L'infezione da papillomavirus si trasmette per via sessuale; rappresenta il principale fattore di rischio per il carcinoma della cervice uterina



L'infezione da papillomavirus (HPV - Human Papilloma Virus) è in assoluto la più frequente infezione sessualmente trasmessa; l'assenza di sintomi ne favorisce la diffusione poiché la maggior parte degli individui affetti non è a conoscenza del processo infettivo in corso. L'infezione da HPV è più frequente nella popolazione femminile.

Esistono circa 100 tipi di papillomavirus differenziati in base al genoma. Alcuni sono responsabili di lesioni benigne come i condilomi (specie tipo 6 e 11), altri sono in grado di produrre lesioni pre-invasive (displasie) ed invasive, cioè il tumore della cervice uterina (specie tipo 16 e 18).

Generalmente il tempo che intercorre tra l’infezione e l’insorgenza delle lesioni precancerose è di circa 5 anni, mentre la latenza per l’insorgenza del carcinoma cervicale può essere di decenni.

Il tumore della cervice uterina (collo dell'utero) è stata la prima neoplasia ad essere riconosciuta dall’Organizzazione mondiale della sanità come totalmente riconducibile ad una infezione: essa è infatti causata nel 95% dei casi da una infezione genitale da HPV.

In Italia vengono diagnosticati ogni anno circa 3.500 nuovi casi di carcinoma della cervice uterina e oltre 1.500 donne muoiono a causa di questo tumore.
Per questo è importante mettere in atto misure preventive, basate su programmi di screening, che consentano di identificare le lesioni precancerose e di intervenire prima che evolvano in carcinoma.

### La vaccinazione in Italia è consigliata e offerta gratuitamente alle ragazze entro il 12° anno di età



La vaccinazione contro il Papillomavirus umano (Hpv) si è dimostrata molto efficace nel prevenire nelle donne il carcinoma della cervice uterina (collo dell’utero), soprattutto se effettuata prima dell'inizio dell'attività sessuale; questo perché induce una protezione maggiore prima di un eventuale contagio con il virus Hpv.

Il carcinoma della cervice uterina è il secondo tumore più diffuso nelle donne.
Colpisce ogni anno circa 3.500 donne e causa 1.000 decessi in Italia.
Negli ultimi venti anni la mortalità per questo tumore si è ridotta drasticamente, soprattutto grazie alla diagnosi precoce realizzata attraverso i programmi di screening (Pap-test).

A fianco dello screening, la vaccinazione anti Hpv può efficacemente contribuire a ridurre l’impatto del cancro del collo dell’utero, che rappresenta la prima forma tumorale riconosciuta come totalmente riconducibile a un’infezione: quella da Papillomavirus umano.

#### ****Dall’infezione al cancro****

Il Papillomavirus umano è un virus molto comune, tanto che, secondo una stima, il 75% degli individui viene infettato nel corso della vita. Si trasmette soprattutto attraverso i rapporti sessuali, ma per contrarre l’infezione può bastare un semplice contatto nell’area genitale.
In natura ne esistono oltre 120 tipi diversi, in grado di aggredire la parete del collo dell’utero e produrre differenti tipi di alterazioni: alcuni sono responsabili di lesioni benigne (ad esempio i condilomi), altri producono, invece, lesioni in grado di evolvere in cancro.

Circa il 70% di tutte le lesioni pretumorali sono attribuibili a due tipi di papillomavirus (il **16 e il 18**), mentre quasi il 90% dei condilomi è causato dai **tipi 6 e 11**.

Non tutte le infezioni da Hpv producono lesioni che poi possono evolvere in cancro. Anzi, la maggior parte di esse (circa l’80%) è temporanea e regredisce spontaneamente. Soltanto quelle che diventano croniche (una minoranza) possono trasformarsi nell’arco di 7-15 anni in una lesione tumorale.

#### ****Perché vaccinarsi****

Il fatto che il cancro del collo dell’utero sia di origine infettiva consente di adottare contro questa malattia una strategia sconosciuta per le altre forme di tumore.
Attraverso la vaccinazione contro l'Hpv è infatti possibile interrompere all’origine la catena che dall’infezione porta al cancro. Se grazie al vaccino l’organismo è in grado di contrastare l’infezione da Papillomavirus, allora non si potranno verificare i cambiamenti delle cellule del collo dell’utero, che portano allo sviluppo del tumore.

#### ****I vaccini contro il Papillomavirus****

Oggi sono disponibili due vaccini contro il papillomavirus:

1. **vaccino bivalente -** protegge contro i tipi **16 e 18** (i tipi di virus in grado di causare le lesioni pretumorali)
2. **vaccino quadrivalente -** offre una protezione **anche contro i tipi 6 e 11** (quelli che causano il maggior numero di condilomi).

Entrambi i vaccini hanno un'efficacia elevata, se somministrati prima che la persona sia stata contagiata con il virus HPV, che si acquisisce, di norma, subito dopo l’inizio dell’attività sessuale.
Inoltre inducono una migliore risposta immunitaria nelle persone più giovani.

Per questa ragione la campagna di vaccinazione contro l'Hpv è indirizzata alle bambine di età compresa tra gli 11 e i 12 anni.

La vaccinazione in questa classe di età, secondo le informazioni scientifiche oggi disponibili, consente di prevenire, nella quasi totalità dei casi, l’insorgenza di un’infezione persistente dei due ceppi virali, che più frequentemente provocano il tumore della cervice uterina. Ambedue i vaccini sembrano presentare un certo grado di protezione verso altri ceppi di Hpv.

Per approfondire leggi:

* la scheda [**Infezione da papillomavirus umano**](http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=14&area=Malattie_sessualmente_trasmissibili)
* la [**circolare 24 aprile 2014**](http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=49024).

**Infezioni sessualmente trasmesse**

**Informazioni generali**

*Revisione a cura del Centro operativo Aids (Coa) – Iss*

*22 novembre 2012* - Le Infezioni sessualmente trasmesse (Ist) costituiscono un vasto gruppo di malattie infettive molto diffuso in tutto il mondo, che può essere causa di sintomi acuti, infezioni croniche e gravi complicanze a lungo termine per milioni di persone ogni anno, e le cui cure assorbono ingenti risorse finanziarie. Un tempo note come “malattie veneree” e poi come “malattie sessualmente trasmesse”, nell’ultimo decennio sono state rinominate con il termine di Ist allo scopo di enfatizzare la sempre maggiore proporzione di casi caratterizzati da una modesta espressione clinica (es. [Human papillomavirus](http://www.epicentro.iss.it/problemi/hpv/hpv.asp),[Hiv](http://www.epicentro.iss.it/problemi/aids/aids.asp), Herpes simplex virus tipo 1 e tipo 2, *[Chlamydia trachomatis](http://www.epicentro.iss.it/problemi/clamidia/clamidia.asp)*, *[Neisseria gonorrhoeae](http://www.epicentro.iss.it/problemi/gonorrea/gonorrea.asp)*, *Trichomonas vaginalis*).

**Quali sono?**

Come riporta l’[Oms](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/index.html), oggi si conoscono oltre 30 diversi patogeni, tra batteri, virus, protozoi, funghi ed ectoparassiti, resposabili di Ist.

**Batteri**

* *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea o infezione gonococcica)
* *Chlamydia trachomatis* (infezioni uro-genitali, anorettali e faringee da clamidia)
* *Chlamydia trachomatis* (sierotipi L1, L2, L3) (linfogranuloma venereo)
* *Treponema pallidum* (sifilide primaria, secondaria e latente, sifilide neonatale)
* *Haemophilus ducreyi* (cancroide o ulcera venerea)
* *Klebsiella* (*Calymmatobacterium*) *granulomatis* (granuloma inguinale)
* *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Streptococco di gruppo B*, *Stafilococco aureus* (infezioni batteriche non gonococciche e non clamidiali).

**Virus**

* Virus dell’immunodeficienza umana (infezione da Hiv/Aids)
* Herpes simplex virus di tipo 2 e di tipo 1 (herpes genitale)
* Papillomavirus umano (Infezione cervicale, condiloma genitale, cancro della cervice uterina, della vulva, della vagina, dell’ano e del pene)
* Virus dell’epatite B e C (epatite, cirrosi, epatocarcinoma)
* [Cytomegalovirus](http://www.epicentro.iss.it/problemi/citomegalovirus/citomegalovirus.asp) (infezioni a carico di cervello, occhio, apparato gastrointestinale)
* HHV-8 (sarcoma di Kaposi)
* Pox virus (mollusco contagioso).

***Protozoi***

* *Trichomonas vaginalis* (uretrite e vaginite)

***Funghi***

* *Candida albicans* (vulvovaginite nella donna; balanopostite nell’uomo)

**Ectoparassiti**

* *Phtirus pubis* (pediculosi del pube)
* *Sarcoptes scabiei* (scabbia)

**Modalità di trasmissione delle Ist**

Gli agenti responsabili delle Ist si trasmettono attraverso qualsiasi tipo di rapporto sessuale (vaginale, anale, orale) per contatto con i liquidi organici infetti (sperma, secrezioni vaginali, sangue, saliva). Inoltre, si possono trasmettere attraverso il sangue (es. trasfusioni, contatto con ferite, scambio di siringhe, tatuaggi, piercing) o con i trapianti di tessuto o di organi (Hiv, Hbv, Hcv, Sifilide), ed infine, per passaggio diretto dalla madre al feto o al neonato durante la gravidanza, il parto, o l’allattamento (es. Hiv, virus dell’epatite B, herpes genitale, sifilide, gonorrea, clamidia).

All’interno di una popolazione, la diffusione di queste infezioni ha un’evoluzione abbastanza caratteristica: nelle fasi iniziali è limitata a un gruppo ad alto rischio con elevati tassi di infezione e alta frequenza di partner sessuali (*core group*), poi si diffonde a una popolazione a rischio minore (*bridging population*) che rappresenta l’anello di congiunzione tra il core group e la popolazione generale (*general population*). La vulnerabilità alle Ist di determinate sottopopolazioni è influenzata soprattutto dalle condizioni socio-economiche e dai comportamenti sessuali. Questa situazione è ulteriormente complicata dalle interazioni tra ospite e patogeno.



*Figura 1: dinamiche della trasmissione delle Ist a livello di popolazione*

**Diagnosi**

Il quadro clinico delle Ist è spesso aspecifico, con segni e sintomi comuni alle diverse infezioni, i più frequenti dei quali sono:

* secrezioni anomale dei genitali
* dolore pelvico
* comparsa di prurito e/o di lesioni di qualunque tipo nella regione dei genitali, dell'ano, o della bocca
* necessità di urinare frequentemente
* dolore o bruciore durante l'emissione dell'urina
* dolore e sanguinamento durante e/o dopo il rapporto sessuale
* infezioni oculari neonatali (specie congiuntiviti).

La diagnosi convenzionale si basa sugli esami di laboratorio (per i dettagli sulle singole malattie, leggi gli [argomenti di salute](http://www.epicentro.iss.it/problemi/problemi.asp) dedicati su EpiCentro). I Cdc raccomandano per esempio che tutte le donne sessualmente attive effettuino a partire dai 26 anni un test annuale per la clamidia in considerazione che questa indagine può dimezzare l’incidenza della malattia. Indagini di laboratorio annuali per clamidia, sifilide, gonorrea e Hiv sono raccomandate anche a tutti i maschi omosessuali. Tuttavia, specialmente nei Paesi con basse risorse e alta diffusione di Ist, questo approccio è troppo costoso o non disponibile. A partire dal 1990 l’Oms raccomanda, per i pazienti con segni e sintomi suggestivi di Ist, l’*approccio sindromico* che prende in considerazione l’associazione di più sintomi e segni utili per la diagnosi e che, oltre a essere scientificamente valido, offre l’opportunità di un intervento immediato ed efficace. Si basa su algoritmi e *flowchart* di orientamento alla diagnosi e al trattamento ed è più accurato della diagnosi clinica e meno costoso di quella di laboratorio. Ha comunque dei limiti: per quanto riguarda per esempio il sintomo più frequente di Ist nella donna, la presenza di secrezioni vaginali, ha bassa specificità in caso di infezioni da gonorrea o da clamidia e si associa al rischio di sovratrattamento delle altre forme di infezioni vaginali. Dovrebbe inoltre essere corretto in base alla prevalenza delle principali Ist nelle diverse aree geografiche.

Un notevole progresso nella diagnostica di laboratorio sarebbe offerto dalla disponibilità di test diagnostici rapidi e poco costosi proponibili come test di screening. La diagnosi di una Ist è più problematica durante l’[adolescenza](http://www.epicentro.iss.it/temi/ist/adolescenti.asp)perché la malattia può essere asintomatica. Inoltre, lo stigma sociale e la difficoltà di accesso a servizi sanitari possono incidere negativamente sull’attitudine al controllo da parte degli adolescenti.

**Prevenzione e trattamento**

Il controllo e la prevenzione di queste infezioni rappresentano [obiettivi prioritari](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563475_eng.pdf) (pdf 125 kb) di sanità pubblica, per vari motivi (3):

* l'elevato numero di persone che ogni anno acquisisce una Ist;
* la proporzione rilevante di soggetti asintomatici ma infetti ed infettanti;
* la maggiore diffusione in soggetti con comportamenti sessuali a rischio, come giovani adulti, pluripartner, maschi che fanno sesso con altri maschi (Msm) e chi ha rapporti sessuali in cambio di denaro;
* la maggiore suscettibilità biologica di alcuni soggetti, come le donne, che hanno un apparato genitale più complesso ed esteso nel quale i patogeni hanno una probabilità maggiore di stabilirsi e sono più spesso asintomatiche; gli adolescenti, che hanno tessuti genitali ancora immaturi e più recettivi ai patogeni; o gli individui portatori di stati di grave immunodeficienza;
* le gravi sequele e complicanze in caso di mancata o errata diagnosi e terapia, quali la cronicizzazione della malattia, la sterilità, la trasformazione oncogena, la sinergia con l'infezione da Hiv;
* la possibilità di prevenire e curare efficacemente buona parte di queste.

L’Oms sottolinea che la strategia adottata si deve basare soprattutto sulla **prevenzione**, con la promozione di campagne informative sulle Ist e sui fattori di rischio e di attività di educazione alla salute sessuale (es. usare correttamente il condom, limitare il numero di partner).

L’informazione e l’educazione si devono accompagnare comunque anche a misure di identificazione sia delle persone infette che non mostrano sintomi (per esempio con lo screening di alcune categorie, come le donne in gravidanza), sia dei loro partner sessuali.

Un problema cruciale è la gestione del partner sessuale del paziente con diagnosi accertata, allo scopo di mettere in atto interventi di screening e di trattamento delle Ist volti anche a limitarne la diffusione.

Oltre al **trattamento** dei sintomi, va messa in atto la prevenzione delle ricadute e la prevenzione della trasmissione delle Ist. Il trattamento delle Ist è un fattore cruciale per il controllo dell’infezione da Hiv. La cura tempestiva è molto importante, perché riduce l’infettività del paziente e limita i contagi (*breaks the chain of transmission*, secondo i dettami dell’Oms).

Secondo l’Oms, l’approccio complessivo per le Ist dovrebbe prevedere:

* un facile accesso ai servizi di diagnosi e cura
* un’accurata informazione sulle presentazioni cliniche delle IST e sulle possibili complicanze ed un’educazione alla salute sessuale (es. messaggi chiari sul corretto uso del condom)
* l’identificazione delle Ist attraverso l’approccio sindromico,
* un trattamento appropriato
* il trattamento anche del partner (partner notification)
* l’aumento e la facilitazione dell’offerta dei test di diagnosi per identificare anche i casi asintomatici
* la promozione del test Hiv
* la messa a punto dei servizi per migliorare la consapevolezza e la capacità dei giovani di prevenire le Ist
* specifiche misure di prevenzione e controllo delle Ist per i soggetti con comportamenti sessuali a rischio (es. giovani, omosessuali, tossicodipendenti, soggetti che fanno sesso in cambio di denaro)
* l’utilizzo di vaccini disponibili
* l’implementazione della sorveglianza dei comportamenti
* il coinvolgimento di tutte le parti in causa, sia del settore pubblico che del settore privato, per la prevenzione e il trattamento delle Ist.

*In queste pagine di EpiCentro vengono presentate le informazioni relative alle Ist, escludendo l’infezione da Hiv, per la quale è disponibile un’ampia sezione dedicata.*

* [me](http://unoconunapersempre.org/)
* [Fidanzati](http://unoconunapersempre.org/gli-incontri-in-preparazione-al-matrimonio/)
* [Coppia e famiglia](http://unoconunapersempre.org/coppia-e-famiglia/)
* [Risorse sulla fede](http://unoconunapersempre.org/risorse/)
* [Testimoni](http://unoconunapersempre.org/testimoni/)
* [About](http://unoconunapersempre.org/about/)

# I metodi naturali di regolazione della fertilità

### Cosa sono?

Sono metodi che, basandosi sulla conoscenza dei processi biologici e fisiologici del ciclo femminile, consentono di individuare i ritmi di fertilità della donna attraverso l’osservazione di alcuni[segni e sintomi](http://www.metodinaturali.it/sintomi.html) (o markers) indicatori del periodo fertile.

Questi segni di fertilità riflettono la normale sequenza dei cambiamenti ormonali che caratterizzano il ciclo mestruale. I Metodi Naturali sono quindi metodi di pianificazione familiare basati sulla conoscenza della fertilità. Tale conoscenza consente alla coppia di sapere quando astenersi dai rapporti sessuali, qualora responsabilmente desidera evitare una gravidanza, o di scegliere di avere rapporti sessuali nei giorni fertili se desidera, invece, ricercare una gravidanza.

I Metodi Naturali si basano sullo conoscenza dei processi della [riproduzione](http://www.metodinaturali.it/basi.html) umana e dei[segni](http://www.metodinaturali.it/sintomi.html) della fertilità della donna.

### Possono essere adatti a tutti?

Ogni donna può imparare i Metodi Naturali, poiché sono metodi semplici e che non hanno controindicazioni. Possono essere usati da donne con cicli brevi, lunghi o irregolari o in situazioni particolari, come durante l’allattamento al seno, o durante il periodo che precede la menopausa.

Un uomo può impararli attraverso la propria donna, assumendosi con lei la responsabilità della vita di coppia. In quanto metodi di pianificazione familiare, essi richiedono infatti all’uomo e alla donna cooperazione e condivisione di responsabilità per la famiglia. Presuppongono perciò un rapporto di coppia stabile.

Il grande beneficio dei Metodi Naturali, dal punto di vista medico, è quello di non interferire con le funzioni naturali del corpo, e di non provocare danni alla salute, come invece i normali mezzi contraccettivi possono fare.

### Come funziona l’apparato genitale femminile

L’apparato genitale femminile è costituito da un corpo muscolare, detto utero, del volume e della forma di una piccola pera, in cui si annida l’ovulo fecondato, e dove si sviluppa il feto fino al momento del parto.

L’utero si apre in basso, attraverso il canale cervicale, nella vagina che è un organo a forma di tubo aperto verso l’esterno, adatto ad accogliere il pene durante il rapporto sessuale e a trattenere il liquido seminale in esso deposto. Attraverso altri due piccoli canali, detti tube, l’utero è in comunicazione con le due ghiandole riproduttive femminili, le ovaie. Tali ghiandole contengono al loro interno centinaia di piccolissime cellule, gliovuli. Mentre nell’uomo i testicoli hanno un’attività continua, nella donna l’ovaio ha un’attività ciclica. Il periodo durante il quale avvengono nella donna i fenomeni legati al processo riproduttivo si chiama perciò ciclo ovarico.

Questo periodo ha una durata variabile da donna a donna, e nella stessa donna da ciclo a ciclo. Il fenomeno più appariscente del ciclo ovarico è la mestruazione, cioè la perdita di sangue dalla vagina, dalla durata di 4 o 5 giorni, che segna l’inizio di ogni ciclo.

Diversi sono i processi fisiologici che si svolgono durante l’intero ciclo ovarico, ma il fenomeno più importante è l’ovulazione, cioè la liberazione da parte dell’ovaio, circa ogni mese, di un ovulo che ha raggiunto la sua piena maturazione. In rapporto all’ovulazione, pertanto, il ciclo ovarico può essere diviso in due parti. Il periodo prima dell’ovulazione, di durata variabile, che va dall’inizio della mestruazione al momento dell’ovulazione, è dettofase pre-ovulatoria; quello dopo l’ovulazione, dalla durata costante, che va dal momento dell’ovulazione fino alla mestruazione successiva., è detto fase post-ovulatoria.

### I principali fenomeni del ciclo ovarico

All’inizio del ciclo l’ovaio produce una speciale sostanza ormonale, detta estrogeno. La quantità di estrogeno aumenta gradualmente. Ogni mese, una sola delle centinaia di piccole cellule contenute nell’ovaio si trasforma in ovulo maturo.

A maturità raggiunta, l’ovulo affiora alla superficie dell’ovaio; all’aumentare della produzione di estrogeno, segue la produzione di un ormone specifico (LH = ormone luteinizzante) che induce l’ovulazione, cioè il distacco e la caduta dell’ovulo nella tuba, dove può essere fecondato.

L’ovulo ha un periodo di vitalità brevissimo, 24 ore al massimo, dopo di che, se nel frattempo non è stato fecondato, degenera e muore. La fecondità della donna in ogni ciclo cessa sempre, quindi, un giorno dopo l’ ovulazione.

La seconda fase del ciclo, ossia il periodo che segue l’ovulazione, ha la funzione di preparare l’utero ad accogliere l’ovulo fecondato per consentirgli di cominciare a svilupparsi.

A questo scopo, subito dopo l’ovulazione, l’ovaio comincia a produrre un altro ormone, ilprogesterone, il quale facilita lo sviluppo rapido della mucosa uterina, che si fa ricca di sangue e sostanze nutritive: l’ovulo fecondato giungendo nell’utero trova così le condizioni ottimali per annidarsi e incominciare a svilupparsi per dare inizio alla gravidanza. La produzione di progesterone quindi continua per gli altri nove mesi.

Qualora l’ovulo non sia stato fecondato, esso giunge ugualmente nell’utero, ma entro una giornata degenera e muore. In tal caso dopo circa 14 giorni la produzione dl progesterone si interrompe e conseguentemente la mucosa uterina si sfalda e viene eliminata con la mestruazione.

Durante ogni ciclo ci sono quindi solo pochi giorni fertili: sono i giorni più vicini all’ovulazione, che avviene di solito circa 14/15 giorni prima della mestruazione successiva. Tutti gli altri giorni del ciclo sono dunque sterili.

### Il Metodo Sintotermico

Questo Metodo si basa sulla combinazione dei vari segni di fertilità: il muco cervicale, la temperatura basale e le modificazioni della cervice uterina.

Richiede l’osservazione di tutti questi indicatori e la loro fedele e corretta registrazione su un’apposita scheda. Attraverso tale scheda giorno per giorno è possibile individuare l’andamento del muco, della temperatura e della cervice uterina. Essendo diversi i segni che il metodo prende in esame, l’uno aiuta l’interpretazione dell’altro, così che la donna può avere a disposizione almeno due segni per identificare l’inizio della fertilità ed almeno due per individuarne la fine.

Il periodo fertile secondo il metodo inizia il giorno della prima comparsa di muco sui genitali esterni. Durante tale giorno sono solitamente ravvisabili anche le prime modificazioni della cervice uterina che diventa più soffice, più alta e dall’orifizio un po’ più aperto rispetto al giorno precedente di sterilità. Nei giorni successivi sia il muco cervicale sia la cervice uterina subiscono modificazioni graduali fino a raggiungere un quadro di piena fertilità: il muco si presenta particolarmente fluido, trasparente e filante, e la cervice uterina diviene particolarmente soffice, molto alta in vagina e del tutto aperta. Il giorno in cui sia il muco che la cervice presentano queste caratteristiche di massima fertilità, è considerato il giorno del picco dei sintomi, ossia il giorno di massima fertilità, quello più prossimo all’ovulazione.

La temperatura basale (cioè misurata internamente ed a riposo, prima di alzarsi al mattino), misurata dalla donna ogni giorno, presenta fino al giorno del picco un andamento basso. È subito dopo il giorno del picco che solitamente si innalza di almeno un decimo di grado, e rimane alta fino al giorno in cui compare la mestruazione successiva. Dopo tre giorni di temperatura alta, successivi al giorno del picco degli altri sintomi, si considera terminato il periodo fertile.

Individuato l’inizio e la fine del periodo fertile attraverso l’interpretazione combinata dei segni e sintomi di fertilità, la coppia che desidera una gravidanza sa che deve privilegiare i giorni di massima fertilità per facilitare il concepimento. La coppia invece che desidera evitare o rinviare una gravidanza sa che in tale periodo deve astenersi dai rapporti sessuali.

### Il Metodo Billings

Questo Metodo si basa esclusivamente sulla rilevazione quotidiana di uno dei sintomi fondamentali della fertilità femminile: il[muco cervicale](http://www.metodinaturali.it/sintomi.html) prodotto dal collo dell’utero.

La donna può riconoscere con facilità la presenza e i cambiamenti del muco cervicale non solo mediante una semplice rilevazione visiva, ma anche e soprattutto attraverso delle caratteristiche sensazioni prodotte dal muco stesso a livello della vulva (genitali esterni).

Nella prima parte del ciclo la sterilità è determinata dal Quadro Non Fertile di Base (Q.N.F.B.), ossia situazione di non fertilità, riconosciuta attraverso una manifestazione di caratteristiche, relative alla sensazione e al muco, specifiche e peculiari per ogni singola donna. È la donna stessa che impara a riconoscere tale quadro, con l’aiuto di una insegnante del Metodo diplomata.

Dalla prima variazione del Q.N.F.B. inizia la fase fertile, che si protrae fino al terzo giorno completo dopo il picco del sintomo del muco (per “picco” si intende l’ultimo giorno in cui il sintomo del muco si manifesta anche con una sola caratteristica di alta fertilità: sensazione di bagnato/lubrificato, trasparenza, filanza, preceduto da una crescita e da sviluppo regolare del sintomo stesso).

Dal quarto giorno dopo il picco, inizia la sterilità post-ovulatoria, che si protrae fino alla mestruazione successiva.

Riconoscere l’andamento del sintomo del muco è molto semplice: basta osservare e registrare quotidianamente le osservazioni fatte nel corso della giornata su un’apposita scheda.

Il Metodo Billings quindi, consentendo l’identificazione positiva della infertilità pre-ovulatoria, si rivela di particolare utilità in tutte le situazioni in cui l’ovulazione si verifica con molto ritardo o manca del tutto. Inoltre, evidenziando il giorno di massima fertilità del ciclo, può essere di grande aiuto anche per le coppie che ricercano la gravidanza.

### Cinque buoni motivi per scegliere i metodi naturali

1. rispettano l’autentico significato della sessualità, evidenziandone le caratteristiche di dono vicendevole, contrapponendosi ad uno sfruttamento edonistico e consumistico della persona umana.
2. forniscono alla coppia, giorno per giorno, indicazioni sulla fertilità o non fertilità, lasciando alla coppia la libertà e la responsabilità di usare queste conoscenze per avere o non avere un rapporto, e quindi una eventuale gravidanza, in quel determinato periodo della loro vita.
3. favoriscono il dialogo nella coppia, rendendo più armoniosa la relazione coniugale e aumentando l’attenzione ed il rispetto reciproco.
4. sono di facile apprendimento e applicazione, se insegnati da personale qualificato; sono inoltre altamente affidabili anche nelle situazioni in cui una gravidanza è sconsigliata per motivi di salute, o si desiderino distanziare le gravidanze.
5. sono innocui, non alterano la fisiologia della donna, dell’uomo e del rapporto sessuale; inoltre non hanno controindicazioni di carattere medico.