo (EE) e 150 µg di levonogestrel (LNG)<sup>21</sup>



## Come si utilizza l'anello contraccettivo

L'anello contraccettivo deve essere inserito in vagina:

- >> entro il 5° giorno del ciclo mestruale se, nel ciclo precedente, non sono stati impiegati metodi contraccettivi ormonali (è consigliato utilizzare nei primi 7 giorni un contraccettivo di barriera);
- >> al più tardi il giorno in cui si inizierebbe la nuova confezione, se nel ciclo precedente si è utilizzato un CO;
- >> in qualsiasi momento, purchè il giorno prima si sia presa l'ultima compressa, se nel ciclo precedente è stata assunta una pillola a base di solo progestinico (è consigliato utilizzare nei primi 7 giorni un contraccettivo di barriera).

Contrariamente a quanto accade per i CO, contenenti 21 pillole per blister, con l'anello contraccettivo il giorno della settimana in cui si inserisce l'anello e il giorno della settimana in cui lo si rimuove corrispondono. Se, per esempio, si decide di inserire l'anello contraccettivo alle ore 23 di un sabato, la rimozione dovrà essere eseguita il sabato della terza settimana successiva alle ore 23: dopo una settimana libera da anello, in cui comparirà l'emorragia da privazione, si dovrà procedere all'inserimento di un nuovo anello, sempre di sabato alle ore 23 (fig. 11).

Per inserire l'anello la donna potrà scegliere la posizione a lei più confacente: accovacciata, sdraiata con le gambe lievemente flesse e divaricate o in piedi con una gamba sollevata (fig. 12).

Dopo aver estratto l'anello dalla sua confezione, sarà sufficiente



Figura 11 Esempio della cronologia di utilizzo dell'anello contraccettivo nel caso in cui una donna scelga un orario serale per l'inserimento e la rimozione

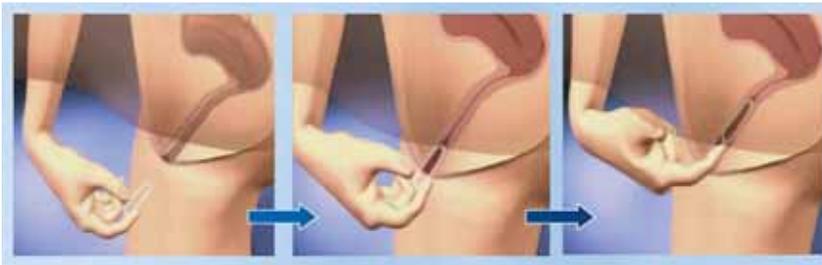


Figura 12 Possibili posizioni che la donna può assumere per facilitare l'inserimento dell'anello in vagina

afferrarlo tra il pollice e l'indice di una mano, mentre con la mano libera si procederà a divaricare delicatamente le piccole labbra vulvari. L'anello contraccettivo andrà quindi sospinto attraverso l'ostio vulvare fino a farlo entrare interamente in vagina (fig. 13).

La posizione dell'anello all'interno della vagina non è determinante per l'efficacia contraccettiva del metodo, purché lo stesso sia interamente contenuto nella vagina (fig. 14).

Per rimuovere l'anello contraccettivo sarà sufficiente inserire l'indice della mano in vagina, afferrare il bordo dell'anello e tirare delicatamente verso il basso (fig. 15).



**Figura 13** Modalità di inserimento dell'anello contraccettivo in vagina



**Figura 14** Possibili posizioni dell'anello contraccettivo in vagina. L'efficacia contraccettiva è garantita a condizione che l'anello sia completamente contenuto in vagina



**Figura 15** Modalità di rimozione dell'anello contraccettivo dalla vagina

## Conclusioni

L'anello è un nuovo contraccettivo ormonale combinato che unisce il vantaggio dei bassi e costanti livelli ormonali sierici alla più pratica somministrazione mensile, evitando dimenticanze e, quindi, migliorando la *compliance*.

È efficace come la pillola e completamente reversibile.

L'utilizzo contemporaneo di tamponi vaginali, nonoxinol 9 o miconazolo nitrato non modifica l'efficacia contraccettiva.

Ha dimostrato un'ottima accettabilità da parte delle donne e dei loro partner. Ha un impatto minimo sul sistema coagulativo, sul quadro lipidico, sul peso corporeo e sulla pressione arteriosa.

La percentuale di effetti indesiderati, sia sistemici sia locali, è bassa. Assicura un ottimo controllo del ciclo. Infatti, tutti gli studi di confronto ne hanno dimostrato la superiorità anche rispetto alle pillole contenenti 30 µg di EE e 150 µg di LNG, considerate fino ad oggi il punto di riferimento per il controllo del ciclo. Questo è dovuto, principalmente, alle caratteristiche intrinseche della via vaginale e del sistema di rilascio, che consentono di mantenere bassi e costanti i livelli ematici sia di EE sia di ENG, con un solo picco ematico mensile.

## BIBLIOGRAFIA

1. Rosenberg MJ, Waugh MS, Meehan TE: *Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation*. Contraception 1995; 51:283.
2. Pinter B: *Continuation and compliance of contraceptive use*. Eur J Contracept Reprod Health Care 2002; 7:178-183.
3. *European women about contraception*. TNS NIPO, 2003.
4. Benedetto C, Grassi G, Bonino L, Pelissetto S: *La contraccezione ormonale per via vaginale: controllo del ciclo a basso dosaggio*. Atti del Congresso Nazionale S.I.G.O., Genova 2004, pag. 382.
5. Timmer CJ, Mulders TMT: *Pharmacokinetics of Etonorgestrel and Ethinylestradiol released from a combined contraceptive vaginal ring*. Clin Pharmacokinet 2000; 39(3):233-242.
6. Mulders TMT, Dieben TOM: *Use of the novel combined contraceptive vaginal ring NUVARING for ovulation inhibition*. Fertil Steril 2001; 75(5):865-870.
7. Mulders TMT, Dieben TOM, Herjan JT, Coelinh Bennink: *Ovarian function with a novel combined contraceptive vaginal ring*. Hum Reprod 2002; 17(10):2594-2599.
8. Verhoven CHJ, Dieben TOM: *The combined contraceptive vaginal ring, NuvaRing, and tampon co-usage*. Contraception 2004; 69:197-199.
9. Haring T, Mulders TMT: *The combined contraceptive ring Nuvaring and spermicide co-medication*. Contraception 2003; 67:271-272.
10. Verhoven CHJ, Van den Heuvel MW, Mulders TMT, Dieben TOM: *The contraceptive vaginal ring, NuvaRing, and antimycotic co-medication*. Contraception 2004; 69:129-132.
11. Dieben TO, Roumen FJ, Apter D: *Efficacy, cycle control and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring*. Obstet Gynecol 2002; 100(3):585-593.
12. Gestodene Study Group 322: *The safety and contraceptive efficacy of a 24 day low dose oral contraceptive regimen containing gestodene 60 µg/EE 15 µg*. The Europ J of Contracept and Reprod Health Care 1999; 4:9-1.
13. Gestodene Study Group 324: *Cycle control, safety and efficacy of a 24 day regimen of gestodene 60 µg / EE 15 µg and a 21 day regimen of DSG 150 µg / EE 20 µg*. The Europ J of Contracept and Reprod Health Care 1999; 4:17-25.
14. Endrikat J, Dusterberg B, Ruebing A, Gelingner C, Strwitzkit T: *Comparison of efficacy, cycle control and tolerability of two low dose oral contraceptives in a multicenter clinical study*. Contraception 1999; 60: 269-274.
15. Magnusdottir EM, Bjarnadottir RI, Onundarson PT, Gudmundsdottir BR, Geirsson RT, Magnusdottir SD, Dieben TOM: *The contraceptive vaginal ring (Nuvaring) and hemostasis: a comparative study*. Contraception 2004; 69: 461-467.
16. Tuppurainen M, Klimscheffskij R, Venhola M, Dieben TOM: *The combined contraceptive vaginal ring (Nuvaring) and lipid metabolism: a comparative study*. Contraception 2004; 69:389-394.
17. Roumen FJ, Apter D, Mulders TMT, Dieben TOM: *Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasing Etonorgestrel and Ethinyl oestradiol*. Hum Reprod 2001; 16(3):469-475.
18. Novak A, De La Loge C, Abets L, Van Der Meulen EA: *The combined contraceptive vaginal ring, NuvaRing: an international study of user acceptability*. Contraception 2003; 67(3):187-194.

19. Foidart JM, Wuttke W, Bouw GM, Gerlinger C, Heithecker R:  
*A comparative investigation of contraceptive reliability, cycle control and tolerance of two monofasic oral contraceptives containing either drospirenone or desogestrel.* The Europ J of Contracept and Reprod Health Care 2000; 5:124-134.
20. Bjarnadottir RI, Tuppurainen M, Killick SR: *Comparison of cycle control with a combined contraceptive vaginal ring and oral LNG/EE.* Am J Obstet Gynecol 2002; 186(5):389-395.
21. Oddsson K, Leifels-Fischer B, de Melo NR, Weils-Masson D, Benedetto C, Verhoeven CHJ, Diebem TOM: *Superior cycle control with a contraceptive vaginal ring (Nuvaring) compared with an OC containing 30 mg di EE e 150 mg di LNG.* Data on file.



Un particolare ringraziamento alla Organon Italia S.p.A.  
per il supporto offerto alla realizzazione di questa pubblicazione



[www.organon.it](http://www.organon.it)