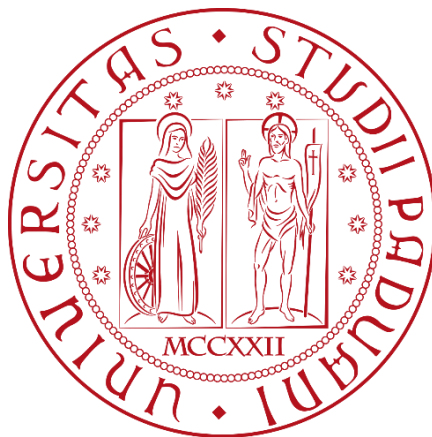


**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia  
applicata**



**Corso di laurea in  
SCIENZE SOCIOLOGICHE**

***La contraccezione come innovazione:  
un'analisi del discorso pubblico  
attraverso i quotidiani.***

Relatore:

Prof. Federico Neresini

Laureando:

Emma Antonini

Matricola 1224499

A.A. 2021/2022

# *Indice*

|                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Introduzione:</b> .....                                                                               | 3  |
| <b>Capitolo primo:</b> Femminilizzazione contraccettiva.....                                             | 7  |
| 1.1 Come nasce e cambia la contraccezione .....                                                          | 7  |
| 1.2 Contraccezione come responsabilità genderizzata .....                                                | 10 |
| 1.3 Studi sulla pillola maschile.....                                                                    | 12 |
| 1.3 Rinegoziazione di gender script e gender identities non egemoniche.....                              | 16 |
| <b>Capitolo secondo:</b> Dal controllo delle nascite alla contraccezione: il ruolo degli artefatti ..... | 19 |
| 2.1 Lo studio degli artefatti come specchio del panorama sociale .....                                   | 19 |
| 2.2 Gli artefatti della contraccezione femminile .....                                                   | 20 |
| 2.2.1 I contraccettivi di barriera .....                                                                 | 20 |
| 2.2.2 I contraccettivi ormonali .....                                                                    | 27 |
| 2.2.3 Spirali e dispositivi intrauterini .....                                                           | 31 |
| 2.2.4 Contraccezione naturale .....                                                                      | 38 |
| 2.3 Contraccezione di emergenza.....                                                                     | 42 |
| 2.4 Gli artefatti della contraccezione maschile.....                                                     | 44 |
| 2.4.1 I preservativi.....                                                                                | 44 |
| <b>Capitolo terzo:</b> Come si è sviluppato il discorso sulla contraccezione nella sfera pubblica .....  | 51 |
| 3.1 Introduzione alla ricerca .....                                                                      | 51 |
| 3.2 Raccolta e analisi dei dati .....                                                                    | 52 |
| 3.2.1 Costruzione del corpus dati sulla contraccezione.....                                              | 52 |
| 3.2.2 Prima analisi del corpus: Word list e Concordance .....                                            | 54 |
| 3.2.2 Focus sulla pillola contraccettiva .....                                                           | 59 |
| 3.3 Gli attori rilevanti nel discorso pubblico sulla contraccezione: analisi degli N-Grammi .....        | 66 |
| <b>Conclusioni</b> .....                                                                                 | 73 |
| <b>Bibliografia</b> .....                                                                                | 75 |



## *Introduzione*

In questa ricerca si è deciso di indagare il tema della contraccezione, con l'obiettivo di comprendere come tale innovazione si fosse plasmata nel tempo. Nello specifico, infatti, ci si è chiesti come tale innovazione – volta al controllo della riproduzione umana – fosse concepita e progettata per un pubblico quasi esclusivamente femminile. L'aspettativa che siano le donne ad occuparsi del controllo della fertilità all'interno di una relazione di tipo sessuale è emersa più volte sia dalla rassegna della letteratura che dall'analisi degli artefatti che hanno consentito, nel tempo, di controllare la propria fertilità e così le nascite. Partendo dalla rassegna della letteratura quindi si è delineato il quadro teorico che ha costituito la base per la successiva analisi volta a comprendere il discorso pubblico sulla contraccezione. Indagare come il dibattito pubblico sulla contraccezione si sia evoluto nel tempo ha consentito di rispondere alla domanda di ricerca, in quanto ha lasciato emergere come alcuni *frame* che riguardano la contraccezione e che hanno vincolato la responsabilità contraccettiva alle donne così come i vari gruppi sociali che hanno contribuito a tale dibattito. Associazioni religiose, così come figure autorevoli del mondo della Chiesa cattolica, medici e figure istituzionali, Istituto Superiore di Sanità, figure politiche così come associazioni che si battono per i diritti delle donne, sono tra gli attori che hanno giocato un ruolo fondamentale nella traiettoria dell'innovazione della contraccezione in Italia definendone programmi d'azione, limiti e possibilità applicative, rendendo le tecnologie contraccettive talvolta uno strumento di liberazione femminile ed altre, invece, una questione esclusivamente bioetica.

Nel primo capitolo si è svolta una analisi della letteratura riguardante il tema della contraccezione, partendo dalla definizione di ciò che, nel corso della storia, è stato definito come contraccezione e ciò che, invece, è rientrato sotto la categoria delle pratiche di controllo delle nascite. Emerge con importanza in questa prima fase il tema della responsabilità contraccettiva legato strettamente al genere e alla produzione di modelli egemoni di comportamento ad essi legati.

Il secondo capitolo è stato invece incentrato sull'osservazione degli artefatti che hanno riguardato la pratica contraccettiva, gli antecedenti culturali e le innovazioni che hanno interessato le tecnologie contraccettive. A partire dagli archivi storici di due importanti musei sulla contraccezione, ossia il MUVS "Museum of Contraception and Abortion"

situato a Vienna e il Dittrick Medical History Center situato a Cleveland in Ohio, si è provato ad analizzare il modo in cui questi artefatti e queste tecnologie contraccettive sono mutate in un rapporto co-evolutivo insieme alla società. A partire dagli artefatti è stato possibile, infatti, delineare e definire il modo in cui essi sono mutati nel tempo insieme alla morale e alla tecnica di produzione dei dispositivi stessi.

Il terzo capitolo, infine, ha provato ad analizzare la contraccezione nel discorso pubblico in Italia. Attraverso l'analisi dell'andamento dapprima della contraccezione in generale e successivamente attraverso degli approfondimenti specifici, si sono delineati i *frames* e le narrative che hanno accompagnato la costruzione sociale della contraccezione, sia come tecnologia/e che come pratiche. L'analisi è stata svolta con una metodologia quanti-qualitativa, l'analisi del contenuto, resa possibile grazie al progetto TIPS, che dal 2010 ad oggi raccoglie articoli di quotidiani scaricabili sotto forma di testo con lo scopo di renderli disponibili in ambito di ricerca STS, e all'utilizzo del software AntConc che si è rivelato uno strumento fondamentale per riuscire a delineare i temi, le *issues* e i *frames* presenti nel discorso pubblico sulla contraccezione. Si sono anche definiti e descritti i gruppi sociali pertinenti che concorrono alla costruzione di questi *frame*, prendendo parte alla discussione pubblica sulla contraccezione, attraverso l'analisi degli N-Grammi e delle Concordance. I temi emersi che si legano alla discussione pubblica sulla contraccezione sono molti ma il più caratterizzante nel corpus è stato sicuramente l'aborto. Nella costruzione dei *frames* interpretativi, infatti, l'interruzione volontaria di gravidanza è stata una *issue* rilevante in termini di definizione di ciò che può essere considerato morale o immorale in ambito nell'ambito delle pratiche contraccettive, specie quelle riguardanti la pillola del giorno dopo. Sono emersi gli attori principali del discorso contraccettivo che comprendono sia enti ufficiali come l'OMS o l'AIFA che gruppi di attivismo esterni alle istituzioni come il gruppo femminista "Non una di meno" e il gruppo "Pro vita e famiglia".

Il discorso pubblico sulla contraccezione si è rivelato essere ricco di contraddizioni e parlare di contraccezione e dei temi ad essa legati è risultato ancora fortemente tabuizzato e influenzato da un approccio fortemente moralizzatore.

Una premessa doverosa è che in questa tesi il centro del discorso si basa sulla capacità riproduttiva dei corpi maschili e femminili insieme alle identità di genere ad essi legati, per questo alcune soggettività saranno messe in secondo piano, in modo particolare le

persone non binarie, non verrà, infatti, specificata la complessità che riguarda le identità di genere e le modalità in cui esse si esprimono al di fuori dalle tradizionali e binarie dinamiche di genere riguardanti la riproduzione e i ruoli ad essa connessi. Ancora di più non potranno essere considerati i corpi di persone transessuali e transgender, sia che quest'ultimi abbiano completato la transizione, perdendo quindi la capacità riproduttiva data dal corpo biologico alla nascita, sia che la loro transizione non sia completata e quindi rimanga il potenziale riproduttivo. Il particolare caso di una gravidanza, o una interruzione della stessa, in una persona trans FtM e la potenzialmente forte disforia di genere causata da questa, non potrà essere oggetto di attenzione specifica nel corso di questo testo. Sempre perché si sta parlando di capacità riproduttiva anche le persone che per i più disparati motivi non possono procreare non saranno al momento non verranno considerate.

Inoltre, si sta facendo riferimento ad un contesto culturale occidentale, in particolare quello italiano, ciò influenza molto, come vedremo, il modo in cui la percezione prende forma e si concretizza nelle pratiche e nelle tecnologie contraccettive utilizzate, allo stesso modo risulta importante anche il momento storico a cui facciamo riferimento.



# ***1. Femminilizzazione contraccettiva.***

## ***1.1 Come nasce e cambia la contraccezione***

I metodi contraccettivi non hanno avuto un percorso lineare nella storia delle società occidentali. Alcuni testi storici e ritrovamenti archeologici rilevano che antiche popolazioni avevano già conoscenza di diverse pratiche contraccettive (Loconsole, 2017). La contraccezione infatti non è solamente una questione medico igienica che riguarda la salute personale degli individui è anche, e soprattutto, una questione di natura sociale, politica e morale.

Per comprendere come la pratica contraccettiva è cambiata nel corso del tempo bisogna considerare che le pratiche culturali e i valori che la accompagnano e definiscono, dipendono sempre, come tutti gli aspetti dell'agire sociale, dal contesto storico e dalla società a cui facciamo riferimento (Dereuddre, et al. 2017). Per tale ragione è necessario adottare uno sguardo relativista, non etnocentrico e intersezionale, in modo da non svalutare il ruolo che il contesto ricopre nell'interpretazione delle molteplici forme contraccettive. Riguardo questo aspetto è notevole come la pratica dell'infanticidio e dell'aborto in tempi antichi non solo fosse socialmente accettata, anzi, fu per molto tempo una delle principali forme di controllo delle nascite (Riddle, 1992; Salvini, 1997).

Sono stati molti i tipi di contraccettivi che nel corso della storia si sono susseguiti. Per metodi contraccettivi, si intendono metodi e pratiche con il deliberato fine di prevenire il concepimento e mettere un freno alla riproduzione (Loconsole, 2017). Sia in Oriente che in Occidente i metodi utilizzati per prevenire la gravidanza si basavano sulla superstizione e sullo svolgimento di rituali magici i quali includevano elementi di medicina erboristica (Riddle, 1992). È spesso complicato in questi casi distinguere tra pratiche abortive o contraccettive, in quanto le fonti sono poche e di difficile interpretazione.

Nel corso della storia diverse civiltà sono ricorse quindi a metodi contraccettivi, le civiltà dell'Asia come l'India e la Cina e del Medio Oriente e ancora più anticamente Egizi, Greci e Romani conoscevano e utilizzavano pratiche contraccettive (Loconsole, 2017). Anche nel mondo Arabo e Islamico sono presenti esempi di pratiche a testimonianza

dell'uso di primi rudimentali contraccettivi, come spermicidi, e dell'uso diffuso della pratica del coito interrotto (Ibidem).

Successivamente, dal Medioevo in poi, ossia quando la Chiesa cattolica assunse un ruolo centrale come guida morale e valoriale per la popolazione (Loconsole, 2017), le pratiche contraccettive vennero fortemente condannate. Nel mondo occidentale cattolico è disapprovato ogni tipo di controllo delle nascite, specialmente attraverso mezzi preventivi (Salvini, 1997), la pratica sessuale deve infatti, secondo la morale cattolica, limitarsi al solo scopo riproduttivo. La contraccezione e la sessualità in generale vennero definite dalla Chiesa come un tabù, parlarne divenne quindi inaccettabile.

Durante l'Illuminismo la questione del controllo delle nascite fu nuovamente inclusa nel discorso pubblico, in questa fase specifica della storia infatti il cambiamento sociale nella scienza e nella morale produsse nuovi punti di vista anche riguardo le pratiche contraccettive (Loconsole, 2017). Il testo più emblematico che alla fine del Settecento discusse di una deliberata limitazione delle nascite fu il "Saggio sul principio di popolazione" di Thomas Robert Malthus. In questo saggio sono presentati come necessari dei freni alla procreazione. L'eccessivo aumento demografico era considerato dall'economista una delle cause di un possibile squilibrio nell'economia e quindi la causa della povertà diffusa di quel periodo (Malthus, 1868). Per la prima volta in questo caso la necessità di limitare il concepimento e le nascite viene posta come centrale, e viene presentata come indispensabile una pianificazione familiare consistente. La soluzione fu quella di seguire un'ottica preventiva (Salvini, 1997) fornendo alla popolazione degli strumenti efficaci per evitare eccessive gravidanze e la diffusione di malattie sessualmente trasmissibili. Per il raggiungimento di tale obiettivo si proposero dei contraccettivi, cosiddetti, di barriera, ciò significa che impediscono meccanicamente agli spermatozoi di raggiungere l'ovulo fecondandolo, il più conosciuto è il preservativo ma nella categoria rientrano anche cappucci e spugne cervicali.

In seguito alla diminuzione della mortalità infantile, all'allungamento della vita e al miglioramento delle condizioni di vita, vi fu un rapido aumento della popolazione, che rese inevitabile considerare necessario il controllo delle nascite (Loconsole, 2017).

Le linee teoriche che all'inizio del Novecento furono al centro di una aperta discussione sulla demografia in Italia, furono principalmente due. La teoria di Malthus venne infatti poi successivamente ripresa in parte da Darwin e nelle teorie evoluzionistiche, che però

al contrario avevano logica auto-regolativa: è la selezione naturale a favorire l'essere umano più adatto e ad eliminare il superfluo o ciò che è difettoso senza che si necessiti di un'attiva pratica contraccettiva (Salvini, 1997). Per cui possiamo individuare la teoria malthusiana come uno dei due filoni di pensiero che si svilupparono in materia di contraccezione, e riconoscerne un altro nella teoria darwiniana della sopravvivenza del più adatto. Si può infatti applicare la teoria di Darwin anche approcciandosi alla contraccezione, inferendo che la natura non necessita di un intervento esterno di controllo alla demografia, ma al contrario si autoregola.

Ciò che emerge è che si sia optato per un approccio neomalthusiano, che prevede una politica contraccettiva consistente per limitare le nascite.

Con la diffusione della contraccezione, che a questo punto consiste ancora principalmente nella pratica del coito interrotto e dei primi metodi di barriera, si è passati da un modello demografico ad alta fecondità e mortalità, di tipo antico, ad un modello moderno contraddistinto da fecondità contenuta e alto livello di sopravvivenza (Salvini, 1997). È necessario specificare che non esistono solo due tipi di modelli demografici, ma una vasta gamma di quest'ultimi che variano a seconda di fattori socioeconomici e culturali. Il modello ad alta fecondità e mortalità e quello a fecondità contenuta ed alto livello di sopravvivenza sono agli antipodi di uno spettro molto più ampio e complesso (Salvini, 1997).

Da questo momento storico è partita la ricerca vera e propria di nuove forme sempre più innovative di contraccettivi, come i primi prototipi di pillole o spirali anticoncezionali basate sulla regolazione degli ormoni femminili, aumentando esponenzialmente la loro efficacia e disponibilità all'uso (Oudshoorn, 2003). Nello sviluppo di questi ci si è concentrati, come vedremo, sul controllo della capacità riproduttiva delle donne, sviluppando metodi dapprima di barriera e successivamente metodi ormonali. Nonostante questa spinta all'uso dei contraccettivi il principale metodo ancora utilizzato rimaneva il coito interrotto, o alternativamente l'astinenza, i contraccettivi in commercio, preservativi, cappucci cervicali e diaframmi, erano infatti costosi e continuava a sussistere una forte tendenza al loro rifiuto. Nonostante iniziasse a farsi strada la possibile scelta di mettere in atto un consapevole controllo delle nascite (Loconsole, 2017), si preferirono degli approcci già accettati e consolidati nell'immaginario sociale, il coito interrotto rimane quindi la forma principale attraverso cui si praticava la contraccezione. Tuttavia,

l'emergente posizionamento verso una nuova morale avvenne non solo nei giovani celibi ma anche nella realtà di coppie sposate. Questo, infatti, insieme all'aumento dell'età nuziale, rappresentò una spinta verso l'ingresso delle donne nel mondo del lavoro, modificando la struttura familiare e la demografia nel secolo scorso (Salvini 1997). Anche l'industrializzazione insieme all'alfabetizzazione di massa giocarono un ruolo importante nella modificazione della struttura familiare, per cui avere una famiglia numerosa non risultò più necessario per il sostentamento familiare, ma cominciò, invece, a rappresentare uno svantaggio.

## ***1.2 Contraccezione come responsabilità genderizzata***

Per molto tempo si è utilizzato il corpo maschile come modello su cui basare le ricerche riguardanti la salute. Così come in quasi tutti gli altri ambiti di studio oltre la medicina, il maschile, infatti, viene percepito come neutro (Baggio, 2015). Questo ha contribuito affinché le donne passassero in secondo piano, che venissero percepite come "altro", il diverso rispetto al modello egemone. Solo nella medicina riproduttiva l'attenzione e la ricerca si sono concentrate sul corpo femminile e sulle donne, trascurando invece il corpo maschile e il ruolo che anche gli uomini rivestono nel processo di procreazione (Giorgino, 2009). Per questo si parla di doppia morale, il corpo femminile è stato definito in base alla sua funzione riproduttiva, l'uomo viene invece percepito come essere sessuale che però non riveste un ruolo attivo altro al di là dell'atto fine a sé stesso. Le donne infatti sono madri, a loro viene affidato ruolo di cura, se ci si basa sulla struttura della cultura patriarcale, questo conseguentemente ha prodotto dei modelli di ruoli e comportamenti legati al genere che nel tempo si sono consolidati al punto di essere percepiti come naturali.

La questione della doppia morale si lega strettamente, ed è quindi facilmente riconducibile, alla divisione dei ruoli sociali e della morale sessuale, che continua a ripresentarsi in alcuni contesti anche nella realtà quotidiana contemporanea, soprattutto nel caso di paesi in via di sviluppo (Salvini, 1997) e realtà in cui i comportamenti si basano su ruoli e valori tradizionali (Dereuddre et.al., 2017). Le donne, in questi contesti, restano relegate nella sfera privata, nascoste, e in qualche modo private della possibilità di conoscere il proprio corpo riproduttivo e la propria sessualità, mentre gli uomini, inseriti nella vita pubblica e politica, sono molto più liberi di esplorare la sessualità anche

non finalizzata alla procreazione, sempre rispettando le norme e i limiti sociali posti allo stesso modo sulla sessualità maschile, anche se in modo estremamente diverso.

Come abbiamo visto precedentemente, storicamente il ruolo dei due sessi nella riproduzione e pianificazione familiare si modificano (Salvini, 1997), le donne hanno usualmente svolto il compito sociale di riprodurre la specie, generando figli e socializzandoli al proprio modello culturale, secondo un tradizionale modello di cura. Con l'ingresso delle donne nel mondo del lavoro, prima come sostegno all'economia familiare (Loconsole, 2017), in momenti storici di povertà diffusa, e successivamente in modo stabile, le aspettative e i modelli si sono modificati. Le donne assumono un ruolo che un tempo era solo maschile: provvedere economicamente alla propria famiglia. Nonostante questo non è avvenuta una successiva rinegoziazione e redistribuzione del lavoro domestico e di cura che rimangono infatti prerogative femminili. Nel secolo scorso con l'introduzione dei contraccettivi ormonali la ricerca si è basata su dei modelli culturali che riproducono esattamente la logica sopra esposta: è la donna e il corpo della donna infatti ad essere rivestiti del compito di regolare la procreazione (Oudshoorn, 2003).

Il punto centrale per riuscire a comprendere come la contraccezione è organizzata è quindi individuare i ruoli, come essi vengono costruiti e come vengono distribuiti o anzi non redistribuiti all'interno di una società profondamente mutata.

Con la nascita della ginecologia come scienza medica e la ricerca sulla contraccezione e riproduzione ci si concentrata interamente sul corpo femminile (Baggio, 2015), non viene però subito esclusa la possibilità di regolare anche il corpo maschile, si fa strada la possibilità di sviluppare la cosiddetta pillola maschile. Creare un contraccettivo reversibile efficace anche per gli uomini non è invero un'idea recente, è dagli anni 70 del secolo scorso che ciclicamente si tenta nuovamente di discutere sulla possibilità di sviluppare questo tipo di tecnologia (Oudshoorn, 2003). Ciò non si è però concretizzato in un dispositivo per diversi motivi che in seguito esploreremo più approfonditamente, tra cui la difficoltà nel modificare dei modelli di maschilità che abbiamo brevemente citato precedentemente, i complicati trial medici e le difficoltà di modificare gli scenari sociotecnici da parte dei gruppi sociali pertinenti come case farmaceutiche, ricercatori e medici, sembrano infatti continuare ad impedire lo sviluppo e commercializzazione di opzioni contraccettive indirizzate in modo diretto agli uomini (Oudshoorn, Pinch, 2003).

Sono diversi i soggetti che giocano un ruolo importante nella costruzione delle narrative sulla contraccezione, tra questi i professionisti della medicina, i ginecologi e i medici di base che nel proporre alle coppie contraccettivi a lungo termine tendono a non valutare o valutare negativamente i metodi maschili e ad enfatizzare positivamente l'efficacia, sminuendo gli eventuali effetti negativi e i rischi legati a quelli femminili (Kimport, 2018).

La medicina di genere propone una innovazione che tiene conto delle differenze fisiche tra il corpo maschile e femminile. Questo significa considerare i due corpi come diversi, perché lo sono, senza però percepire come universale l'esperienza maschile (Viola, 2022). Perché questa prospettiva produca un cambiamento è necessario che sia svolta un'azione in due direzioni, modificando la percezione del corpo maschile rendendo anch'esso dotato di *agency* riproduttiva e rendendo quello femminile percepibile nella sua complessità senza ridurlo alla capacità procreativa (Oudshoorn, 2003). Perché questo possa avvenire è necessario un lavoro di decostruzione di modelli culturali molto saldi nella società.

### ***1.3 Studi sulla pillola maschile***

La maggioranza degli sforzi scientifici che sono stati svolti sulla contraccezione sono stati rivolti alla contraccezione femminile. Finora, infatti, le poche ricerche su una tipologia di contraccettivo che ha effetto sul corpo maschile sono rimaste in stallo (Oudshoorn, 1999, 2003). Ad oggi, i contraccettivi maschili sono il preservativo e la vasectomia ma l'obiettivo è quello di ampliare il range di possibilità offerte anche agli uomini che vogliono assumere un ruolo attivo nella propria vita contraccettiva o in quella della coppia. I contraccettivi offerti alle donne sono al contrario molteplici, i più conosciuti sono la pillola contraccettiva, i cerotti anticoncezionali, l'anello contraccettivo, l'impianto ormonale sottocutaneo, i diversi modelli di IUD, mentre come metodi irreversibili esistono anche l'intervento di laparoscopia o isteroscopia che significa in entrambi i casi la chiusura delle tube, o l'isterectomia, l'asportazione totale dell'utero. Tutti i tipi di contraccezione offerti alle donne sono presentati come soluzioni a lungo termine, efficaci e di facile reperimento, mentre quelli offerti agli uomini sono presentati come inefficaci e rischiosi, persino da molti medici e specialisti (Kimport, 2018).

La costruzione di questa narrativa, per cui solo i metodi anticoncezionali femminili sono sicuri (Brauner-Otto, Yarger, Abma, 2012) ha svolto un disservizio sia alle donne che agli

uomini, escludendo quest'ultimi dal mercato della contraccezione ed esponendo le donne ai rischi legati ai metodi contraccettivi che, sebbene nelle prime fasi di sviluppo vennero messi in commercio e pubblicizzati come privi di qualsiasi pericolo per la salute, di fatto non lo sono (Takeshita, 2010). Sono numerosi i casi di contraccettivi che hanno rappresentato un pericolo per la salute dell'utilizzatore, come quello dell'IUD, il modello di spirale contraccettiva "Dalkon Shield", che ha rappresentato uno scandalo in quanto ha causato importanti problemi di salute, da pericolose infezioni a sterilità, a molte donne americane negli anni Settanta (Takeshita, 2010). Nonostante questo episodio, la casa farmaceutica produttrice di questo contraccettivo è riuscita a recuperare la reputazione propria e della tecnologia stessa semplicemente attraverso un rebranding di quest'ultima: la spirale sia in rame che a base ormonale è infatti ancora oggi una dei più utilizzati metodi anticoncezionali a lungo termine (Takeshita, 2010).

Come dimostra questo caso, la possibilità di introdurre in maniera efficace un contraccettivo, nonostante questo sia accompagnato da uno stigma o resistenza sociale, esiste ed esisterebbe anche con dei nuovi metodi maschili (Oudshoorn, 1999). Un metodo maschile reversibile e sicuro non è ancora stato messo in commercio, la forte responsabilizzazione femminile in ambito contraccettivo restringe infatti l'interesse di case farmaceutiche nello sviluppare questo tipo di medicinale e degli uomini stessi nel ricercarlo.

Inoltre i contraccettivi sono dispositivi medici specifici, a differenza di altre tipologie di farmaco si rivolgono infatti a soggetti sani (Oudshoorn, 2003), l'esigenza è quindi diversa e per questo la sperimentazione più complessa e sfaccettata. È inoltre necessario aggiungere che nonostante i contraccettivi non siano dispositivi specifici di genere essi vengano percepiti come tali e allo stesso tempo le donne vengano individuate come soggetti esperti di questa tecnologia (Fennell, 2011). Nonostante nessuno dei due sessi considerati abbia competenze mediche, nella maggioranza dei casi, la difficoltà nel traslare dal femminile al maschile è reale.

Gli studi svolti e reperibili al momento in ambito contraccettivo riguardano principalmente le consuetudini, ad esempio sul modo in cui le coppie stabili decidono di esercitare la contraccezione (Fennel 2011; Brauner-Otto, et al. 2012). Gli studi che riguardano invece il coinvolgimento degli uomini nelle pratiche anticoncezionali sono al

contrario molto pochi e svolti sul breve periodo, quindi non scientificamente rilevanti (Kent et. Al., 2020).

Il percorso dello sviluppo di una nuova tecnologia tende a riprodurre i modelli e network sociotecnici già esistenti per quel tipo di tecnologia, per questo la tendenza è stata quella di continuare testare e sviluppare contraccettivi reversibili per le donne e non per gli uomini (Oudshoorn, 2003).

Un ulteriore ostacolo nello sviluppo di nuovi contraccettivi maschili è dato anche dall'aumento dei controlli e delle procedure richieste nello sviluppo di quest'ultimi (Oudshoorn, 2003), conseguenza della mancata attenzione ai rischi per la salute che nel tempo lo ha caratterizzato causando problematiche gravi, fino ad includere la morte di molte donne. Di ciò è stato presentato precedentemente un esempio riguardante la spirale contraccettiva.

Le ricerche sono centrate sull'implementazione di tecnologie già esistenti piuttosto che sullo sviluppo di nuovi metodi contraccettivi (Oudshoorn, Pinch, 2003). L'introduzione degli uomini nella discussione riguardante la riproduzione e in specifico la sua prevenzione ha avuto bisogno di spinte, sia sociali da parte del femminismo, sia politiche, come è accaduto nel caso di India e Cina (Salvini, 1997), dove alcuni leader politici hanno fatto in modo di riaprire il discorso pubblico sull'inclusione degli uomini nella responsabilità contraccettiva. Questi due paesi rappresentano un caso particolare in quanto nonostante siano caratterizzati da una forte tradizione sono anche contraddistinti da un'elevata concentrazione demografica, per cui si è resa necessaria l'introduzione di politiche di controllo delle nascite per vie istituzionali.

Che la divisione della responsabilità contraccettiva sia così ineguale a questo punto è chiaro ed il motivo di ciò è da ricercare nello sviluppo e messa in commercio negli anni '60 del secolo scorso dei metodi contraccettivi ormonali basati sul controllo degli estrogeni che hanno consolidato in maniera egemonica il ruolo delle donne nella loro responsabilità contraccettiva (Oudshoorn, 2003). Elementi come dinamiche di potere e deresponsabilizzazione tendono a mantenere questo tipo di modello rendendolo difficile da modificare e integrare con la presenza maschile.

Ci sono attori disposti alla ricerca di contraccettivi maschili, eppure coloro a cui è rivolta la tecnologia stessa, gli *user*, gli uomini, non sono attivi nella loro domanda (Oudshoorn, Pinch, 2003). Nonostante le ricerche su dei possibili contraccettivi ormonali che agiscono

sull'uomo e la possibilità di un loro futuro sviluppo l'ostacolo principale, e ciò che ha esteso i tempi di elaborazione, è stata la difficoltà di svolgimento dei trial clinici (Oudshoorn, 1999), che comprende la difficoltà di trovare uomini disposti a prendere parte a questo tipo di ricerca sperimentale, in quanto fino a quel momento non sono stati target di quella tecnologia.

In passato si sono svolti alcuni test nel tentativo di creare un contraccettivo ormonale indirizzato agli uomini da parte della World Health Organization, che tra gli anni '80 e '90 si è impegnata nella ricerca di questo tipo di tecnologia (Oudshoorn, 2003). Ciò che viene riportato al riguardo in diverse pubblicazioni della WHO stessa sono i presupposti perché si possa poi sviluppare questa nuova tecnologia: in questo caso la modificazione dello scenario sociotecnico attuale non può partire dagli uomini stessi, ma necessita che siano delle nicchie di esperti e *users* definiti come pionieristici a dare inizio alla ricerca (Oudshoorn, Pinch, 2003; Oudshoorn, 2003). Anche il coinvolgimento delle donne, compagne degli uomini che hanno deciso di prendere parte a questi trial è considerata fondamentale nel processo di riuscita di quest'ultimi, sia in una fase iniziale di reclutamento sia successivamente durante lo svolgimento vero e proprio (Oudshoorn, Pinch; 2003). Si può argomentare che anche in questa situazione le donne vengano rivestite nuovamente di una non indifferente parte di responsabilità contraccettiva, anche se questa risulterà infine nella contraccezione sul corpo degli uomini, soggetti ai test medici.

Altri centri di ricerca, oltre la World Health Organization, in specifico lo "Human Reproduction Program", stanziato a Ginevra in Svizzera, che si sono impegnati nello sviluppo della contraccezione reversibile che agisce sul corpo maschile sono: il Medical Research Council's Centre for Reproductive Biology a Edimburgo e l'Institute of Reproductive Medicine all'Università di Munster (Oudshoorn, 2003).

La ricerca sulle tecnologie contraccettive continua a sussistere, senza dover rinunciare all'attenzione riservata alle donne e ai loro diritti alla salute riproduttiva, si può pensare di brevettare e introdurre in commercio altre tipologie di anticoncezionali che agiscono sul corpo maschile, regolando la produzione degli spermatozoi (Kent et.al., 2020). Tra le diverse metodologie in sperimentazione la più efficace sembra riguardare la regolazione di alcune proteine in modo tale che la fertilità dei soggetti sia drasticamente ridotta. Le notizie riguardanti questi studi iniziano ad essere diffuse anche nei quotidiani diretti a un

pubblico non esperto con un linguaggio comprensibile e diretto, non più riservando le ricerche esclusivamente alla comunità scientifica (Kent et.al, 2020). Questo dimostra che l'interesse riguardo la contraccezione sul corpo maschile è presente, almeno da parte di chi sperimenta metodi anticoncezionali alternativi a quelli finora offerti.

#### ***1.4 Rinegoziazione di Gender script e gender identities non egemoniche***

Il sovvertimento introdotto dall'interesse a studiare e sviluppare in specifico la contraccezione maschile può trasformare la percezione della mascolinità in legame alla responsabilità contraccettiva (Oudshoorn, 2003), non dando quindi per scontato che sia la donna a gestire e regolare la riproduzione in tutti i suoi aspetti ma individuando come corpo riproduttivo anche quello maschile. Includere nel processo di controllo delle nascite ogni individuo indipendentemente dal suo sesso biologico permette la divisione del lavoro di cura parentale e anticoncezionale in modo da essere redistribuito.

Porre gli uomini, con la loro capacità riproduttiva, come categoria centrale in questo rapporto è però un processo (Oudshoorn, Pinch, 2003), in questo ambito infatti il genere maschile non era percepito come responsabile, così la capacità del corpo femminile di concepire e creare una nuova vita è rimasta prerogativa delle donne e il motivo per cui la responsabilità contraccettiva è stata nel lungo periodo attribuita a quest'ultime (Loconsole, 2017). Come abbiamo visto la possibilità di rimanere incinta e il conseguente lavoro di cura della prole è stato storicamente assegnato loro, come quindi lo è stato la responsabilità di prevenire le gravidanze, indipendentemente se queste fossero risultato di una violenza o di una casualità fortuita. Agli uomini non è al contrario stato ampiamente attribuito lo stesso grado di responsabilità. I ruoli di genere legati alla contraccezione, alla responsabilità genitoriale e la divisione dei compiti in un contesto di relazione coniugale (Fennel, 2011), sono rimasti stabili nel tempo in molti dei loro aspetti, e questo è avvenuto anche attraverso la performatività legata ai ruoli e ai comportamenti attribuiti al genere. È infatti da ricercare nella riproduzione di ruoli e comportamenti che seguono modelli tradizionali di genere la causa della riproduzione di profonde disuguaglianze sociali. L'aspettativa per cui le donne si occupano della cura dei figli dal momento del concepimento alla loro eventuale indipendenza, stabilizza questa struttura binaria e immobile del genere, che in questo caso è dimostrata perfettamente dal caso

specifico della responsabilità riproduttiva e contraccettiva (Loconsole, 2017). La maggiore inclusione degli uomini nella responsabilità contraccettiva presuppone profondi cambiamenti nella struttura che finora abbiamo descritto, a partire da ciò che viene percepito come femminile o maschile.

Come sia possibile introdurre una nuova tecnologia che modifica così radicalmente quelli che sono chiamati scenari sociotecnici è possibile attraverso una modificazione degli stessi in modo che vengano inclusi negli *script* questi nuovi modelli di azione, in questo caso riguardanti il modo in cui la mascolinità viene espressa in ambito contraccettivo.

Includendo anche gli uomini nel lavoro riproduttivo e di cura fin dalle sue prime fasi si potrebbe creare un'importante occasione di responsabilizzazione (Oudshoorn, Pinch, 2003). Il coinvolgimento diretto e quindi l'appello agli uomini a prendere un posto in primo piano nella divisione della responsabilità contraccettiva è, come abbiamo già detto, un processo, non si può ambire ad un immediato cambiamento sociale, il primo passo è iniziare a proporre questa profonda modificazione strutturale della società (Oudshoorn, 2003).

Per fare questo è necessario un approccio pionieristico (Oudshoorn, Pinch, 2003) che rompe gli schemi finora seguiti non solo per quanto riguarda la creazione di un anticoncezionale maschile ma anche nella sua modalità di azione. Questo è ciò che la Who ha cercato di ottenere con il suo programma "Human Reproduction Program", nutrire l'idea di una contraccezione diversa, che non segua i pattern, gli *script* finora prodotti, non considerando solo quindi la possibilità di contraccettivi ormonali come si è fatto finora per quelli femminili (Oudshoorn, 2003). Questo è un caso concreto che segue la teoria evolutiva del cambiamento tecnologico in cui una nicchia, un piccolo gruppo di esperti, si mette nella situazione di creare un cambiamento nei macro scenari sociotecnici (Magaudda, Neresini, 2020). Questo lavoro, specialmente quello svolto della task force dedicata alla contraccezione maschile, ha permesso di creare una struttura che comprende le ricerche fatte ma anche i laboratori e i network di esperti nel campo della riproduzione (Oudshoorn, 2003). Il passaggio alla istituzionalizzazione di questo filone di studi non si è ancora consolidato e i fondi per la ricerca sulla riproduzione sono ancora ampiamente destinati alla contraccezione femminile.

La figura dell'uomo è inconsueta e viene definita pionieristica in un contesto in cui la tecnologia contraccettiva maschile non è la norma (Oudshoorn, Pinch, 2003). Le

difficoltà nel superamento di queste norme di genere descritte come eccezionali sono attribuibili però solamente ad una fase iniziale di modificazione degli *script*, in cui si attinge ancora necessariamente ai modelli di mascolinità egemonici, uomini forti e uomini coraggiosi che intraprendono la strada verso la loro responsabilizzazione (Oudshoorn, Pinch, 2003). Questa è però appunto una fase preliminare che nel caso della contraccezione femminile non c'è stata, al contrario infatti l'introduzione all'uso degli anticoncezionali che agiscono sul corpo delle donne, è stata caratterizzata da una necessità e seguita da un forte stigma e rifiuto sociale (Loconsole, 2017).

La ricerca sui metodi contraccettivi maschili è iniziata negli anni '70 del secolo scorso in un contesto sfavorevole (Oudshoorn, 2003), per cui le complicità nella loro efficace introduzione e normalizzazione era di difficile riuscita, non per questo le condizioni nelle quali questo tipo di tecnologia possa avere successo non sono raggiungibili, esse si possono infatti costruire, innanzitutto attraverso l'informazione, rendendo disponibili e digeribili ad un pubblico non esperto le informazioni sia sulla ricerca, sia sui benefici che il loro sviluppo ne trarrebbe.

Attraverso la rinegoziazione delle identità sociali degli uomini, che diventando potenziali attori partecipi nella riproduzione, nella contraccezione e nel lavoro di cura, si escludono le continue riproduzioni di percorsi binari che creano distinzioni ineguali tra responsabilità esclusivamente femminili ed esclusivamente maschili (Oudshoorn, 2003). Non bisogna però dimenticare che il progresso nel campo dell'inclusione e della ricerca della figura maschile ricoperta di una nuova responsabilità contraccettiva è relativa e possibile in un contesto preciso. Paesi molto poveri come l'Africa e alcuni stati del Medio Oriente in cui la diffusione della contraccezione femminile è ancora in corso (Salvini, 1997), è necessario questo step precedente per far sì che si possa pensare di introdurre un tipo di contraccezione nuovo e innovativo che necessita per essere efficace di una modificazione e ridefinizione dei ruoli di genere già complicata, come abbiamo visto, nel contesto sociale occidentale contemporaneo.

Come la contraccezione si svilupperà sia in termini di tipologia di farmaci o metodi è, come per tutte le evoluzioni sociali, imprevedibile, come lo è lo sviluppo del contesto in cui queste potrebbero avvenire, vediamo ad esempio come il discorso che riguarda la liceità o meno del diritto all'aborto venga ciclicamente posto in discussione.

## ***2. Dal controllo delle nascite alla contraccezione: Il ruolo degli artefatti***

### ***2.1 Lo studio degli artefatti come specchio del panorama sociale***

Gli artefatti tecnologici possono essere un ottimo indicatore del mutamento sociale, ci indicano cosa in un determinato contesto possa risultare innovativo e cosa al contrario sia di uso comune. Inoltre, attraverso il loro uso riproducono i modelli sociali egemoni che in questo modo tendono a preservarsi (Oudshoorn, Pinch 2003). Utilizzare gli artefatti per tracciare il percorso del controllo delle nascite e della contraccezione ci fornisce un quadro completo di come queste tecnologie si siano costruite e modificate insieme alla morale e alla società. Come abbiamo già specificato in precedenza lo sviluppo di una tecnologia è un processo non lineare e gli artefatti, di cui noi usufruiamo, rappresentano la fase finale di esso. Ciò che è interessante per gli studi sociali sulla scienza e la tecnologia (STS Studies) sono i processi attraverso cui un artefatto si sviluppa, viene introdotto e normalizzato all'interno di un contesto sociale, ciò significa che si studia la scienza in costruzione e non già pronta per l'uso (Latour, 1998). Gli artefatti sono mutevoli, in un rapporto di reciproca interazione con il contesto sociale e culturale nel quale si formano e che contribuiscono a plasmare.

Le tecnologie possono essere il motore del cambiamento sociale e al contempo le pressioni sociali, l'azione di specifici gruppi, così come la morale e i valori predominanti, possono modificare lo sviluppo delle tecnologie. Il modello riscontrato nello sviluppo delle tecnologie contraccettive considerate segue una logica *top down*, un gruppo di esperti studia un problema e in seguito sviluppa e produce una soluzione. È necessario però che la società sia nelle condizioni di recepire positivamente quella tecnologia, e che il bisogno a cui questa tecnologia risponda sia sentito dalla società. Ciò rende importante studiare il contesto in relazione alla modalità con cui le tecnologie si formano e si inseriscono nel commercio e considerare che questo processo prenda in causa diversi soggetti, *users*, medici e infermieri, case farmaceutiche, stampa ma anche approcci di ricerca e contesti storici in cui questi dispositivi vengono in essere.

Come una tecnologia venga sviluppata e inserita con successo in un contesto sociale può essere compreso dividendolo in fasi: inizialmente la tecnologia è in sostanza sconosciuta

al pubblico, può nascere da un bisogno sociale che viene preso in esame e per cui poi viene sviluppata una soluzione, in cosa la soluzione consiste è relativo e non è prevedibile, infatti c'è una pluralità di artefatti iniziali e ciò che viene poi effettivamente utilizzato dipende spesso da una serie indefinita di fattori.

Lo studio e sviluppo dei contraccettivi nasce da esigenze sociali, come il controllo delle nascite, così come da una progressiva conoscenza del concepimento, dagli studi anatomici e dalla biologia che hanno portato ad uno sviluppo accelerato di numerosi metodi contraccettivi (Salvini, 1997). Nonostante ciò, il corpo anatomico è sempre stato un tabù, a maggior ragione se in relazione alla sessualità e riproduzione, rallentando di molto lo sviluppo di conoscenze utili al controllo delle nascite.

La responsabilità contraccettiva, di cui si è discusso ampiamente nel primo capitolo, è un aspetto imprescindibile per comprendere perché le tecnologie anticoncezionali si siano sviluppate nel modo in cui hanno fatto, cioè riproducendo dinamiche di potere, almeno fino all'introduzione della pillola contraccettiva che è stata, infatti, punto di partenza per la liberazione dalla morale sessuale. Gli studi sul concepimento e gli sviluppi delle tecnologie industriali, di nuovi materiali e farmaci hanno spostato l'asse dal controllo delle nascite a ciò che possiamo definire propriamente come contraccezione. L'utilizzo di specifici strumenti per evitare il concepimento, quindi degli oggetti o pratiche consolidate, come la pillola contraccettiva, gli IUD o i preservativi, rientrano nel concetto di contraccezione, mentre l'aborto o consuetudini come l'astensione da rapporti sociali, possono rientrare nel concetto più ampio del controllo delle nascite, termine che inoltre detiene una accezione politica e demografica.

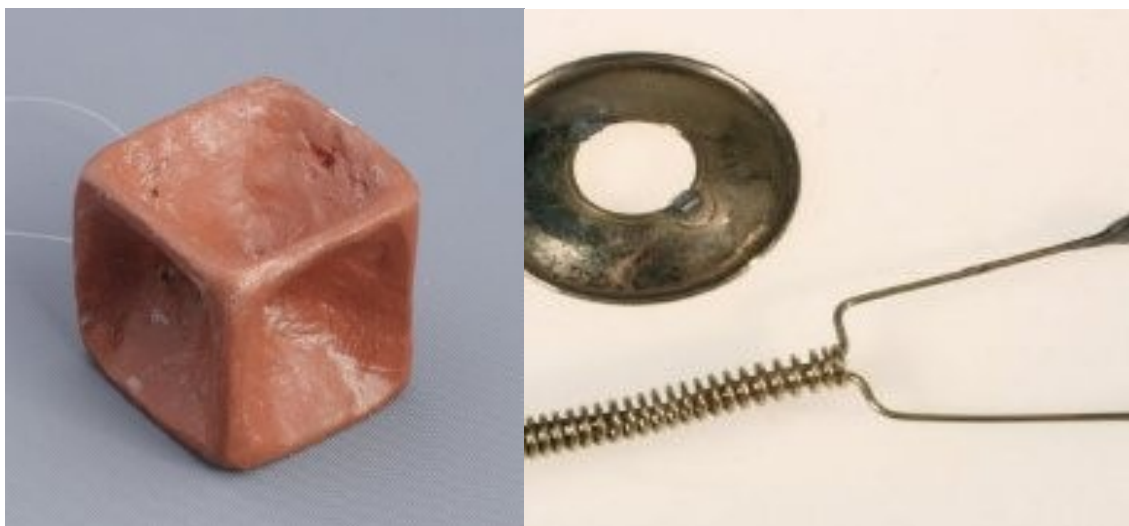
## ***2.2 Artefatti della contraccezione femminile***

### ***2.2.1 Contraccettivi di barriera.***

Esistono diverse tipologie di contraccettivi femminili, essi si possono raggruppare in quattro categorie, la prima di cui ci occuperemo comprende i contraccettivi di barriera, che agiscono meccanicamente creando una barriera che impedisce allo sperma di entrare nella cervice e successivamente nell'utero, impedendo quindi la fecondazione dell'ovulo. La loro efficacia al giorno d'oggi si stima sia tra il 9% e il 23%, in base alla tipologia di contraccettivo (Trussel, 1999). L'utilizzo dei contraccettivi di barriera femminili è frequentemente svolto in concomitanza con uno spermicida, di quest'ultimi ne sono

esistite e continuano ad esistere diverse tipologie, anticamente si utilizzavano erbe e spezie, successivamente si iniziarono ad utilizzare prodotti chimici, spesso dannosi per la salute delle donne, e infine vennero sviluppati spermicidi ancora oggi utilizzati, sotto forma di capsule, ovuli gel e creme.

Un artefatto antico è il pessario occlusivo. Esso è composto da un disco di plastica o di metallo posizionato all'apertura della cervice, si può presentare però in diverse forme, tra cui una forma cubica (Figura 1). Questo dispositivo è ormai in disuso, ma rimane comunque un artefatto necessario alla ricostruzione del cambiamento delle tecnologie contraccettive nel corso della storia. Le figure riportate in seguito sono state reperite all'interno dell'archivio pubblico del "Dittrick Medical History Center" un museo che conserva antichi artefatti, archivi, e libri sulla storia della medicina, all'interno del sito ufficiale si possono trovare esibizioni online di collezioni di artefatti, tra le quali c'è anche la collezione della storia contraccettiva Americana, dal cui archivio sono state estrapolate alcune delle immagini dei contraccettivi che seguiranno. Un altro archivio ricco di informazioni e artefatti è il sito ufficiale del MUVS "Museum of Contraception and Abortion" situato a Vienna, anch'esso contenente una ampia collezione di artefatti e documenti sulla contraccezione, insieme a moltissime informazioni di natura scientifica sul funzionamento dei contraccettivi.



***Figura 1: Replica in legno di un pessario occlusivo cubico. Archivio della collezione sulla storia contraccettiva, Dittrick Medical History Center.***

***Figura 2: "Wishbone pessary" (pessario occlusivo). Archivio della collezione sulla storia contraccettiva Dittrick Medical History Center.***

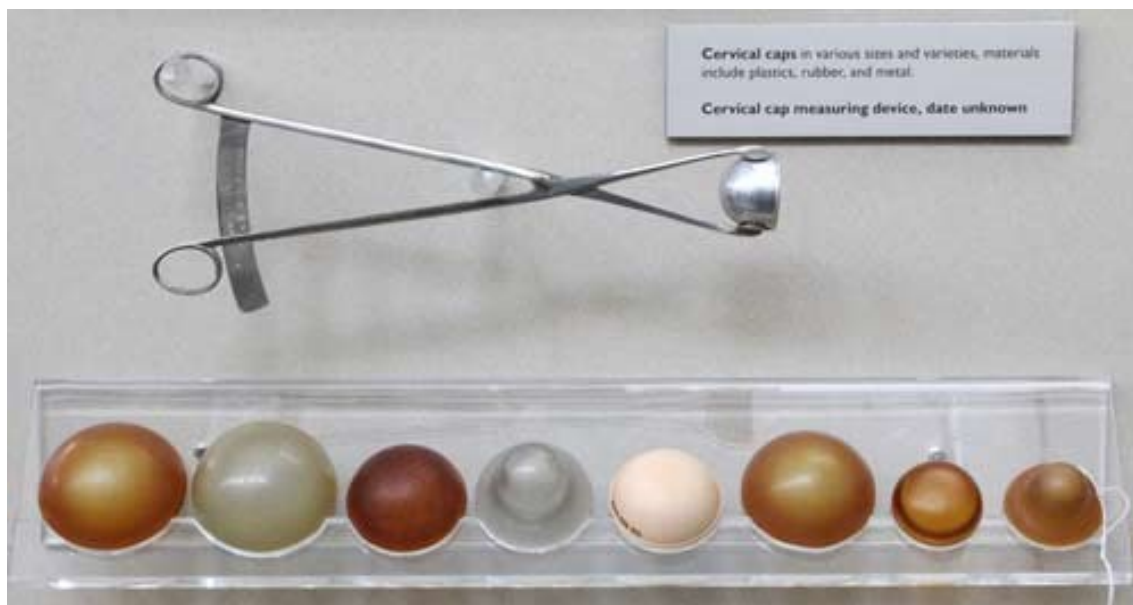
Il pessario occlusivo in figura (Figura 2) è composto da un disco d'oro 14 carati, essendo spesso costituito di metalli preziosi non poteva essere un oggetto di uso comune, la contraccezione infatti per molto tempo fu riservata all'uso delle classi sociali più abbienti, privando ad una grande parte della popolazione di beneficiare di dispositivi per il controllo delle nascite. Questa è una tecnologia ancora utilizzata in campo medico ma principalmente ha assunto una funzione diversa da quella contraccettiva, il pessario oggi viene utilizzato come sostegno all'utero nei casi di prolasso utero-vaginale. Questo è un esempio di come una tecnologia muti nel tempo sia nella sua materialità, sia nell'uso che si può fare di essa.

Un contraccettivo che insieme al pessario ha avuto un ruolo centrale nella storia contraccettiva statunitense, poiché centro dei primi tentativi di rendere disponibili alle donne dei dispositivi medici a scopo contraccettivo, è il cappuccio cervicale<sup>1</sup>. Nonostante, infatti, in molte parti d'Europa dispositivi come i pessari, i cappucci cervicali e le spugne contraccettive, insieme ai preservativi, fossero diffusi ed utilizzati, nel contesto statunitense, invece, questo processo incontrò molta resistenza, a causa della forte morale puritana che per lungo tempo contraddistinse la storia del paese. Fino agli anni '20 e '30 del Novecento, infatti, gli unici contraccettivi di barriera disponibili erano solamente quelli importati illegalmente da paesi come la Germania o il Giappone<sup>1</sup>. Il cappuccio cervicale fu il protagonista dei primi tentativi di riforma sociale sui contraccettivi nella storia statunitense. L'attivista Margaret Sanger, dopo aver aperto illegalmente la prima clinica specializzata nella contraccezione, propose l'uso di contraccettivi di barriera a numerose donne americane che decisero di aderire all'iniziativa e divennero utilizzatrici di questa tecnologia, prima che la struttura venisse chiusa dalle autorità.

Successivamente, durante il periodo della grande depressione, intorno agli anni '30, la pratica della contraccezione perse lo stigma iniziale in virtù della necessità di limitare le nascite (Salvini, 1997). Intorno agli anni '40 i contraccettivi di barriera venivano chiamati "dispositivi di igiene femminile" per mantenere un apparente senso di pudicizia e in questo modo, nascondendo il loro scopo dietro ad una maschera di moralità, riuscirono a diventare il più diffuso metodo di contraccezione in commercio<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Dittick Medical History Center, sezione cappucci cervicali e diaframmi:  
<https://artsci.case.edu/dittrick/online-exhibits/history-of-birth-control/contraception-in-america-1900-1950/cervical-caps-and-diaphragms/>



*Figura 3: Cappucci cervicali di diversa misura e materiali e strumento di misurazione dei cappucci cervicali, archivio della collezione sulla storia contraccettiva Dittrick Medical History Center.*

Come il pessario anche il cappuccio cervicale è un metodo di barriera, il materiale più comune di cui è costituito è la gomma (Figura 4) ma può essere fatto di diversi materiali come, ad esempio, il metallo. Per lungo tempo è stato consigliato che l'inserimento di questo dispositivo venisse svolto da un medico in quanto è necessario che sia perfettamente aderente alla cervice uterina, mentre i dispositivi odierni sono più facili da utilizzare e non è più necessario un intervento medico <sup>2</sup>. L'Indice di Pearl indica che la percentuale di fallimento per il cappuccio cervicale è tra il 10-13% se utilizzato correttamente e scende al 18% quando si calcola sull'uso effettivo che gli utilizzatori ne fanno (Trussel et.al., 1993).

---

<sup>2</sup> MUVS Museum of Contraception and Abortion, sezione dei contraccettivi di barriera:  
<https://muvs.org/en/contraception/barriers/>



*Figura 4: “Prentif cavity-rim cervical cap”, prodotto da Lamberts (Dalston) Ltd., Luton, England, 1988, archivio della collezione sulla storia contraccettiva Dittrick Medical History Center.*

Nonostante la produzione di cappucci cervicali divenne sempre più ampia, tra gli anni '20 e '40, il metodo contraccettivo prescritto maggiormente e quindi consigliato dai medici fu il diaframma<sup>1</sup>.

Il diaframma rimane uno dei metodi contraccettivi più utilizzati ed è prodotto essenzialmente da aziende come Durex, Ortho Pharmaceuticals e Milex-Western. Anche il diaframma, così come il cappuccio cervicale, si posiziona alla base dell'utero ed è utilizzato contemporaneamente ad uno spermicida (Figura 5). Si presenta come una membrana, quindi, risulta più confortevole all'utilizzo. Il contraccettivo per essere efficace deve essere mantenuto in posizione per almeno sei ore successive al rapporto ma se inserito per più di 24h incorrono rischi legati alla sindrome da shock tossico. Secondo l'indice di Pearl la percentuale di fallimento è del 4-8% con un uso ottimale e del 13-17% con un uso tipico (Trussel et.al., 1993). I rischi legati all'uso di questo contraccettivo sono vari, ma principalmente legati alla possibilità di sviluppare infezioni (Schwartz et.al., 2015).



**Figura 5: “Ortho flat spring diaphragm kit”, kit contenente il diaframma “ORTHO\_WHITE 60 FLAT” e una pasta contraccettiva. Prodotto da Ortho Pharmaceutical Corporation, Raritan, NJ, 1980, archivio della collezione sulla storia contraccettiva Dittrick Medical History Center.**

**Figura 6: Diaframma contraccettivo Durex, USA, 1989, dalla collezione di artefatti del “MUVS”(Museum of Contraception and Abortion)**

Un ulteriore contraccettivo di barriera sono le spugne, la loro facilità di reperimento in natura le ha rese un contraccettivo diffuso che, successivamente, con lo sviluppo delle tecnologie industriali ha continuato ad essere di uso comune grazie ai costi contenuti con cui si possono produrre delle spugne sintetiche<sup>3</sup>. L’efficacia delle spugne contraccettive risulta simile a quella dei cappucci cervicali, con una percentuale di fallimento intorno all’11-12% in caso di uso ottimale che scende poi intorno al 17% nell’uso comune (Trussel et.al., 1993). Come la maggioranza dei metodi di barriera la spugna viene collocata sulla cervice impedendo la fecondazione, anche per questo contraccettivo l’utilizzo è svolto utilizzando anche diversi tipi di spermicidi, anticamente venivano utilizzate delle sostanze irritanti, come aceto o acido borico, o venivano svolte delle docce vaginali, tramite strumenti appositi (Figura 8) per eliminare le tracce di sperma residuo in vagina<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Dittrick Medical History Center, sezione preservativi e spugne: <https://artsci.case.edu/dittrick/online-exhibits/history-of-birth-control/contraception-in-america-1900-1950/condoms-and-sponges/>



*Figura 7: diverse tipologie di spugne contraccettive, naturali e sintetiche, archivio della collezione sulla storia contraccettiva Dittrick Medical History Center.*



*Figura 8: Modelli di doccia vaginale, archivio della collezione sulla storia contraccettiva Dittrick Medical History Center.*

## **2.2. 2 Contraccettivi ormonali**

La seconda categoria di contraccettivi che possiamo individuare consiste nei contraccettivi ormonali. La storia della pillola anticoncezionale e cosa ha rappresentato per le donne e la loro libertà contraccettiva l'ha resa ancora oggi il dispositivo contraccettivo più rapidamente e largamente diffuso al mondo.

Gli studi sulla sintesi e l'uso degli ormoni per scopi contraccettivi sono stati sin dall'inizio fortemente influenzati da dinamiche sociali legate alla morale sessuale, che considerava ogni forma di contraccezione immorale. Furono diverse le figure pionieristiche che presero parte alla storia dello sviluppo della pillola contraccettiva, prima tra tutte Margaret Sanger fondatrice di Planned Parenthood Federation of America, l'attivista infatti favorì la spinta verso un contraccettivo ormonale disponibile alle donne e fu la prima a ipotizzare la sua assunzione sotto forma di una pillola giornaliera (Keating; 2020). Lo sviluppo della pillola è dovuto inoltre all'interesse nella sperimentazione del progesterone, un ormone steroideo parte del gruppo dei progestinici, da parte di diverse figure come Ludwig Haberlandt, Russell E. Marker, Gregory Pincus, ma A. W. Makepeace (Dhont, 2010) che tramite test svolti su conigli e ratti ne hanno potuto osservarne gli effetti anovulatori. Tutte queste figure sono i precursori e pionieri nella ricerca di una tecnologia che, dagli anni '60 del secolo scorso, è stata oggetto di dibattiti e argomento centrale delle lotte femministe di emancipazione.

A John Rock furono attribuiti gli studi sull'uso dell'estrogene e progesterone, prima per scopi di cura dell'infertilità e successivamente per scopi contraccettivi, ma la vera svolta tecnica fu la sintetizzazione artificiale del progesterone denominata Noretinodrel, con ottimi esiti nella soppressione dell'ovulazione se somministrato oralmente. In seguito a diversi trial medici, i cui risultati dimostravano l'elevata efficacia del farmaco si sviluppò la prima pillola: Enovid (Figura 9), approvata ufficialmente nel 1957 dalla Food and Drug Administration (FDA), ente statunitense responsabile del controllo e approvazione dei farmaci in commercio (Dhont, 2010).

Furono molte le aziende farmaceutiche che iniziarono a produrre contraccettivi ormonali a somministrazione orale: Syntex, Ortho, Wyeth, Parke Davis sono solo alcuni nomi tra i tanti produttori di contraccettivi che individuarono nella contraccezione orale una possibilità di investimento con alto profitto. Inizialmente le pillole venivano vendute sfuse in delle boccette di vetro (Figura 10) ma presto fu introdotta una modifica di

packaging utilizzando dei blister contenenti tra le 20 e le 22 pillole divise tra loro per facilitare la regolarità di assunzione.



*Figura 9: Pillola Enovid, 1960, USA, dalla collezione di artefatti del “MUVS” (Museum of Contraception and Abortion).*

*Figura 10: Bottiglia di vetro delle pillole contraccettive Enovid, 1960, archivio della collezione sulla storia contraccettiva Dittrock Medical History Center.*

Sebbene le prime pillole contraccettive fossero indicate come farmaco per la cura dei disturbi del ciclo mestruale rappresentarono per moltissime donne la possibilità di controllare autonomamente la propria salute riproduttiva, permettendo di introdurre concettualmente la separazione tra sessualità e fertilità. I contraccettivi ormonali furono, infatti, il punto di partenza per la liberazione dai tabù legati alla sessualità e alla contraccezione che persistevano nella società della metà del secolo scorso. Inizialmente con lo sviluppo e la distribuzione sempre più ampia dei contraccettivi, non solo quelli ormonali, ci fu la paura che questo tipo di dispositivi promuovessero promiscuità e sesso prematrimoniale, ma di ciò non fu mai riscontrata correlazione. La morale prevalente all'epoca si basava ancora molto su quella cristiana conservatrice puritana. La Chiesa, infatti, condannava fortemente ogni tipo controllo delle nascite in quanto non conforme

con l'ideale di famiglia naturale finalizzata alla procreazione (Dhont, 2010). È interessante però che la pillola contraccettiva sia stata approvata ufficialmente dall'FDA grazie alle dichiarazioni di John Rock, devoto cristiano e ginecologo che spiegò che il funzionamento del contraccettivo agiva sopprimendo l'ovulazione e in questo modo imitando solamente la natura, non sfidandola<sup>4</sup>. Molte attiviste, sostenitrici del movimento per i diritti sociali, si batterono per l'indipendenza riproduttiva e sessuale delle donne individuando nella pillola un simbolo di questa lotta all'emancipazione (Roepke, Schaff, 2014).

La storia della pillola non è però composta solo di emancipazione e liberazione sessuale, il suo successo è stato infatti costruito sulle spalle di donne povere e non istruite che hanno visto nella pillola la possibilità di poter controllare il proprio corpo e la propria sessualità, evitando gravidanze indesiderate, senza essere però consapevoli dei rischi. Diverse donne, ad esempio in Porto Rico, non essendo state informate di possibili effetti collaterali causati dall'uso degli ormoni presero parte a trial medici sperimentali, svolti da Picus e Rock, i medici screditarono infatti i riscontri di esperienze negative ritenendo che i rischi fossero comunque inferiori al beneficio cioè la prevenzione della gravidanza. Questi campioni di donne a cui sottoporre il farmaco non ancora perfezionato si presentarono come ideali per lo svolgimento dei trial in quanto i paesi con maggiore povertà non avevano implementato leggi che rendevano illegale la contraccezione, al contrario degli Stati Uniti (Keating, 2020). In questo modo la tecnologia fu implementata fino ad essere approvata ufficialmente e ad entrare in commercio, i rischi pericolosi legati al suo uso pillola, come l'incidenza di tromboembolismi, e persino le morti legate alla fase di sperimentazione vennero infatti minimizzati o del tutto ignorati. Nonostante i rischi e gli effetti collaterali della pillola contraccettiva il suo successo fu innegabile, la necessità di avere a disposizione un efficace mezzo di controllo delle nascite ha preso il sopravvento, risultando nella legalizzazione dell'uso di tutti i contraccettivi, dapprima all'interno di coppie sposate e successivamente alla popolazione generale, la legge stava cambiando insieme alla morale (Ibidem.).

Uno delle principali differenze tecniche tra le prime pillole messe in commercio sono le dosi dei farmaci somministrati, si è notato che anche con un dosaggio più basso di

---

<sup>4</sup> MUVS Museum of Contraception and Abortion, Newsletter del 17 Marzo 2006: <https://muvs.org/en/museum/newsletter/2006-03-17-march-2006/>

principio attivo si potevano ritrovare gli stessi effetti riducendo allo stesso tempo gli effetti collaterali dell'alto dosaggio. Inoltre, la combinazione degli ormoni era uguale per tutta la durata del ciclo mestruale, mentre successivamente fu introdotta la differenziazione di livelli e combinazioni di estrogeni e progesterone in modo da mimare più accuratamente possibile il corso del ciclo mestruale naturale. Lo sviluppo delle prime pillole fu però svolto attenendosi ad un modello standard in cui il ciclo mestruale è di 28 giorni e quindi era necessaria una pausa di 7 giorni mensilmente in cui avviene un sanguinamento da sospensione, che ora non è più considerato necessario per un uso ottimale del contraccettivo (Dhont, 2010).

Una seconda generazione di pillole contraccettive fu possibile attraverso la sintetizzazione e dell'uso del Levonorgestrel e dei suoi derivati nei contraccettivi orali. Anche le nuove tipologie di pillole avevano un alto rischio di tromboembolismi e problematiche legate alla coagulazione sanguigna, e come nel primo caso, la diffusione di questa notizia causò una sfiducia generale per questo contraccettivo e quindi una veloce diminuzione dell'uso della pillola. Nonostante i momenti di sfiducia generalizzata nei confronti dei metodi ormonali i benefici, anche per la salute, sono superiori ai rischi, infatti i contraccettivi orali sono spesso utilizzati nella cura di endometriosi, dismenorrea, cancro ovarico e dell'endometrio, oltre che avere l'effetto di ridurre l'incidenza di cisti ovariche, gravidanze extrauterine e infiammazioni pelviche (Dhont, 2010)

Compresi nei contraccettivi ormonali si possono trovare diversi formati e modalità di somministrazione della dose di farmaco consigliata, nel 2001 si sviluppò l'anello contraccettivo vaginale (Figura 11), sono in commercio anche: cerotti, contraccettivi iniettabili, bastoncini ormonali impiantabili e spirali contraccettive ormonali.



*Figura 11: Anello contraccettivo vaginale “Nuva ring”, modello prodotto in Cina (a destra) e modello prodotto in Europa (a sinistra), 2003, dalla collezione di artefatti del "MUVS"(Museum of Contraception and Abortion).*

### **2.2. 3 Spirali e dispositivi intrauterini**

Il dispositivo intrauterino (IUD), e i diversi modelli di spirale, hanno avuto una storia importante come artefatto tecnologico nell'ambito della contraccezione, influenzando gli approcci e le scelte sulla salute contraccettiva. Il dispositivo intrauterino è un contraccettivo con un buon livello di affidabilità secondo l'indice di Pearl sotto l'1% per tutte le tipologie in commercio (spirale al rame 0.6-0.8%, spirale al progesterone 0.2%) (Trussel, 1999).

Il primo modello di spirale venne sviluppata in Germania dal Dottor Grafenberg negli anni '20 del secolo scorso, non fu il primo però ad ipotizzare la possibilità dell'uso di un oggetto che dall'interno dell'utero potesse svolgere una funzione contraccettiva ma fu il

primo a studiarne scientificamente una possibile applicazione pratica (Thiery, 2000). Il suo obiettivo era quello di creare un oggetto tecnologico che fosse duraturo e sicuro e che eliminasse la necessità di utilizzare i contraccettivi di barriera e gli spermicidi, in quanto metodi che è necessario utilizzare ad ogni rapporto per poter raggiungere un livello di efficacia, che comunque lasciava desiderare. Inizialmente il suo progetto venne respinto fortemente dalla comunità scientifica tedesca, e il successivo periodo di guerra rappresentò un ulteriore ostacolo. Il regime fascista del tempo infatti proibì l'utilizzo di ogni forma di contraccezione, in particolare l'utilizzo di dispositivi intrauterini, in quanto ritenuti dal regime dannosi per la salute psicofisica delle donne. Grafenberg fu incarcerato ma riuscì a raggiungere gli Stati Uniti e continuare le sue ricerche, grazie alla pioniera della contraccezione Margaret Sanger. Il contraccettivo consiste in una spirale di metallo (Figura 12), solitamente d'argento, che se inserita all'interno dell'utero previene il concepimento. Grafenberg stesso presentò il suo dispositivo con tutti i rischi che comporta il suo utilizzo e persino sconsigliando un ripetuto inserimento a causa dell'alta incidenza di infezioni conseguenti. Nonostante questo contraccettivo non fosse presentato come universale successivamente ad una pubblicazione sui dispositivi intrauterini da parte di Halton, Dickinson e Tietze si riaccese l'interesse scientifico al riguardo (Thiery, 2000). Da questo momento gli IUD vissero un vero e proprio esponenziale sviluppo e diffusione, dimostrando in che modo la letteratura scientifica possa avere un impatto sul futuro di un artefatto portandolo al successo o al declino, influenzando con l'autorità conferita socialmente al sapere medico la disponibilità e l'uso di una tecnologia anziché un'altra. Furono brevettati in tutto il mondo modelli di spirali contraccettive tra le più disparate tra loro, le prime ad essere prodotte furono appunto la spirale di Grafenberg e un modello di contraccettivo nato in Giappone dal Dottor Ota (Figura 13), sempre composto di metallo.



*Figura 12: Graefenberg Ring, Germania, 1920, dalla collezione di artefatti del "MUVS"(Museum of Contraception and Abortion).*



*Figura 13: Dr Ota ring, Giappone, 1934, dalla collezione di artefatti del "MUVS"(Museum of Contraception and Abortion).*

Successivamente a partire dagli anni '60 la plastica divenne centrale nella produzione industriale di molti oggetti, una rivoluzione tecnica e infrastrutturale che ha interessato anche la produzione dei contraccettivi. I dispositivi intrauterini di plastica rappresentarono, infatti, una vera e propria rivoluzione, attraverso il tentativo di risolvere le problematiche tecniche legate all'inserimento dei loro antecedenti in metallo e, grazie all'utilizzo di una tecnologia innovativa, fu possibile ampliare un mercato rendendolo estremamente fruttuoso. Molte aziende cominciarono a produrre modelli in plastica di dispositivi intrauterini, tra cui: il modello Perma-spiral (Figura 14) prodotto da Gynecoil e il modello double-S loop, chiamato anche Lippes loop, (Figura 15) sviluppato dal Dottor Jack Lippes (Thiery, 2000). I dispositivi in plastica rendevano questi oggetti maggiormente fruibili dalle donne e le liberavano dal controllo biomedico, così come dalla morale pubblica. I cambiamenti nelle tecnologie dei materiali furono importanti nella produzione di diversi contraccettivi, i quali a loro volta fecero da propulsore per lo sviluppo e il miglioramento dei materiali stessi, rientrando in un rapporto stretto di co-evoluzione innovativa.



*Figura 14: Modello di Perma Spiral, prodotto dalla Gynecoil, dalla collezione di artefatti del "MUVS"(Museum of Contraception and Abortion).*



*Figura 15: Scatola e modello del dispositivo intrauterino Lippes loop, prodotto negli Stati Uniti, dalla collezione di artefatti del "MUVS"(Museum of Contraception and Abortion).*

Un altro dispositivo intrauterino che fu al centro di uno scandalo mediatico è il Dalkon Shield, di cui abbiamo già accennato precedentemente. La sua produzione fu, infatti, interrotta a causa della forte incidenza di patologie nelle utilizzatrici. Ciò che rende necessario approfondire il caso Dalkon Shield è il modo in cui quest'ultimo ha influenzato l'intero mercato dei contraccettivi tra gli anni '70 e '80.

Il dispositivo fu inventato nel 1968 dal ginecologo Hugh Davis e da Win Lener che attraverso uno studio di caso su numerose donne commercializzarono il Dalkon Shield. Questo modello di IUD aveva una forma particolare, che permetteva al dispositivo di aderire su uno spazio più ampio dell'endometrio, rispetto ai modelli antecedenti. Il Dalkon Shield aveva lo scopo di impedire più efficacemente l'impianto dell'ovulo, inoltre, presentava dei bordi seghettati che dovevano assicurare l'oggetto alle pareti dell'utero, mentre un filo di nylon doveva facilitarne l'estrazione (Thiery, 2000). Successivamente all'acquisizione da parte dell'azienda A.H. Robbins nel 1970 il Dalkon Shield fu pubblicizzato in maniera aggressiva essendo presentato esaltando i pregi ed omettendo i difetti, individuando come target ginecologi e medici non esperti per massimizzarne le vendite (Roepke, Schaff, 2014). La strategia di marketing di A.H. Robbins (Figura 16), che presentava il dispositivo come efficace e innovativo, il futuro della contraccezione, fu un successo, fino a quando non fu più possibile nascondere gli effetti collaterali associati all'uso del dispositivo.

Questo non fu l'unico caso di immoralità legato al Dalkon Shield: fin dai primi studi di Davis, infatti, fu omesso l'aumento di incidenza di gravidanze non desiderate e i, ancora più gravi, casi di infezioni e morti correlate all'uso del dispositivo (Ibidem). Tutto ciò condusse ad una causa legale molto lunga e ad una forte sfiducia sociale nei confronti dei dispositivi intrauterini.



*Figura 16: Dalkon Shield IUD marketing campaign AD: “A progress report”, Virginia USA, 1972, A.H. Robbins Company*

Da allora solo con l'introduzione di nuovi modelli e una consistente rivalutazione dei dispositivi intrauterini, basata su numerose ricerche scientifiche e trial medici, la rilevanza sociale degli IUD è tornata ad essere considerevole.

Prendendo consapevolezza dei difetti dei dispositivi intrauterini finora messi in commercio l'obiettivo diventò quello di impedire le emorragie causate dalla forma incompatibile con l'utero degli IUD, per questo si optò per una forma a “T” (Figura 17),

mentre per risolvere il rischio ancora troppo elevato di gravidanze indesiderate si decise di utilizzare il rame, che si era dimostrato in passato efficace per lo scopo (Thiery, 2000).



*Figura 17: Modello di spirale contraccettiva Multiload Cu375, 1974, dalla collezione di artefatti del "MUVS" (Museum of Contraception and Abortion).*

Un' ulteriore evoluzione, al già ampio spettro di modelli di spirali contraccettive, fu l'utilizzo di un dosaggio di progesterone per gestire le problematiche legate al flusso mestruale che ancora insorgevano nell'uso della tecnologia contraccettiva (Thiery, 2000). Attraverso la combinazione delle più efficaci e diffuse tecnologie contraccettive, quali i dispositivi intrauterini e i metodi ormonali, vennero brevettati i primi modelli di IUD a rilascio ormonale graduale (Scommegna, 1970).



**Figura 18: IUD modello Nova T con il suo applicatore, Finlandia 1979, dalla collezione di artefatti del "MUVS" (Museum of Contraception and Abortion).**

Inizialmente i modelli di spirali a rilascio ormonale erano ancora costruiti con una parte di filamento di rame, questo non risultò poi più necessario, anche se in alcuni modelli è ancora utilizzato. La copertura dalle gravidanze indesiderate offerta dai più recenti modelli di spirale contraccettive ormonali, ottenuta attraverso l'utilizzo di 20 mg di Levonorgestrel, arriva fino ai 5-6 anni (Thiery, 2000).

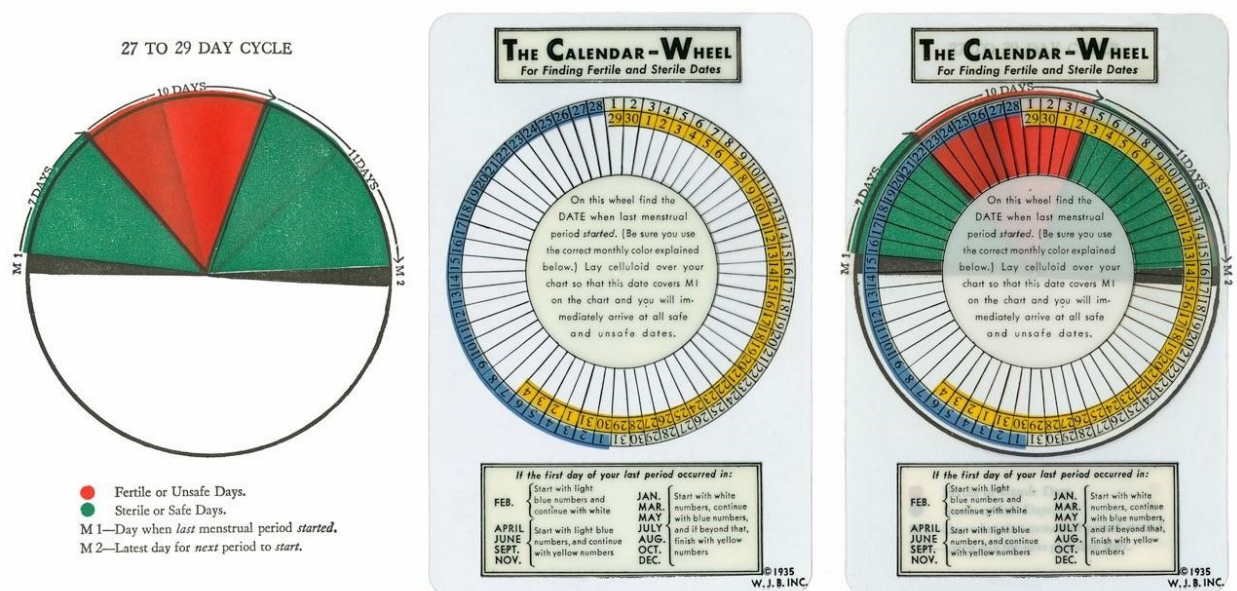
La numerosità dei modelli di questo dispositivo dimostra come questa tecnologia abbia penetrato profondamente il mercato della contraccezione. Inoltre, il costo ridotto di produzione e di conseguenza di vendita di questo dispositivo lo ha reso la prima scelta contraccettiva insieme ai metodi ormonali.

#### **2.2. 4 Contraccezione Naturale**

Infine, c'è la categoria della contraccezione naturale, che consiste nella pratica di metodi diversamente dall'utilizzo di artefatti tecnici con scopo contraccettivo. Il contesto medico occidentale è consistentemente scettico e condanna fortemente l'utilizzo di metodi naturali o di *fertility awareness*, ciò a causa della significativa discrepanza di efficacia tra un uso ottimale che arriva al 0.4-5% e l'uso tipico che ha una percentuale di insuccesso molto alto arrivando al 23% (Trussel, 1999). È avvenuto, infatti, un mutamento nella percezione nei confronti dei metodi naturali, non più considerati come frutto di disinformazione e superstizione popolare, ma come vera e propria medicina alternativa a

quella occidentale (Clarke et.al. 2003). Le donne che scelgono di utilizzare questi tipi di metodi riportano come la loro decisione sia frutto di un calcolo costi e benefici che predilige i minori rischi ed effetti collaterali offerti da un metodo naturale, sacrificando l'estrema efficacia di contraccettivi come quelli ormonali.

Uno dei più celebri dei metodi naturali di contraccezione è il Metodo "Ogino-Knaus" nominato in tal modo dai due studiosi che per primi negli anni '30 individuarono che il periodo fertile, e quindi l'ovulazione, nel ciclo mestruale di una donna avvenisse approssimativamente quattordici giorni prima dell'inizio delle mestruazioni (Hilgers, 1978). Questo metodo è considerato estremamente rischioso, con un indice di insuccesso che secondo l'indice di Pearl si aggira intorno al 16-30% (Trussel, 1999). Il metodo consiste nella considerazione di diversi fattori, come la sopravvivenza degli spermatozoi, che è di 72 ore, la vita dell'ovulo all'interno dell'utero, che è di 24 ore, e infine il momento in cui avviene l'ovulazione. In questo modo si può calcolare il periodo fertile delle donne compreso tra il giorno 10 e 18 del ciclo ed astenersi dai rapporti sessuali in quel lasso temporale (Figura 19). Il problema principale di questo metodo, che spiega anche la elevata percentuale di fallimento, è che nella maggioranza delle donne il ciclo mestruale si presenta come irregolare o divergente dal modello indicativo fissato a 28 giorni.



**Figura 19: Menstrual calendar-wheel. Chart, wheel and chart plus wheel from T. S. Welton, Rhythm Birth Control: The Modern Method of Birth Control (New York: Grosset & Dunlap, 1960)**

Spesso il Metodo Ogino-Knau è accompagnato da altri metodi contraccettivi naturali, tra cui il Metodo Billings che si basa anch'esso sull'analisi dell'ovulazione ma in maniera più approfondita del metodo precedente (Hilgers, 1978). Il calcolo dei giorni fertili viene infatti svolto anche attraverso il monitoraggio del muco cervicale e delle sensazioni della paziente a livello vulvare che le donne devono imparare a riconoscere per poter praticare efficacemente questo metodo, inizialmente comprendeva anche l'uso della rilevazione della temperatura basale (Ibidem).

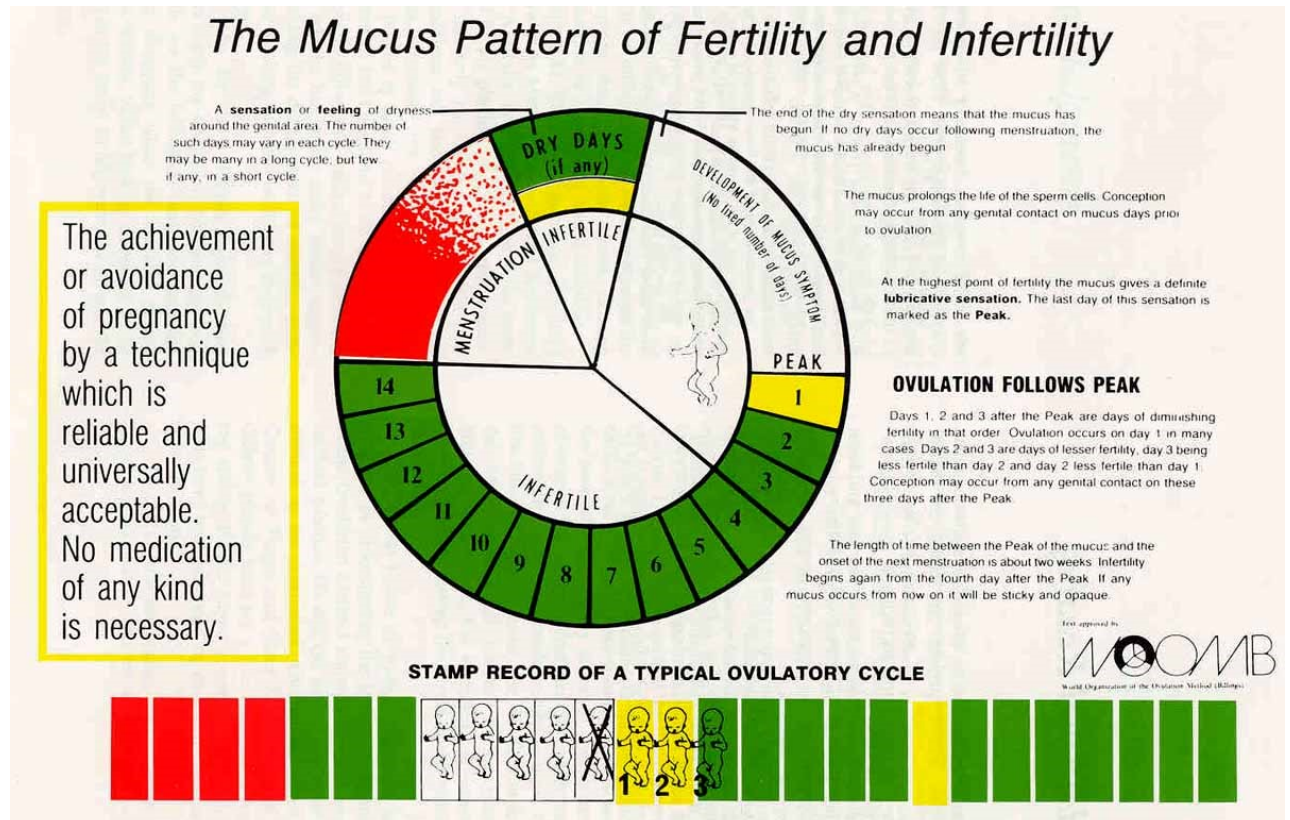
Il Metodo della temperatura basale è un metodo antico che consiste nella misura della temperatura basale del corpo misurata giornalmente tramite un termometro molto preciso (Figura 20) la mattina con il corpo a riposo, durante l'ovulazione la temperatura aumenta di circa 0.2° C.



***Figura 20: Termometro per la rilevazione della temperatura basale, demoninato Zyklotest D.R.P., dalla collezione di artefatti del "MUVS"(Museum of Contraception and Abortion)***

Se correttamente svolto il metodo Billings ha una percentuale di insuccesso molto bassa, di circa il 2-3%. Anche questo metodo come il precedente individua il cosiddetto “peak”,

il picco di fertilità al momento dell'ovulazione e sconsiglia fortemente i rapporti sessuali in quel frangente (Figura 21.).

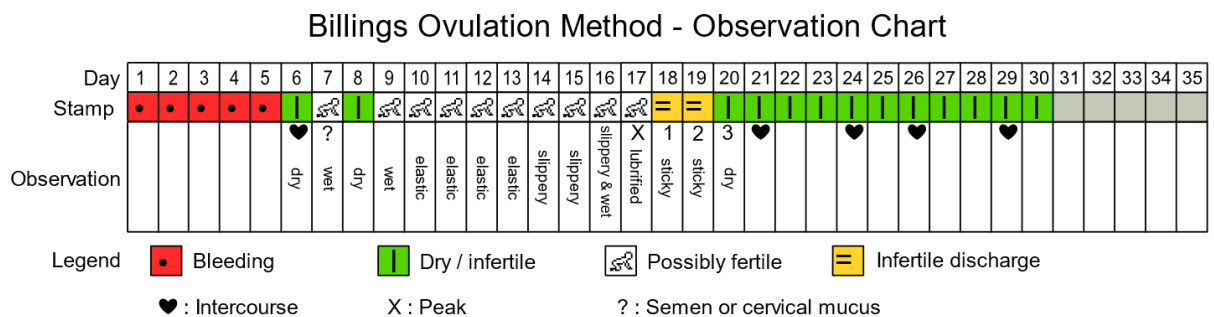


**Figura 21: Schema esplicativo del funzionamento del Metodo Billings (World Organization Ovulation Method Billings, WOOMB).**

Il metodo è stato sviluppato da Billings nel 1964 a partire da uno studio sulle gravidanze risultanti dal fallimento di pratiche contraccettive naturali precedenti.

Oltre ad essere utilizzato come pratica contraccettiva naturale questo metodo è anche sfruttato nel trattamento dell'infertilità. Sin dalla prima diffusione dell'uso di questo metodo anticoncezionale sono risultate fondamentali le figure di esperti come medici o persone formate specificatamente per l'insegnamento di questo metodo. Queste figure sono ancora oggi molto importanti tanto che vengono forniti corsi specifici di formazione al sito "World Organization Ovulation Method Billings" (WOOMB). Sono molte, infatti, le risorse fornite su questa piattaforma: oltre ai corsi di formazione sono disponibili anche schemi di tracciamento (Figura 22) e applicazioni ufficiali che servono allo stesso scopo,

inoltre anche il sito ufficiale “Billings LIFE” fornisce numerose informazioni riguardo l’applicazione del metodo contraccettivo.



**Figura 22: Esempio di schema utilizzato per il tracciamento del Metodo Billings.**

Riguardo questi metodi è interessante uno studio estremamente recente svolto in Cina all’International Peace Maternity and Child Health Hospital” in Shanghai che ha sfruttato la tecnologia di *machine learning* per aumentare esponenzialmente l’efficacia di metodi naturali come appunto quello della misurazione della temperatura basale fino ad una accuratezza di previsione dell’87.46% (Jia-Le Yu et. Al., 2022). Questo studio come altri (Lupton, 2015; Clarke et. al., 2003) dimostrano fino a che livello di pervasività le nuove tecnologie sono entrate in ambito medico, e come possano essere rese efficaci come strumento di misurazione, archiviazione e tracciamento autonomo della propria salute riproduttiva.

### 2.3 Contraccezione di emergenza

La contraccezione di emergenza rientra in maniera liminale nella categoria dei contraccettivi è infatti piuttosto più pertinente a quella di pratica di controllo delle nascite, agisce prevenendo l’annidamento dell’ovulo nell’utero dopo un rapporto a rischio o non protetto, è differente quindi dalle pratiche abortive che agiscono successivamente al concepimento. Come dimostra il nome non ne è consigliato un uso regolare, deve essere infatti utilizzato in casi specifici in cui si è a conoscenza del fallimento di un metodo contraccettivo usato preventivamente o nei casi in cui non si è utilizzato nessun contraccettivo, a seguito quindi di un rapporto a rischio. Nonostante la contraccezione di

emergenza sia comunemente chiamata “pillola del giorno dopo” ha un raggio di azione di tre giorni successivi al rapporto a rischio (Melega) e la sua efficacia rimane legata alla precocità di assunzione, al contrario dei contraccettivi che finora abbiamo potuto vedere la cui efficacia è legata alla precisione di assunzione.

Al riguardo è interessante il caso del Metodo Yuzpe il cui uso si è diffuso negli anni '70 del secolo scorso, ma che ora non è più utilizzato a causa dei vistosi effetti collaterali. Questo metodo viene spesso ricondotto alla categoria dei metodi naturali, sebbene utilizzi medicinali precisamente misurati: due compresse, una di Etinil-Estradiolo da 50 mcg e una di Levonorgestrel da 0,25 mg, in seguito vengono assunte 12 h più tardi altre due compresse, entrambe le dosi entro 72 h dal rapporto non protetto (Melega). L'efficacia di questo metodo è molto elevata, circa il 97-98% e consiste in un ritardo o inibizione dell'ovulazione, nonostante la elevata percentuale di successo l'uso è sconsigliato a causa della ricorrente incidenza di effetti collaterali come nausea e vomito, astenia, cefalee, algie pelviche e altre (Ibidem.).

Al momento la contraccezione di emergenza non rientra nelle pratiche abortive sebbene la discussione sia ancora aperta in alcuni contesti più conservativi, persiste appunto al riguardo un forte stigma verso le donne che utilizzano questo tipo di anticoncezionale, in alcuni casi medici e farmacisti obiettori di coscienza si rifiutano di prescrivere o vendere il contraccettivo di emergenza, creando una situazione di forte disagio alle donne che si rivolgono a loro.



**Figura 23:** Scatola di un contraccettivo d'emergenza “plan B” a base di Levonorgestrel, 2003, dalla collezione di artefatti del "MUVS"(Museum of Contraception and Abortion)

## **2.4    *Gli artefatti della contraccezione maschile***

Per quanto riguarda, invece, la contraccezione maschile le categorie che possiamo individuare sono poche, la motivazione come abbiamo visto finora è da attribuire alla distribuzione sbilanciata della responsabilità contraccettiva svolta sul corpo delle donne. La costruzione sociale di cosa vuol dire e come si mette in pratica la contraccezione ha infatti relegato la figura maschile ad un ruolo ausiliario rispetto a quello femminile, la divisione del lavoro di cura parte infatti dalla prevenzione quindi dalla contraccezione e dalle pratiche di controllo delle nascite. Nel tempo la secondarietà degli uomini all'interno del discorso contraccettivo si è concretizzata anche nella fossilizzazione dello sviluppo di tecnologie e dispositivi contraccettivi che agiscono sul corpo degli uomini, ad oggi il preservativo rimane infatti l'unico venduto ed utilizzato. Solo recentemente si è riaperto l'interesse da parte di piccoli gruppi di esperti nello sviluppo di un contraccettivo maschile reversibile, in forma di pillola a base ormonale o che si concentra sulla regolazione della spermatogenesi.

### **2.4. 1 *Preservativi***

Uno dei metodi più antichi e ancora oggi più utilizzati è il preservativo, la membrana protettiva infatti è stata utilizzata per secoli anche da popolazioni antiche, Egizi e Romani, nel '500 si è poi ampiamente diffusa come mezzo per il contenimento delle epidemie di sifilide, malattia sessualmente trasmissibile che in quel periodo era facilmente contraibile. I preservativi, infatti, hanno svolto in modo prevalente il ruolo di prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili piuttosto che di contraccettivo (Khan et. al., 2013). Come abbiamo visto questo ruolo e utilizzo dei preservativi è ancora oggi predominante sulla funzione contraccettiva.

È una tecnologia considerata inaffidabile sia dalla comunità medica che dall'opinione pubblica che spesso la svaluta e non la considera una possibile soluzione contraccettiva a lungo termine. La percentuale di fallimento dei preservativi, secondo l'Indice di Pearl, è del 18% per un uso tipico e del 2% per un uso ottimale (Tussell, 1999) è quindi sconsigliata da medici e specialisti ancora una volta reindirizzando verso l'uso di contraccettivi femminili come la pillola o la spirale contraccettiva (Kimport, 2018).

Inizialmente per costruire i preservativi si utilizzavano parti del corpo animale, pelli, intestini e vesciche, oltre che stoffe come il lino (Figura 24), la svolta tecnica che ha

permesso di sviluppare i preservativi come li conosciamo oggi è stato l'utilizzo della gomma.



*Figura 24: Preservativo di membrana animale, 1910, archivio della collezione sulla storia contraccettiva Dittrick Medical History Center.*

I preservativi erano fortemente collegati al mondo della prostituzione e alle malattie sessualmente trasmissibili, per questo la morale sessuale ha impedito per un lungo periodo la loro pubblicità. Questo aspetto, insieme al costo elevato dei primi modelli, non ha consentito la loro diffusione.

Dopo svariati tentativi di utilizzare la gomma naturale per fare i preservativi si è sviluppato il processo di vulcanizzazione, Charles Goodyear durante la rivoluzione industriale, attraverso l'aggiunta di una mistura di zolfo ed altri additivi alla gomma nella fase di fusione del materiale ha, infatti, scoperto che in questo modo l'oggetto creato sarebbe stato più resistente agli agenti esterni (Khan et. al., 2013).

Attraverso questo processo chimico è stato possibile produrre diversi contraccettivi, non solo i preservativi, ma anche pessari e cappucci cervicali.

Come per molti altri contraccettivi anche i preservativi hanno riscontrato una forte resistenza sociale, soprattutto da parte delle istituzioni nel contesto statunitense che disapprovavano l'uso e la pubblicizzazione di queste forme di controllo delle nascite, questo fino a che la diffusione incontrollata di malattie veneree ha colpito i soldati nella Guerra civile Americana del 1860 rendendone necessario l'uso <sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Dittick Medical History Center, La Guerra civile: sesso e soldati:  
<https://artsci.case.edu/dittrick/online-exhibits/history-of-birth-control/contraception-in-america-1800-1900/the-civil-war-sex-and-soldiers/>

Un'ulteriore innovazione nella produzione dei preservativi consiste nella tecnica di “*cement dipping*” che consiste nell’intingere degli stampi di vetro in una soluzione di gomma grezza miscelata con benzina o benzene per renderla più liquida (Figura 25), questo metodo fu brevettato nel 1912 da Julius Fromm. Nel 1920 l'utilizzo del Latex ha però sostituito la tecnica di Fomm e ad oggi è il più utilizzato. Il latex era più economico in quanto non utilizzava più la benzina ma necessitava solamente di sospendere il materiale in acqua, inoltre non necessitavano di essere modellati e levigati ed essendo più sottili e resistenti erano preferiti anche dai consumatori (Ibidem.).



**Figura 25: Preservativi della marca "Fomms", Germania, 1996, dalla collezione di artefatti del "MUVS"(Museum of Contraception and Abortion)**

Durante gli anni '60 e '70 fu nuovamente vietata la pubblicità che incoraggiava l'uso dei preservativi, ma negli anni '80 a fronte di un nuovo caso di emergenza sanitaria riguardante l'HIV, questa situazione si ribaltò e i preservativi divennero una componente fondamentale della prevenzione di questa malattia, vennero inoltre anche inclusi nei

programmi per il controllo delle nascite (Roepke, Schaff, 2014). Da questo momento il commercio dei preservativi esplose continuando ad espandersi fino a diventare un dispositivo utilizzato in tutto il mondo. Riaffermare la funzione sanitaria dei preservativi ha però avuto delle conseguenze nella percezione sociale che si ha di questa tecnologia, la loro doppia funzione infatti ha avuto il risultato di sminuire l'aspetto contraccettivo in favore della loro elevata efficacia come barriere protettive contro le malattie sessualmente trasmissibili.

Ciò che è interessante notare è che i cambiamenti strutturali della produzione dei preservativi hanno riguardato la procedura tecnica di manifattura ma soprattutto come si presenta e viene utilizzata questa tecnologia, l'aggiunta di caratteristiche estetiche che fungono da estensione della sessualità hanno reso i preservativi più di un contraccettivo o di uno strumento per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili. In questo caso l'obiettivo delle modifiche del contraccettivo non è stato migliorarne l'efficacia o ricercare una alternativa, al contrario sono state attuate per affievolire la sua spiacevolezza nel contesto del rapporto sessuale cercando di compensare attraverso l'aggiunta di attributi accessori che lo rendono divertente da utilizzare o il più possibile impercettibile. Caratteristiche come aggiunta di gusti, colori e forme che nel tempo hanno contribuito al successo dell'industria dei preservativi sono conformi e riproducono implicitamente la struttura sociale per cui la sessualità maschile possa e debba essere vissuta apertamente e a pieno, dimenticando la partecipazione degli uomini nella responsabilità contraccettiva. Sono moltissime le funzionalità e gli elementi aggiunti al semplice preservativo: gel lubrificanti o ritardanti, colori accesi o che si illuminano al buio, elementi aggiuntivi in silicone che ne rendono ruvida la superficie, l'aggiunta di gusti alla frutta o alla menta, le diverse misure di lunghezza larghezza e spessore sono solo alcune delle innumerevoli caratteristiche che sono state implementate.



*Figura 26: Confezione di preservativi di diversi colori della marca London, dalla collezione di artefatti del "MUVS"(Museum of Contraception and Abortion)*

Nonostante i preservativi rimangano l'unico contraccettivo indirizzato all'uso da parte degli uomini la contraccezione maschile sta vivendo in questo momento storico una forte rinascita, l'attenzione si è infatti spostata sulla possibilità di controllo riproduttivo anche sul corpo maschile, come abbiamo visto nel primo capitolo.

Sono molti i casi di implementazione di metodi ormonali anche per gli uomini, come ad esempio il tentativo di utilizzare progestinici con e senza testosterone per bloccare temporaneamente la produzione di sperma (Anversa, 2017). Attraverso lo studio della spermatogenesi, quindi il processo di maturazione dello sperma, è stato possibile ipotizzare quali farmaci potessero intervenire in questo processo per rallentarlo o bloccarlo. Il Levonorgestrel e il testosterone undecanoato o enantato (combinati con

progestinico) sono risultati i più efficaci in diversi studi (Reynolds-Wright et. al., 2019; Dianty, Midoen, 2022).

A differenza della maggioranza delle tecnologie finora descritte lo studio della contraccezione ormonale maschile ha avuto un forte supporto istituzionale, organizzazioni come la World Health Organization (WHO), la Contraceptive Research and Development (CONRAD) e il National Institute of Child Health and Human Development, infatti, hanno espresso un forte interesse allo studio di una possibile pillola maschile svolgendo diversi studi e test clinici di successo (Gava, Meriggiola, 2019). La forma orale dei contraccettivi ormonali maschili non è ancora stata sviluppata e per ora la somministrazione avviene attraverso iniezione o impianto sottocutaneo (Figura 27).



*Figura 27: Impianto sottocutaneo ormonale maschile, 2006, dalla collezione di artefatti del "MUVS"(Museum of Contraception and Abortion)*

L'obiettivo degli studi sulla contraccezione maschile è quello di produrre un metodo contraccettivo interamente reversibile con i minori effetti collaterali possibili. La necessità di questo tipo di contraccettivi è dettata dalla mancanza di contraccettivi maschili reversibili ed affidabili, i preservativi sono infatti gli unici al momento disponibili come metodo completamente reversibile.

La pillola maschile è a tutti gli effetti una tecnologia "in azione" (Latour, 1998) e gli effetti socialmente rilevanti che quest'ultima potrebbe avere sono consistenti, introdurrebbe la possibilità di avere un controllo autonomo della propria fertilità e di

essere inclusi nella responsabilità contraccettiva rovesciando così il paradigma odierno che vede le donne come uniche responsabili della contraccezione (Gava, Meriggiola, 2019).

In che direzione può andare lo sviluppo dei contraccettivi dipenderà da quanto i modelli sociali siano inclini al cambiamento. Abbiamo già parlato di nicchie di sperimentazioni che hanno la tendenza ad allargarsi, ciò può produrre un cambiamento a livello macro a partire appunto da questi ristretti gruppi pionieristici di esperti, nel successo di una tecnologia concorrono però molti altri attori sociali che influenzano come gli *user* percepiscono le tecnologie. Un attore fondamentale in questo processo è l'opinione pubblica rappresentata da quotidiani e testate giornalistiche che fanno da tramite tra la comunità scientifica e la società.

### ***3. Come si è sviluppato il discorso sulla contraccezione nella sfera pubblica***

#### ***3.1 Introduzione alla ricerca***

Per indagare come il discorso sulla contraccezione si è sviluppato nel corso del tempo è necessario integrare alla panoramica storica, svolta sugli artefatti, un'analisi del discorso pubblico all'interno dei media. Come abbiamo visto ci sono diversi elementi che concorrono alla costruzione sociale di un artefatto: il contesto storico e sociale, gli studi e le pubblicazioni scientifiche al riguardo, come e se gli *user* e le istituzioni si rapportano all'oggetto tecnologico e infine i media, anch'essi attori fondamentali in questo processo. Per seguire quindi, non solo il percorso di diffusione delle tecnologie contraccettive, ma anche e soprattutto gli argomenti ad essa legati, si può fare ricorso ai media: in questo caso si è deciso di utilizzare il mezzo della stampa giornalistica per documentare i *frame* – ossia le cornici interpretative – attraverso le quali il tema della contraccezione è stato rappresentato nell'ultimo decennio.

Per lo studio della rappresentazione nella sfera pubblica e di come la scienza e la tecnologia si costruiscono ed evolvono è utile il progetto TIPS (Technoscientific Issues in the Public Sphere), sviluppato con l'intento di raccogliere e analizzare i quotidiani italiani come base dati.

Attraverso l'uso di TIPS è stato possibile svolgere una analisi archivistica quantitativa del contenuto degli articoli che hanno rivolto particolare attenzione al tema della contraccezione dal 2010 ad oggi. Gli articoli pubblicati sulle maggiori testate giornalistiche italiane – come il Corriere della Sera, La Repubblica, La Stampa, Il Sole 24 Ore, Avvenire, il Giornale, Il Messaggero e Il Mattino – hanno quindi costituito il corpus complessivo sul quale sono state svolte operazioni di analisi dell'andamento e di analisi del contenuto.

L'analisi del contenuto è stata svolta attraverso il programma di analisi dei dati AntConc, che tramite il conteggio della frequenza con cui si presentano determinate parole all'interno di un corpus consente di inquadrare il focus del discorso e i protagonisti che emergono con più consistenza nel discorso sulla contraccezione.

L'obiettivo di questa analisi sarà quello di osservare cosa emerge nel discorso pubblico dei media quando si parla di contraccezione e in che modo questo influenza l'opinione sociale sull'argomento, osservare le cornici interpretative e gli attori che concorrono nella costruzione del discorso ci permette di fare ciò.

### ***3.2 Raccolta e analisi dei dati***

#### ***3.2.1 Costruzione del corpus dati sulla contraccezione***

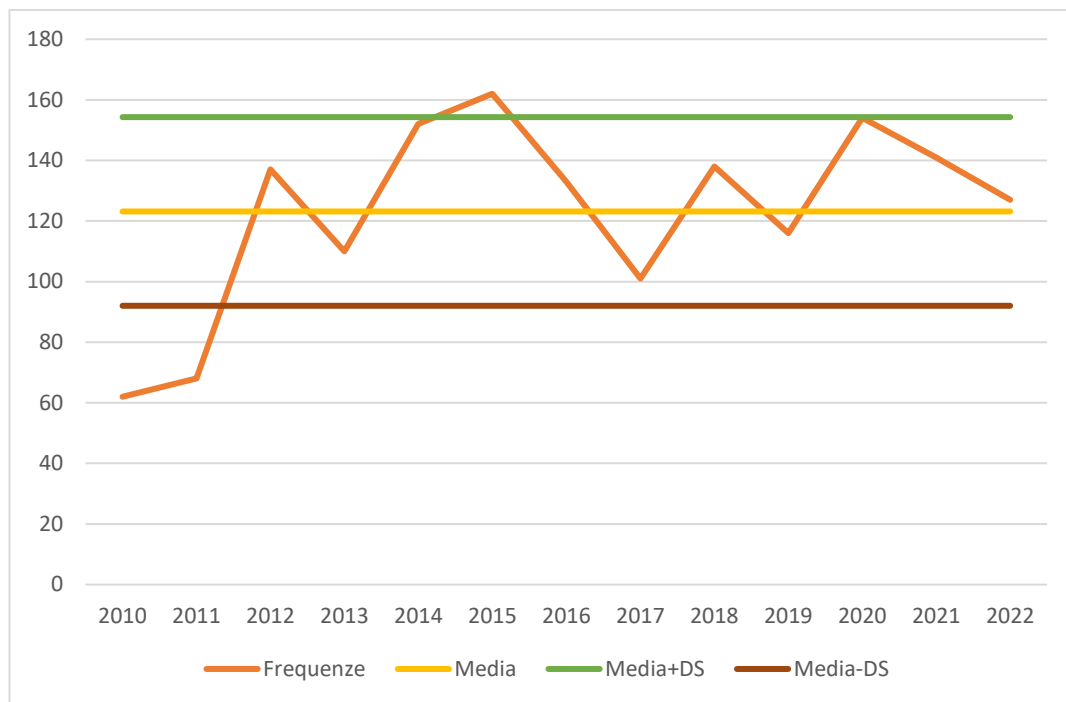
Il primo passo per la costruzione del corpus di articoli da analizzare è stato quello della “query design”: si è optato per utilizzare la query ampia che comprendesse la parola “contracce\*” in modo da includere sia il termine “contraccezione” che “contraccettivi/o”. Questo può essere considerato un corpus generale riferito alla contraccezione che ci fornisce una panoramica sul tema della contraccezione in Italia.

Il corpus è costituito di articoli a partire dal 2010 ad oggi (06/10/2022) Nonostante i due anni di pandemia di Sars-Cov-19 rappresentino un momento inquinante all'interno dell'insieme dei dati non è stato possibile escluderli in quanto negli ultimi due anni sono stati introdotti elementi fondamentali per la comprensione dell'evoluzione della presenza maschile all'interno del discorso sulla contraccezione. Le testate giornalistiche raccolte all'interno dell'archivio TIPS, citate in precedenza, sono state considerate nella loro totalità senza eseguire una distinzione tra una e l'altra.

Attraverso la ricerca si sono individuati 1601 articoli che sono stati in primo luogo utilizzati per costruire il grafico di andamento annuale e successivamente sono stati scaricati in formato “Archive” dalla piattaforma TIPS, per poter procedere con l'analisi attraverso il software di analisi dati AntConc.

#### ***3.2.2 Analisi dell'andamento***

Una prima analisi che risulta utile per comprendere in che modo il discorso pubblico sulla contraccezione si è costruito all'interno dei giornali è produrre un grafico andamento temporale attraverso il conteggio della distribuzione degli articoli nel tempo, per fare ciò si è optato per l'utilizzo di una granularità annuale. A partire dai dati raccolti si sono calcolate la media e la deviazione standard, parametri statistici utili per individuare le eventuali fasi di picco di attenzione in cui è alto l'interesse pubblico riguardo la contraccezione o valli in cui l'attenzione nel panorama pubblico è bassa.



**Grafico 1: Andamento articoli, per la query “Contracce\*”, per il periodo Gennaio 2010-Ottobre 2022, con granularità annuale (N=49); Fonte: Archivio TIPS**

Come possiamo osservare all’interno del grafico soprastante la fluttuazione dell’interesse da parte dei media riguardo al tema contraccettivo non è particolarmente elevata, ciò significa che stiamo trattando un tema stabilizzato e ricorsivo all’interno del discorso pubblico il cui unico picco di attenzione è riferito all’anno 2015.

Osservando a questo punto dell’analisi il contenuto degli articoli compresi nel picco tra gennaio e dicembre dell’anno 2015 si può già stabilire quali siano le *issue* importanti all’interno del discorso sulla contraccezione. In questo caso all’inizio dell’anno a cui ci stiamo riferendo si parla principalmente dei temi contraccettivi in relazione all’opinione della chiesa al loro riguardo, il tema dell’aborto emerge subito nel discorso e viene definito come pratica immorale e inaccettabile insieme anche alle pratiche contraccettive. Ciò può essere ricondotto alle prime visite ufficiali di Papa Francesco, due anni dopo la sua elezione, il pontefice attualmente in carica come capo della Chiesa, in particolare quella al congresso degli Stati Uniti, durante queste apparizioni pubbliche, infatti, il vicario si è esposto pubblicamente sulle tematiche centrali attorno alle quali si svolgono ancora discussioni e rinegoziazioni, come: l’immigrazione, l’aborto e la contraccezione e infine l’omosessualità. Anche il sinodo dei vescovi quell’anno di è occupato delle stesse tematiche.

Un'altra "issue" importante individuata nel corpus dati del 2015 è stata la riforma di legge riguardante l'obbligo di ricetta per la pillola del giorno dopo, o dei 5 giorni dopo, consistita nell'autorizzazione di vendita in farmacia senza ricetta per le maggiorenni. La riforma dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha prodotto nel discorso pubblico una discussione che ha permesso di introdurre nel discorso sulla contraccezione degli argomenti e problematizzazioni sulla questione dell'uso della pillola, in primis riguardo la definizione del contraccettivo di emergenza come pillola contraccettiva o abortiva e la questione legata ai rischi dell'uso del farmaco soprattutto senza che sia necessario un controllo medico diretto. Questi sono i *frames* che si delineano all'interno degli articoli pubblicati durante l'anno di picco osservato.

Già in questa prima osservazione abbiamo potuto vedere quali sono i temi e i *frames* che concorrono alla costruzione del discorso pubblico sulla contraccezione, anche nell'analisi successiva svolta attraverso il conteggio delle frequenze questi temi risulteranno ricorrenti, non solo in anni specifici ma al contrario permeando l'intera discussione lungo tutto il suo andamento.

### ***3.2 3 Prima analisi del corpus: Word list e Concordance***

Per svolgere l'analisi del contenuto della totalità degli articoli che costituiscono il corpus si è proceduto utilizzando AntConc. Dopo aver inserito una stop-list completa di tutte le parole più ricorrenti nella lingua italiana, o parole con errori di battitura, all'interno del software, per evitare che il risultato dell'analisi contenesse termini comuni e non utili al fine della ricerca, si è proceduto poi all'analisi vera e propria. Il passaggio successivo è stato caricare il corpus dati creato in precedenza in una directory all'interno del software: il risultato di questa operazione ha permesso di ottenere una word list, come dice letteralmente il termine una lista di parole in ordine decrescente in base alla frequenza con cui compaiono nei testi, pulita dagli elementi di disturbo e riportata nella tabella sottostante. Per navigare meglio all'interno dei temi e comprenderli si è deciso di raggruppare le parole che sono risultate più frequenti in sottogruppi in modo da distinguere gli argomenti chiave e per poterli successivamente contestualizzare.

I risultati dell'analisi svolta sui 1601 testi considerati è la seguente: 50732 Word Types e 529716 Word Tokens.

**Tabella 1: Word list delle prime 45 parole risultate all'analisi del corpus generale sulla contraccezione.**

| <b>Rank</b> | <b>Frequenza</b> | <b>Parola</b>         |
|-------------|------------------|-----------------------|
| 1           | 3877             | <i>donne</i>          |
| 2           | 1939             | <i>vita</i>           |
| 3           | 1710             | <i>aborto</i>         |
| 4           | 1596             | <i>pillola</i>        |
| 5           | 1509             | <i>contraccezione</i> |
| 6           | 1392             | <i>donna</i>          |
| 7           | 1336             | <i>gravidanza</i>     |
| 8           | 1243             | <i>salute</i>         |
| 10          | 1111             | <i>rischio</i>        |
| 11          | 1105             | <i>legge</i>          |
| 13          | 1001             | <i>contraccettivi</i> |
| 14          | 998              | <i>chiesa</i>         |
| 15          | 984              | <i>papa</i>           |
| 17          | 869              | <i>famiglia</i>       |
| 25          | 718              | <i>farmaci</i>        |
| 27          | 703              | <i>diritti</i>        |
| 32          | 646              | <i>uomini</i>         |
| 33          | 645              | <i>farmaco</i>        |
| 38          | 562              | <i>uomo</i>           |
| 43          | 526              | <i>francesco</i>      |
| 45          | 515              | <i>malattie</i>       |

Tra le parole più frequenti all'interno del corpus analizzato troviamo: al primo posto il termine “donne”, questo è coerente con il contesto sociale inerente alla contraccezione in cui sono appunto le donne le protagoniste e responsabili della contraccezione in tutti i suoi aspetti. In questa prima categoria che verrà denominata contraccezione femminile rientrano anche i termini: “donna” e “gravidanza”, anch’essi termini con frequenze molto alte e che si posizionano al sesto e settimo posto nella word list. Una seconda categoria che si può individuare è quella legata alla salute quindi ai rischi e malattie, ai farmaci e

all'ambito medico. Il tema della salute risulta più ricorrente rispetto a quello dei rischi e della malattia, confermando quanto detto in precedenza riguardo alla forte tendenza a minimizzare se non ignorare completamente le complicazioni legate all'uso dei contraccettivi sovrastimando al contrario gli effetti positivi sulla salute (Manzer, Bell, 2022). Un tema molto importante che è emerso, soprattutto considerando il fatto che l'analisi riguarda il contesto socioculturale italiano, è la presenza della Chiesa e del Papa, tanto che in specifico risulta tra le parole più diffuse il nome del pontefice attualmente in carica (Francesco), evidenziando quanto sia ancora centrale nel discorso contraccettivo l'opinione morale ecclesiastica al riguardo. Come sottocategoria di questo tema sono stati individuare anche i termini "vita" e "famiglia" come rientranti nel tema della morale e della Chiesa in quanto sono termini ampiamente utilizzati da movimenti sociali che rifiutano apertamente la contraccezione e ogni forma di controllo delle nascite, rifacendosi ad un modello di pensiero tradizionalista e conservatore da sempre legato alla morale cristiana cattolica (Tamanti, 2011). Infine, come ultima categoria si è individuata la presenza della componente maschile all'interno del discorso contraccettivo: anche se i termini "uomo" e "uomini" non sono emersi come tra quelli con le frequenze maggiori la loro presenza risulta nella lista, questo testimonia il fatto che la contraccezione sia concepita prevalentemente come una "questione femminile" e che gli uomini risultino soggetti periferici nel discorso sulla contraccezione. Ancora una volta si conferma quanto detto finora: gli uomini sono interpellati nei temi sulla contraccezione come soggetti esperti, medici, farmacisti od opinionisti più che come user delle tecnologie.

Altre parole interessanti che sono emerse dall'analisi sono "aborto" e "pillola", entrambe tra le prime parole per numero di frequenza, persino più pertinenti rispetto al termine "contraccezione", per questi due temi si è deciso di analizzare più in profondità osservando in che modo il discorso pubblico ne ha costruito e interpretato i *frames*.

In particolare, il tema dell'interruzione volontaria di gravidanza risulta estremamente ricorrente all'interno del discorso pubblico, il processo di ancoraggio principale è infatti riferito all'aborto individuato come *issue* all'interno della discussione sulla contraccezione, ciò significa che questo tema funge da tramite tra il tema generale, la contraccezione, e il pubblico a cui gli articoli si rivolgono.

Nonostante l'aborto non sia strettamente legato alla contraccezione, si tratta invero di una pratica di controllo delle nascite, i due temi sembrano intersecarsi nel discorso pubblico

dove vengono concepiti come equivalenti in alcuni casi. Possiamo infatti individuare distintamente due filoni tematici che esprimono il rapporto tra contraccezione ed aborto: il primo definisce i contraccettivi come strumento di prevenzione all'aborto, rientrando nella logica del processo di medicalizzazione subito dal corpo delle donne, un secondo *frame* invece equipara la contraccezione all'aborto non distinguendoli e chiamando in causa questioni morali ed etiche legate all'interruzione di gravidanza.

Il modo in cui si parla della contraccezione e dell'aborto e la loro stretta relazione reciproca è quindi fondamentale nella costruzione degli scenari sociotecnici che riguardano il tema preso in esame. È evidente, infatti, la dicotomia presente all'interno dei testi analizzati che si concretizza nel lessico e nei temi all'interno degli articoli rappresentativi di diversi aspetti ideologici, da una parte legati alla moralità e al sostegno della vita, in tutti i suoi aspetti, e dall'altra al sostegno dei diritti individuali delle donne. All'interno del discorso pubblico vi è una tensione ideologica tra due moralità contrastanti che si concretizzano nei diritti: il diritto alla vita e all'obiezione di coscienza si contrappongono ai diritti delle donne come individui liberi e al loro diritto di libertà di scelta per il proprio corpo e le proprie esperienze di vita.

La narrativa diventa contraddittoria e complessa polarizzandosi verso due direzioni opposte ed inconciliabili. Questa polarizzazione dell'opinione pubblica in merito alla contraccezione apre inoltre a posizioni intermedie da parte di soggetti intermediari, in questo caso i media giornalistici.

All'interno degli articoli sono stati rintracciati diversi gli elementi a sostegno delle due tesi sopraindicate: esperienze di vita, leggi, in particolare la Legge n. 194 che regola in Italia le procedure riguardo le interruzioni volontarie di gravidanza e il caso Roe vs. Wade che ha la stessa funzione legale negli Stati Uniti, e infine le procedure mediche ed ospedaliere che riguardano l'accesso alla contraccezione e all'aborto.

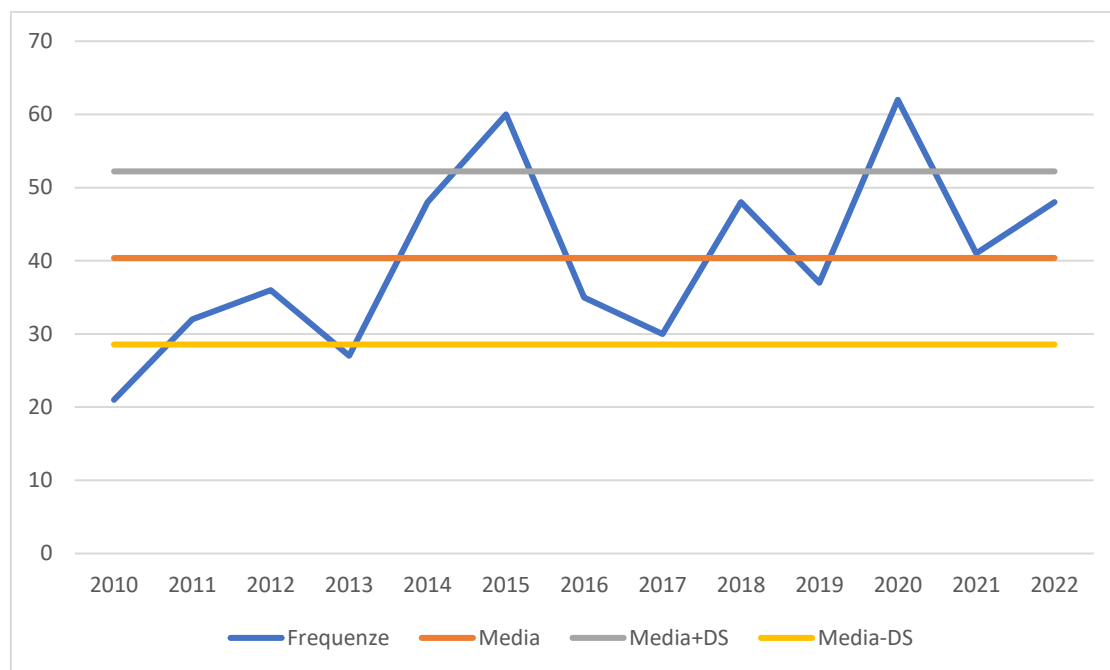
Un altro *frame* attraverso il quale la contraccezione viene affrontata nel dibattito pubblico riguarda i rischi legati all'interruzione di gravidanza e al fatto che possa configurarsi come una esperienza traumatica per le donne in quanto il sistema sanitario sembra non favorire tale percorso: a partire dalle difficoltà nel reperimento di un medico che non sia obiettore di coscienza, fino all'operazione vera e propria, rendendo l'esperienza complicata e stigmatizzante. A partire da questo si parla anche della legge 194 e della sanità in termini del processo di privatizzazione degli aborti che sta avvenendo, ciò è descritto sempre in

termini di moralità ma soprattutto si lega al tema della tutela delle donne e della loro salute. Anche la pillola contraccettiva, quindi, come abbiamo potuto vedere durante l'analisi dell'andamento all'interno del picco di attenzione, la pillola del giorno dopo o dei cinque giorni dopo, rientra come “issue” nel discorso contraccettivo. Anche quando si parla di questa tecnologia all'interno dei testi spesso ci si ricollega ai temi dell'interruzione volontaria di gravidanza, in particolare nei testi che si rifanno ad una ideologia antiabortista, che si batte quindi per il diritto alla vita, la pillola contraccettiva, come termine, viene utilizzato indistintamente da pillola abortiva, anche in questo caso utilizzando un tono accusatorio e descrivendo come pratica immorale la contraccezione d'emergenza.

### ***3.2 4 Focus sulla pillola contraccettiva***

Si è deciso, conseguentemente alle questioni emerse nella fase precedente, di svolgere una analisi aggiuntiva inerente al ruolo e alla rilevanza all'interno della discussione pubblica sulla contraccezione della pillola contraccettiva, si è proceduto come per il tema generale con una prima analisi dell'andamento temporale quantificato dalla numerosità degli articoli reperibili sul tema, e successivamente con un approccio qualitativo basato sull'analisi specifica dei testi degli articoli rinvenuti sulla piattaforma TIPS.

Per lo svolgimento di questa analisi sulla pillola risulta utile il confronto della tecnologia nella sua forma di contraccettivo femminile affermato ed estremamente diffuso e di contraccettivo emergente per gli uomini, a partire da questo presupposto sono state nuovamente definite le query necessarie per creare la base dati con la quale generare i due grafici di andamento. Per le tecnologie contraccettive in forma di pillola destinata alle donne si è optato per “pillola+contracce\*”, per il secondo grafico invece si è scelta la query “pillola+contracce\*+maschile”, i dati ricavati sono stati poi inseriti in un foglio Excel, conteggiati e divisi per la loro frequenza annuale (da Gennaio 2010 a Ottobre 2022), dopo aver calcolato la media e la deviazione standard dei dati raccolti si è proceduto a creare i grafici riportati successivamente.



**Grafico 2: Andamento articoli, per la query “Pillola+Contracce\*”, per il periodo Gennaio 2010-Ottobre 2022, con granularità annuale (N=525), Fonte: Archivio TIPS**

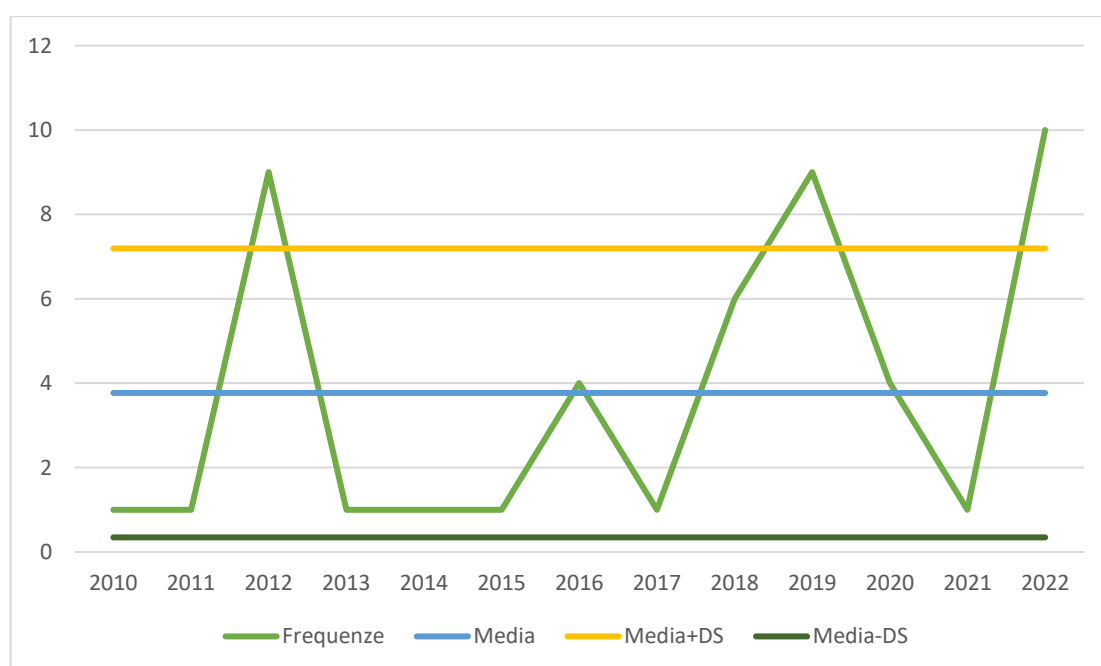
In questo primo grafico si può osservare la curva di andamento degli articoli riferiti al focus sulla pillola contraccettiva, la tecnologia della pillola è affermata all’interno del contesto sociale italiano, per questo possiamo vedere che il numero degli articoli al riguardo non ha dei picchi o delle valli molto pronunciati all’interno dell’andamento temporale. Gli unici due picchi presenti sono relativi all’anno 2015 e al 2020. Osservando più da vicino il contenuto degli articoli relativi all’anno 2015 molti di essi riguardano l’introduzione nel mercato della pillola dei cinque giorni dopo, che ha esteso i tempi di assunzione del contraccettivo di emergenza, la discussione si è concentrata sui possibili effetti collaterali e una proiezione nel futuro di ciò che l’introduzione di questa nuova forma del contraccettivo avrebbe potuto rappresentare. Nel picco del 2020, anno del 60° anniversario della pillola contraccettiva, la discussione continua a concentrarsi sulla pillola dei cinque giorni dopo ma si sposta sull’ampliamento della sua disponibilità di reperimento, viene infatti dichiarato dall’AIFA che la ricetta per acquistarla non sarà obbligatoria neanche per le minorenni.

Anche in questa fase di analisi persiste la discussione su cosa considerare contraccezione e cosa invece aborto, la pillola del giorno dopo è più volte all’interno dei testi definita abortiva mentre altre volte come contraccettiva, nonostante essa agisca inibendo l’ovulazione e agendo prima della fecondazione dell’ovulo e per questo non possa essere

considerata una pratica o tecnologia abortiva. Eppure in molti degli articoli considerati si continuano a descrivere come abortivi i contraccettivi d'emergenza, soprattutto nei contesi in cui prevale la morale pro vita e contro l'aborto.

È risultata interessante questa osservazione in quanto chi ha permesso di osservare l'evoluzione effettiva nel tempo di una tecnologia già stabile, la pillola nella sua forma di contraccettivo di emergenza, e non per questo meno soggetta a evoluzioni interne. Sempre nel picco del 2020 gli articoli riportano anche una discussione sulla pillola abortiva Ru486 e sugli aborti in day hospital, reintroducendo ancora una volta il pervasivo e divisorio tema dell'interruzione volontaria di gravidanza.

In seguito, possiamo osservare invece il grafico relativo ad una tecnologia nuova la pillola maschile o "pillolo", il cui numero di articoli estrapolati (49 articoli) è estremamente ridotto proprio in quanto si tratta di un artefatto emergente nella scena pubblica. Possiamo individuare delle valli e dei picchi molto pronunciati che indicano l'instabilità del tema ancora non diffuso e instabile all'interno del discorso mediatico.



**Grafico 3: Andamento articoli, per la query “Pillola+Contracce\*+maschile”, per il periodo Gennaio 2010-Ottobre 2022, con granularità annuale (N=49); Fonte: Archivio TIPS**

Gli articoli limitati reperiti sul tema della pillola maschile non possono essere statisticamente rilevanti per lo svolgimento di una analisi quantitativa, per questo si è optato per un approccio qualitativo andando ad analizzare nella loro interezza i contenuti

testuali di ogni articolo. Per l'analisi vera e propria quindi i materiali utilizzati sono pezzi di testo estrapolati da diversi articoli pubblicati tra il 2010 ad oggi.

I primi articoli presenti si distanziano temporalmente con una frequenza di circa un articolo all'anno, nel 2010 e 2011 sono infatti due e in entrambi si parla della possibilità di introduzione di una pillola maschile a seguito di esperimenti con esiti positivi sui topi, questa tendenza continua anche per il 2012 e per il 2013, con una numerosità maggiore di articoli che si interessano al tema.

Durante questo primo periodo gli articoli sono molto interessanti perché riportano perfettamente ciò che caratterizza una nuova tecnologia, soprattutto se sfida la costruzione egemonica della divisione della responsabilità riproduttiva e contraccettiva come fa la pillola maschile.

“La pillola maschile, da quando è stata formulata solo come ipotesi, è sempre stata guardata con diffidenza da entrambi i sessi. Gli uomini ne temevano l'effetto «devirilizzante», mentre le donne erano spaventate dalla sbadataggine tipicamente maschile. Il farmaco messo a punto nei laboratori israeliani promette di sciogliere finalmente queste paure: ricordarsi di prendere una compressa al mese o al trimestre non richiede certo una memoria da elefante e la dichiarata assenza di compromissione della virilità dovrebbe assicurare anche il più timoroso degli uomini. I test su volontari umani sono previsti per il prossimo anno.”<sup>6</sup>

Elementi come la diffidenza, la difficoltà per le donne di accettare che gli uomini siano responsabili della contraccezione in una coppia, il possibile effetto “demascolinizzante” per gli uomini nell'essere associati ad una attività che da sempre è stata riservata alle donne, sono tutti elementi che ci invitano a comprendere come i comportamenti socialmente associati al genere diventano fondamentali nel plasmare le tecnologie contraccettive (Oudshoorn, 2003). Un altro elemento importante che ricorre in questo primo gruppo di testi, che esplora l'associazione tra la pillola contraccettiva e il genere maschile, sono le promesse sociotecniche associate alla tecnologia contraccettiva che viene presentata come estremamente positiva, escludendo il discorso sui rischi.

---

<sup>6</sup> Articolo di Emanuela di Pasqua del 28 Giugno 2010: “Israele: fra 3 anni pronto il «pillolo» Non utilizza ormoni. Interferisce con una proteina necessaria alla fecondazione. Ma gli esperti italiani sono perplessi: «Molte le verifiche che vanno ancora fatte»”

Dal 2014 si inserisce anche una sfaccettatura riguardante la moralità e da divisione ineguale della responsabilità contraccettiva:

“Per la prevenzione si fanno sempre i soliti discorsi rivolti più alle donne, come se la fecondazione fosse solo un evento femminile, e si parla di educazione sessuale solo dal punto di vista riproduttivo (vedi i ginecologi quanta pubblicità fanno alla pillola contraccettiva), insomma tutta la responsabilità viene fatta ricadere sulle spalle delle ragazze/donne, ma una gravidanza è sempre iniziata facendo sesso in due e con l'eiaculazione del pene in vagina. Sì, certo, si parla anche del preservativo, ma non si fanno mai discorsi sulla paternità e sulle responsabilità che gli uomini hanno nella fecondazione dell'uovo femminile.”<sup>7</sup>

Dal 2016 al 2018 si introduce la vera e propria forma dei possibili contraccettivi dedicati al pubblico maschile, non si parla in questa fase solo di pillole ma anche di iniezioni e altre forme di somministrazione, si iniziano inoltre ad annunciare le prime ufficiali approvazioni di farmaci sperimentali da parte di enti già nominati precedentemente come l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Le tematiche affrontate durante questo lasso temporale sono: i possibili rischi legati all'uso del contraccettivo ormonale maschile, le descrizioni e i risultati dei trial e delle sperimentazioni ufficiali che hanno avuto luogo in diversi centri di ricerca e infine gli aspetti sociali e culturali legati all'introduzione di un contraccettivo maschile.

Il 2019 risulta un anno in cui c'è un interesse particolare da parte dei media nella discussione sulla contraccezione maschile in quanto viene presentato un possibile farmaco che agisce come contraccettivo maschile all'annuale incontro dell'Endocrine Society, quell'anno tenuto a New Orleans. Maggiori informazioni riguardo la tecnologia hanno significato una maggiore attenzione anche da parte dei non esperti e dei media. La tecnologia non risulta però ultimata quindi l'attenzione rimane concentrata su una proiezione delle possibili reazioni sociali alla sua introduzione nel mercato, soprattutto da parte dei soggetti a cui è diretta, gli *user*.

---

<sup>7</sup> Articolo del 23 Gennaio 2014: “Aborto: per prevenire gravidanze, maternità e paternità indesiderate, si deve intervenire anche sugli uomini, non solo sulle donne. Il dott. Vincenzo Puppo ci spiega come l'educazione sessuale per il piacere e alla paternità per i ragazzi nelle scuole può essere utile anche per prevenire l'aborto”

“Gli uomini sono pronti?

Se la ricerca ha ancora qualche anno di lavoro davanti a sé, a che punto è la società? Sembrerà strano, forse, ma molti uomini non hanno più riserve all'idea di utilizzare un contraccettivo orale. Secondo uno studio pubblicato ormai qualche anno fa su *Human Reproduction*, il 55% degli uomini che hanno una relazione stabile sarebbe disposto a utilizzare il cosiddetto pillolo. Più di recente, un sondaggio online realizzato dalla società di YouGov ha evidenziato che oltre il 70% degli uomini intervistati vede di buon occhio questo cambiamento culturale all'interno della coppia.”<sup>8</sup>

Nel 2020 e 2021 l'attenzione verso la novità rappresentata dalla pillola maschile è calata drasticamente per poi raggiungere il picco più alto nel 2022. I contenuti dei vari articoli pubblicati nel 2022 sono derivati da una maggiore diffusione e attenzione generale verso la contraccezione e a come questo aspetto della vita riproduce determinati modelli di genere, l'assunto che siano le donne a doversi occupare di tutti gli aspetti riproduttivi inizia a vacillare, secondo le varie fonti riportate nei giornali, e per questo si sarebbe pronti ad una “rivoluzione” introducendo anche gli uomini come attori responsabili del controllo delle nascite.

Il fattore dei rischi legati all'uso del farmaco contraccettivo sembra essere considerato estremamente centrale, l'obiettivo esternato è infatti quello di creare per gli uomini un contraccettivo senza effetti collaterali e che non prevede un impegno mentale giornaliero come quello di assumere una pillola. Questo come abbiamo visto (Dianty, Midoen, 2022) è un obiettivo che non è ancora stato raggiunto, si stima inoltre che alla ricerca servano ancora alcuni anni per avere risultati soddisfacenti per la comunità scientifica.

“I tentativi di sviluppare un equivalente di pillola per gli uomini agendo sull'ormone maschile del testosterone hanno infatti causato effetti collaterali indesiderati come

---

<sup>8</sup> Articolo di Marta Musso del 26 Marzo 2019: “Il "pillolo" maschile supera il primo esame. Ma c'è da aspettare ancora.”

aumento di peso, attacchi di depressione e aumento dei livelli di colesterolo, con conseguente aumento del rischio di malattie cardiache.”<sup>9</sup>

Gli effetti collaterali presenti nella citazione soprastante sono gli stessi che dagli anni 60' del secolo scorso furono riscontrati per i contraccettivi ormonali femminili e l'uso delle spirali, essi furono però in quel caso minimizzati o considerati “un male necessario”, ora diventano invece estremamente problematici negli studi sulla produzione di un contraccettivo maschile.

Un ulteriore elemento che risulta centrale nel discorso pubblico sulla pillola maschile è la scarsità di contraccettivi con effetti reversibili riservati all'uomo, ciò sembra creare una mancanza nella vita sessuale e riproduttiva degli uomini, che secondo i media sono invece pronti a prendere parte alla responsabilità contraccettiva della coppia ed usufruire di questo nuovo mezzo tecnologico.

A questo punto è interessante svolgere un'analisi specifica riguardante la contraccezione femminile e maschile, in quanto il diverso grado di responsabilizzazione in ambito contraccettivo per i due generi è un altro degli elementi ricorrenti all'interno del discorso pubblico, per fare questo è necessario creare due sub-corpus di dati contenente rispettivamente uno o l'altro tema. Come per l'analisi precedente si è proceduto in modo da definire precisamente la query per mirare la raccolta dati e successivamente il processamento di essi. Per non escludere dati rilevanti si sono scelte le seguenti formulazioni: per la contraccezione femminile “contracce\*ANDdonn\*” e per la contraccezione maschile “contracce\*ANDuom\*”, facendo questo dalla piattaforma TIPS risultano tutti gli articoli che contengono le parole “contraccezione” o “contraccettivi” con rispettivo riferimento alle “donne” o “donna” e agli “uomini” o “uomo”. Coerentemente con l'analisi del corpus precedente la presenza degli uomini (508 articoli) nel discorso pubblico sulla contraccezione è molto inferiore a quella delle donne (1063 articoli), è un risultato che è possibile prevedere anche contestualizzandolo nella letteratura e nell'analisi degli artefatti svolta nei capitoli precedenti la discrepanza di genere nella contraccezione. Generando successivamente una word list per ciascuno dei due corpus e si è continuata l'analisi attraverso lo strumento presente su AntConc della

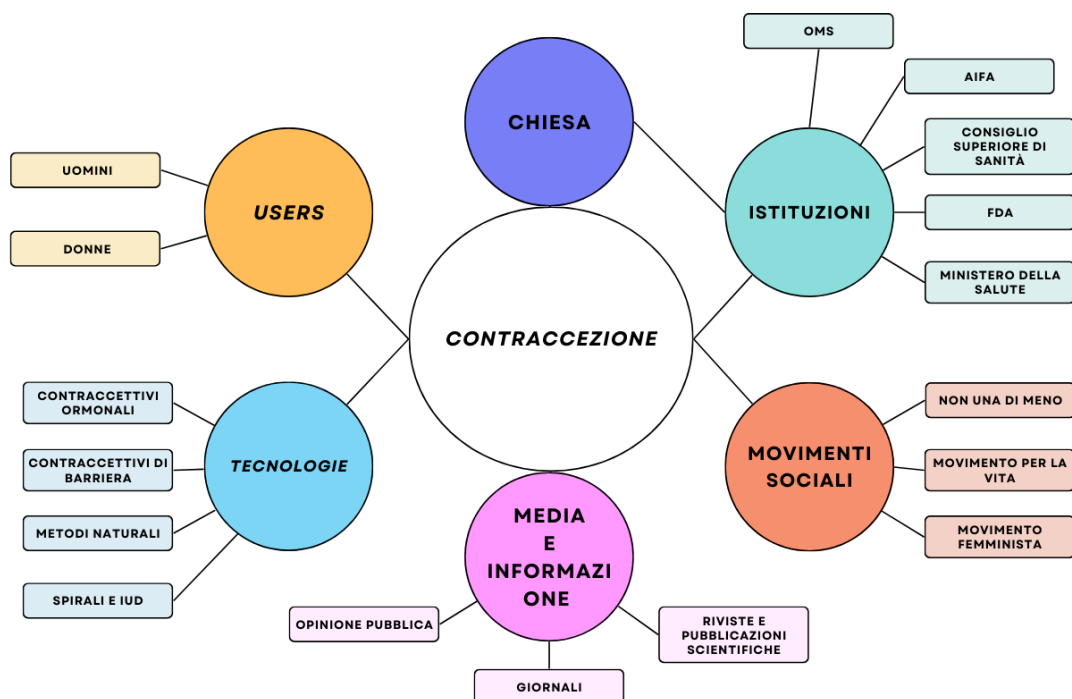
---

<sup>9</sup> Articolo del 24 Marzo 2022: “Pillola contraccettiva maschile “non ormonale”, in un anno al via la sperimentazione: funziona così. Efficace al 99% sui topi”

Keyword list, che permette di quantificare quanto un corpus dati differisce da un corpus di riferimento, si nota però che i due sub corpus si sovrappongono per la maggior parte del loro contenuto con il corpus generale sulla contraccezione, per questo la loro analisi specifica non verrà considerata necessaria per questa ricerca.

### ***3.3 Gli attori rilevanti nel discorso pubblico sulla contraccezione: analisi degli N-Grammi***

A partire dai dati emersi nell'analisi precedente si è deciso di rappresentare visivamente tutti quegli attori che prendono parte al discorso pubblico sul tema che si possono definire, secondo la teoria dell'evoluzione sociale degli artefatti (Bijker, 1998) gruppi sociali pertinenti. Nella fase precedente di analisi sono infatti emersi attori umani o non umani che concorrono al processo co-evolutivo delle tecnologie contraccettive e della contraccezione riportati nella mappa concettuale sottostante.



***Figura 28: Mappa concettuale di sintesi dei gruppi sociali pertinenti riguardanti la contraccezione***

Questa rappresentazione schematica raffigura semplicemente gli attori che prendono parte al discorso pubblico sulla contraccezione, per comprendere invece i rapporti che si formano tra loro e quali sono i *frames* teorici a cui essi si riferiscono si è utilizzata l'analisi degli N-Grammi e delle Concordance per alcuni di essi.

Attraverso l'osservazione delle Concordance e degli N-Grammi, due diverse sezioni all'interno del software AntConc, è infatti possibile contestualizzare nel discorso i termini che finora sono emersi e i temi ad essi legati. Le Concordance ci permettono di avere una visione di contesto partendo dalle parole specifiche creando una finestra sulle parti di testo intorno ad esse, gli N-Grammi invece calcolano quali insiemi di parole, termini che si trovano spesso insieme, sono maggiormente ricorrenti all'interno dei testi che compongono il corpus. I parametri utilizzati per il calcolo degli N-Grammi sono: una grandezza compresa tra 4 e 6, una frequenza minima di 10 e un range minimo di 3.

L'analisi sarà svolta a partire dalle parole e dai gruppi tematici individuati nella prima analisi svolta sulla word list.

In primo luogo, va analizzata la questione del genere che è risultata centrale, ricorsiva ed estremamente determinante durante questa ricerca sulla contraccezione.

Riprendendo il contesto in cui i termini "donna" e "donne" vengono utilizzati attraverso lo strumento delle Concordance, si individuano aspetti legati a diverse esperienze femminili, legate al vissuto corporeo e alla vita riproduttiva come la gravidanza e l'aborto. Le storie di vita vengono riportate come esempi all'interno dei testi per supportare la tesi sostenuta nell'articolo, come abbiamo visto in precedenza descrivere in determinato modo delle situazioni che possono essere le stesse modifica i *frame* interpretativi che riguardano quell'argomento. I soggetti principali all'interno di questo tipo di narrazioni sono le donne, ancora una volta responsabili della contraccezione e di tutti gli aspetti che ad essa si legano, in primis la gravidanza. Sia la gravidanza che l'aborto possono infatti essere considerati nella loro totalità un'esperienza delle donne in quanto capacità esclusiva del corpo femminile e per questo sono le loro esperienze quelle riportate all'interno del corpus dati. All'interno della lista generata dall'analisi degli N-Grammi sono quindi nuovamente risultati diffusi i temi dell'interruzione volontaria di gravidanza, della pillola del giorno dopo o dei cinque giorni dopo, insieme all'obiezione di coscienza e alle discussioni legate alle leggi e ai diritti correlati a questi argomenti, di cui abbiamo discusso ampiamente nel paragrafo precedente.

**Tabella 2: Frequenze e range degli N-Grammi collegati al tema “genere”.**

| <b><i>Frequenza</i></b> | <b><i>Range</i></b> | <b><i>N-Gramma</i></b>                |
|-------------------------|---------------------|---------------------------------------|
| 241                     | 131                 | pillola del giorno dopo               |
| 109                     | 54                  | pillola dei giorni dopo               |
| 104                     | 80                  | interruzione volontaria di gravidanza |
| 55                      | 40                  | pillola dei cinque giorni             |
| 50                      | 32                  | l obiezione di coscienza              |
| 48                      | 37                  | il controllo delle nascite            |
| 47                      | 35                  | il diritto all aborto                 |
| 41                      | 35                  | i diritti delle donne                 |
| 39                      | 30                  | diritti sessuali e riproduttivi       |
| 39                      | 31                  | la contraccezione d emergenza         |
| 22                      | 19                  | le donne in gravidanza                |
| 22                      | 12                  | non una di meno                       |
| 21                      | 17                  | diritto all obiezione di coscienza    |

In questo tipo di analisi emergono anche i soggetti che prendono parte al discorso pubblico riguardo la contraccezione, il gruppo di attivismo sociale di stampo femminista “non una di meno” che si presenta con una frequenza degli N-Grammi di 22 è uno di questi. Non una di meno rappresenta una soggettività che ancora una volta si occupa di questioni come l’accessibilità all’aborto e alla contraccezione gratuita, queste sono solo alcune delle battaglie che il gruppo ha fatto proprie con l’obiettivo di tutelare la salute e i diritti delle donne.

Per quanto riguarda invece l’analisi della presenza degli uomini all’interno dell’insieme dei dati raccolti l’analisi delle Concordance non emergono argomenti specifici che caratterizzano i *frames* che contornano i termini “uomo” o “uomini”, nella maggioranza dei casi sono legati ad altri soggetti come le donne o la Chiesa, dimostrando che mantengono un ruolo marginale o accessorio nel discorso contraccettivo.

La presenza, invece, del tema dei diritti e delle leggi dimostra come venga ritenuto importante nel discorso pubblico tutto ciò che è legato alle politiche sociali e all’esercizio

dei diritti fondamentali dell'individuo, sia che essi vengano intesi come diritto alla vita, all'obiezione o all'aborto.

Il tema dei rischi e della salute legati all'uso e diffusione della contraccezione sembra non essere rilevante all'interno del discorso pubblico in materia di contraccezione come si evince dall'analisi degli N-Grammi. “Salute sessuale e riproduttiva” e “le malattie sessualmente trasmissibili” sono insiemi di parole riportati nella tabella sottostante che dimostrano come la contraccezione si leghi direttamente all'ambito medico riferito alla salute sessuale e alla prevenzione del rischio. Il tema del rischio è anche legato all'uso di alcune tecnologie contraccettive, come la pillola contraccettiva e la pillola del giorno dopo che sono, infatti, connesse ad un maggiore rischio di trombi e possibili rischi di tumori, per questo è un punto fondamentale di discussione presente nei testi considerati. Ho voluto mantenere anche l'N-gramma “educazione sessuale nelle scuole” in quanto sembra anch'esso un tema fonte di conflitto all'interno del discorso pubblico sulla contraccezione. Come per il tema dell'aborto si è infatti creata una evidente spaccatura di opinione all'interno del dibattito pubblico, divisa tra chi sostiene la necessità di una maggiore educazione alla sessualità nelle scuole e chi la reputa al contrario dannosa o non ritiene sia il contesto adatto per questo tipo di informazione. Al riguardo si riportano molte delle iniziative presentate in Italia per l'introduzione di corsi che promuovessero all'interno dei contesti scolastici degli spazi per informare sulle leggi e sulla prevenzione, in specifico sui contraccettivi, che però non sono poi state implementate. Questa tematica si lega strettamente alla prevenzione del rischio, sia riguardo le malattie sessualmente trasmissibili sia per le gravidanze indesiderate.

**Tabella 3: Frequenze e range degli N-Grammi collegati al tema “rischi e salute”**

| <b><i>Frequenza</i></b> | <b><i>Range</i></b> | <b><i>N-Gramma</i></b>                       |
|-------------------------|---------------------|----------------------------------------------|
| 71                      | 64                  | agenzia italiana del farmaco                 |
| 69                      | 44                  | consiglio superiore di sanità                |
| 68                      | 63                  | organizzazione mondiale della sanità         |
| 60                      | 50                  | del ministero della salute                   |
| 59                      | 42                  | salute sessuale e riproduttiva               |
| 42                      | 39                  | società italiana di ginecologia e ostetricia |
| 40                      | 28                  | istituto superiore di sanità                 |
| 39                      | 27                  | educazione sessuale nelle scuole             |
| 38                      | 28                  | la salute delle donne                        |
| 27                      | 22                  | le malattie sessualmente trasmissibili       |
| 26                      | 20                  | aumenta il rischio di                        |
| 24                      | 22                  | food and drug administration                 |
| 24                      | 20                  | l obbligo di ricetta                         |
| 23                      | 21                  | ridurre il rischio di                        |
| 21                      | 12                  | il rischio di tumore                         |

Emergono inoltre all’interno degli articoli molti soggetti di autorità istituzionale e sovra istituzionale che si occupano di salute, rischi e prevenzione che in questo caso riguardano le pratiche e tecnologie contraccettive o di interruzione di gravidanza.

Per prima incontriamo l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il Consiglio Superiore di Sanità, l’Istituto Superiore di Sanità, la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia e infine la Food and Drugs Administration (FDA). Il coinvolgimento di organizzazioni e organi statali nel discorso pubblico contraccettivo palesa quanto la contraccezione e le tecnologie contraccettive abbiano subito un esteso processo di istituzionalizzazione, in ambito medico e farmaceutico. Le tecnologie contraccettive infatti si sono normalizzate, nel discorso pubblico, come questioni prevalentemente di tipo medico-sanitarie. Il processo di medicalizzazione (Conrad, 1992) della contraccezione, ha quindi affidato questioni che

per molto tempo sono state questioni morali alla medicina. Nonostante però l'istituzionalizzazione della sessualità permane in maniera consistente una discussione di tipo ideologica che tratta questioni come l'aborto e la contraccezione mantenendo un approccio moralistico e non empirico, non basato quindi sui risultati dimostrati dalla medicina moderna.

Un ulteriore aspetto al riguardo che è possibile analizzare è quello del ruolo della Chiesa nella costruzione della morale nell'ambito contraccettivo oltre a molti altri aspetti della vita sociale. Come abbiamo visto la presenza della Chiesa cattolica è persistente all'interno della discussione pubblica sulla contraccezione, ciò è possibile attribuirlo alla storia e cultura italiana che è stata influenzata dalla presenza della Città del Vaticano in cui risiede il massimo rappresentante della Chiesa cattolica, il Papa.

*Tabella 4: Frequenze e range degli N-Grammi collegati al tema “gruppi religiosi e morale cristiana”*

| <i><b>Frequenza</b></i> | <i><b>Range</b></i> | <i><b>N-Grammi</b></i>                   |
|-------------------------|---------------------|------------------------------------------|
| 42                      | 23                  | movimento per la vita                    |
| 29                      | 21                  | congregazione per la dottrina della fede |
| 25                      | 19                  | presidente della conferenza episcopale   |

In particolare, i soggetti che sono parte del mondo cattolico e che prendono parte alla discussione pubblica sulla contraccezione sono gruppi sociali di minoranza, uno dei più conosciuti è l'Onlus Pro Vita e Famiglia<sup>10</sup> anche se nell'analisi degli N-Grammi svolta si distinguono il Movimento per la Vita<sup>11</sup>, un'associazione di promozione sociale il cui obiettivo è la salvaguardia del diritto alla vita e alla dignità e altri organi ufficiali della Chiesa. Le associazioni e organizzazioni citate si occupano principalmente di contrastare il diritto all'aborto in quanto considerato moralmente sbagliato ma il ruolo della Chiesa nel corso della storia ha influenzato anche il modo in cui i fedeli vivono e percepiscono la propria sessualità e quella altrui introducendo tabù e limitazioni che confinano questo aspetto della vita, la contraccezione, alla sua finalità procreativa (Tamanti, 2011).

<sup>10</sup> Sito ufficiale dell'Onlus Pro Vita e Famiglia; sezione articoli sulla contraccezione: <https://www.provitaefamiglia.it/blog/contraccezione>

<sup>11</sup> Sito ufficiale dell'associazione Movimento per la Vita: <https://www.mpv.org/>

Quest'analisi ha portato a galla elementi centrali nel discorso che all'interno dei media si è formato sulla contraccezione. La contraccezione è essenzialmente costruita intorno a questioni riguardanti la sua forma di farmaco, in specifico i contraccettivi di emergenza, la questione dell'incompatibilità dei diritti che crea una barriera al loro esercizio e, infine, alla definizione e legittimità dell'aborto.

Nei media gli elementi e i temi a cui è rivolto un particolare interesse sono quelli che suscitano discussione in quanto sono più notiziabili rispetto ad argomenti su tecnologie consolidate, come possono essere i preservativi, o tecnologie poco utilizzate come può essere il pessario occlusivo, e per questo risultano più ricorrenti all'interno del discorso pubblico. Sono però i temi centrali nel discorso che compongono i *frame* riguardanti la contraccezione e in qualche modo stabiliscono i termini e i modi in cui il pubblico ne parla. Possiamo inoltre inferire che la discussione si basa su degli assunti morali frutto di un lungo processo di tabuizzazione della contraccezione, dell'aborto e della sessualità, che come abbiamo visto continua ad influenzare la percezione che si ha delle pratiche e tecnologie contraccettive riproducendo in questo modo i modelli sociali di pensiero già consolidati sull'argomento.

## ***Conclusioni***

La contraccezione è un tema complesso così come il processo di innovazione legato alle pratiche e le tecnologie ad essa associate. La contraccezione oggi è ormai parte della nostra vita sociale e innumerevoli tipi di contraccettivi sono largamente diffusi e utilizzati. Nonostante ciò, la contraccezione rimane un tema molto controverso che nella società odierna è spesso circondato di tabù, che chiamano in causa la morale, l'etica in quanto crocevia di diversi ambiti: dalla sessualità, alla riproduzione, alle questioni concernenti il genere e i comportamenti e le aspettative ad esso associati. Ponendo attenzione all'evoluzione delle pratiche e delle tecnologie associate alla contraccezione, prima da guardando agli antecedenti tecnici e culturali e poi studiando il discorso pubblico nei quotidiani, è stato possibile delineare il modo la materialità della contraccezione si sia plasmata insieme alla società e alla morale. Le tecnologie della contraccezione sono mutate e tutt'ora si modificano, come abbiamo potuto appurare, in relazione alle dinamiche sociali concernenti specifici modelli di comportamento.

Il genere è un elemento determinante e definitorio nel contesto della contraccezione e del discorso pubblico riguardo ad essa, a partire dai modelli sociali si è, infatti, costruito nel tempo uno standard di pensiero e comportamento che riveste di una maggiore responsabilità contraccettiva le donne, rispetto agli uomini. Indagando sulla contraccezione abbiamo potuto notare un recentissimo cambio di rotta, per cui viene riposta una forte fiducia nella modificazione degli script che finora hanno caratterizzato la contraccezione, includendo anche gli uomini come possibili soggettività attive nel contesto del controllo delle nascite. Il discorso pubblico sulla contraccezione è però comunque caratterizzato principalmente da altre "issue", che lo rendono tuttora un tema divisivo all'interno della società. L'associazione ricorrente che viene fatta tra contraccezione e aborto o contraccezione e educazione sessuale, entrambi temi fortemente stigmatizzati, rendono più difficile parlare liberamente del tema circondando anch'esso di riserve e tabù.

Un punto fondamentale che è emerso è il tema dell'aborto, come abbiamo già detto caratterizza molto in particolare il discorso pubblico, fino in parte ad oscurare l'attenzione rivolta ad altri aspetti che compongono i metodi di controllo delle nascite, persino la contraccezione stessa. Inglobare la contraccezione nel tema dell'interruzione volontaria di gravidanza sortisce l'effetto di rendere anch'essa una pratica fortemente stigmatizzata

da parte di alcuni gruppi e movimenti sociali, come nel caso dei movimenti cattolici, mentre per altri, tale associazione, rende la questione della contraccezione uno strumento di liberazione, così come è stato per l'aborto, dalla funzione meramente riproduttiva a cui le donne sono state per lungo tempo relegate nella nostra società. Questa polarizzazione del dibattito, tuttavia, lascia da parte sia il discorso sul rischio dei farmaci legati alla pratica contraccettiva, sia il fatto che a correrli sia essenzialmente la popolazione femminile alla quale viene demandata la responsabilità contraccettiva.

## ***Bibliografia:***

- Aversa, A. (2017). Impatto dei diversi progestinici con o senza testosterone transdermico sui livelli di gonadotropine per la contraccezione maschile ormonale non invasiva: Uno studio clinico randomizzato. *L'Endocrinologo*, 18(6), 303–304. <https://doi.org/10.1007/s40619-017-0367-2>
- Baggio, G. (2015). Dalla medicina di genere alla medicina genere-specifica. *Italian Journal of Gender-Specific Medicine*; 1: 3-5.
- Barber, J. S., & Axinn, W. G. (2004). New ideas and fertility limitation: The role of mass media. *Journal of Marriage and Family*, 66(5), 1180–1200. <https://doi.org/10.1111/j.0022-2445.2004.00086.x>
- Bijker. (1998). La bicicletta e altre innovazioni. McGraw-Hill.
- Brauner-Otto, S., Yarger, J., & Abma, J. (2012). Does it matter how you ask? Question wording and males' reporting of contraceptive use at last sex. *Social Science Research*, 41(5), 1028–1036. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2012.04.004>
- Clarke Adele E., Shim Janet K., Mamo Laura, Fosket Jennifer Ruth and Fishman Jennifer R. (2003), Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, Vol. 68, No. 2, 161-194.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. 25. *Annual Review of Sociology*, Vol. 18, pp. 209-232. <https://www.jstor.org/stable/2083452>
- Conrad, P., Leiter V. (2004). Medicalization, Markets and Consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 45, Extra Issue: Health and Health Care in the United States: Origins and Dynamics, pp. 158-176. <https://www.jstor.org/stable/3653830>
- Dereuddre, R., Buffel, V., & Bracke, P. (2017). Power and the gendered division of contraceptive use in Western European couples. *Social Science Research*, 64, 263–276. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2016.10.004>
- Dianty, R. S., & Midoen, Y. H. (2022). Comparison of Testosterone Undecanoate (TU) and Testosterone Enanthate (TE) with Combination of Depot Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) on Spermatogenic Cells in Men. *Journal of Biomedicine and Translational Research*, 7.
- Dismore, L., Van Wersch, A., & Swainston, K. (2016). Social constructions of the male contraception pill: When are we going to break the vicious circle? *Journal of Health Psychology*, 21(5), 788–797. <https://doi.org/10.1177/1359105314539528>

- Dhont, M. (2010). History of oral contraception. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 15(sup2), S12–S18. <https://doi.org/10.3109/13625187.2010.513071>
- Fennell, J. L. (2011). Men Bring Condoms, Women Take Pills: Men's and Women's Roles in Contraceptive Decision Making. *Gender & Society*, 25(4), 496–521. <https://doi.org/10.1177/0891243211416113>
- Gava, G., & Meriggiola, M. C. (2019). Update on male hormonal contraception. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 10, 204201881983484. <https://doi.org/10.1177/2042018819834846>
- Grimes, D. A., Gallo, M. F., Halpern, V., Nanda, K., Schulz, K. F., & Lopez, L. M. (2004). Fertility awareness-based methods for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004860.pub2>
- Giorgino, F. L. (2009). Donne, Uomini e Medicina di Genere. *Rivista Italiana Ostetricia Ginecologia* - Num. 21 - Salute donna.
- Hilgers, T. W. (1978). The Ovulation Method: Ten Years of Research. *The Linacre Quarterly*: Vol. 45: No. 4, Article 10. <http://epublications.marquette.edu/lnq/vol45/iss4/10>.
- Keating Allison (2020). The History of the Birth Control Pill. *The Journal of Undergraduate Social Work Research*, Volume 4, Issue 2.
- Kent, K., Johnston, M., Strump, N., & Garcia, T. X. (2020). Toward Development of the Male Pill: A Decade of Potential Non-hormonal Contraceptive Targets. *Frontiers in Cell and Developmental Biology*, 8, 61. <https://doi.org/10.3389/fcell.2020.00061>
- Khan, F., Mukhtar, S., Sriprasad, S., & Dickinson, I. (2013). The story of the condom. *Indian Journal of Urology*, 29(1), 12. <https://doi.org/10.4103/0970-1591.109976>
- Kimport, K. (2018). Talking about male body-based contraceptives: The counseling visit and the feminization of contraception. *Social Science & Medicine*, 201, 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.040>
- Latour. (1998). *La scienza in azione: introduzione alla sociologia della scienza*. Edizioni di Comunità.
- Loconsole, M. (2017) *Storia della contraccezione in Italia tra falsi moralisti, scienziati e sessisti*. Pendragon.

- Lupton, D. (2015). Quantified sex: A critical analysis of sexual and reproductive self-tracking using apps. *Culture, Health & Sexuality*, 17(4), 440–453. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.920528>
- Magaudda, P., & Neresini, F. (2020). Gli studi sociali sulla scienza e la tecnologia. Il Mulino.
- Malthus, T. R. (1868). Saggio sul principio della popolazione. Del principio di popolazione. Stamperia dell'Unione tipografico editrice.
- Manzer, J. L., & Bell, A. V. (2022). “Did I Choose a Birth Control Method Yet?”: Health Care and Women’s Contraceptive Decision-Making. *Qualitative Health Research*, 32(1), 80–94. <https://doi.org/10.1177/10497323211004081>
- Melega, C. (s.d.). *CONTRACCEZIONE DI EMERGENZA. Rivista Italiana Ostetricia Ginecologia* - Vol. 2 - La contraccezione di emergenza.
- Oudshoorn, N. (1999). On Masculinities, Technologies, and Pain: The Testing of Male Contraceptives in the Clinic and the Media. 25.
- Oudshoorn, N. (2003) *The Male Pill: a Biography of a Technology in the Making*. Duke University Press.
- Oudshoorn, N., & Pinch, T. (A c. Di). (2003). *How users matter: The co-construction of users and technologies*. MIT Press.
- Reynolds-Wright, J. J., & Anderson, R. A. (2019). Male contraception: Where are we going and where have we been? *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 45(4), 236–242. <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2019-200395>
- Riddle, J. M. (1992) *Contraception and Abortion from the Ancient World to the Renaissance*. Harvard University press, Harvard.
- Roepke, C. L., & Schaff, E. A. (2014). Long Tail Strings: Impact of the Dalkon Shield 40 Years Later. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 04(16), 996–1005. <https://doi.org/10.4236/ojog.2014.416140>
- Saetnan, Ann Rudinow, et al. (2000) *Bodies of Technology: Women’s Involvement with Reproductive Medicine*. Ohio State University Press, Columbus.
- Salvini, Silvana. (1997) *Contraccezione e pianificazione familiare: trasformazioni sociali e controllo della popolazione nei paesi in via di sviluppo*. Il Mulino. Bologna.
- Schwartz, J. L., Weiner, D. H., Lai, J. J., Frazier, R. G., Creinin, M. D., Archer, D. F., Bradley, L., Barnhart, K. T., Poindexter, A., Kilbourne-Brook, M., Callahan, M. M.,

- & Mauck, C. K. (2015). Contraceptive Efficacy, Safety, Fit, and Acceptability of a Single-Size Diaphragm Developed With End-User Input. *Obstetrics & Gynecology*, 125(4), 895–903. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000721>
- Scommegna, A., Pandya, G. N., Christ, M., Lee, A. W., & Cohen, M. R. (1970). Intrauterine Administration of Progesterone by a Slow Releasing Device. *Fertility and Sterility*, 21(3), 201–210. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)37382-4](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)37382-4)
- Siân Beynon-Jones. (2009). Feminist Cultural Studies of Science and Technology, and: The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making, and: Messengers of Sex: Hormones, Biomedicine and Feminism (review). *WSQ: Women's Studies Quarterly*, 37(1–2), 284–288. <https://doi.org/10.1353/wsqr.0.0134>
- Takeshita, C. (2010). The IUD in Me: On Embodying Feminist Technoscience Studies. *Science as Culture*, 19(1), 37–60. <https://doi.org/10.1080/09505430903558021>
- Tamanti, R. (2011). Contraccezione: materia grave o lieve di peccato? *Gregorianum*, 92(3), 495–516. <http://www.jstor.org/stable/43922414>
- Thiery, M. (2000). Intrauterine contraception: From silver ring to intrauterine contraceptive implant. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 90(2), 145–152. [https://doi.org/10.1016/S0301-2115\(00\)00262-1](https://doi.org/10.1016/S0301-2115(00)00262-1)
- Trussell, J., Strickler, J., & Vaughan, B. (1993). Contraceptive Efficacy of the Diaphragm, the Sponge and the Cervical Cap. *Family Planning Perspectives*, 25(3), 100. <https://doi.org/10.2307/2136156>
- World Health Organization. (2019). *Caring for women subjected to violence: A WHO curriculum for training health-care providers*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330084>
- Yu, J.-L., Su, Y.-F., Zhang, C., Jin, L., Lin, X.-H., Chen, L.-T., Huang, H.-F., & Wu, Y.-T. (2022). Tracking of menstrual cycles and prediction of the fertile window via measurements of basal body temperature and heart rate as well as machine-learning algorithms. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 20(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12958-022-00993-4>
- Viola A (2022). Il sesso è (quasi) tutto: evoluzione, diversità e medicina di genere. Feltrinelli. Milano.