

Pratiche negoziate di prevenzione della fecondazione

Micol Pizzolati

Università del Molise

Abstract

This paper is dedicated to investigating the actual implications gender roles play in making contraceptive choices specifically focusing on the findings from a qualitative study that explored the contraceptive experiences of twenty-five women from South-central Italy who have used emergency hormonal contraception at least once. An analysis of the contraceptive biographies narrated by the subjects, from her first sexual intercourse to all later experiences, reveals heterogeneous experiences in negotiating contraceptive choices, where sometimes the partner's preferences prevailed over the woman's preference, yet the women differed in their responses. Contraception failures and the partner's role in the decision to take the morning after pill are described with an outline of how those experiences impact future contraceptive choices and the perceptions of acceptance of this method in the family and social context of the women interviewed.

Keywords: control of fertilization, emergency contraception, negotiation, prevention practices, female responsibility in contraception.

1. Introduzione

Le preferenze per alcune pratiche di controllo della fecondazione piuttosto che per altre sono determinate dalle opinioni personali sull'efficacia e sulla nocività dei metodi di contraccezione disponibili e dal grado di accettabilità di cui i differenti metodi godono nello specifico contesto sociale: questa si determina in relazione sia all'età anagrafica che alla temporalità sociale della donna, definita a sua volta dalla posizione nel percorso di istruzione e nella sfera del lavoro, sia alla rappresentazione dei ruoli sessuali e riproduttivi legati al corpo femminile e al controllo della maternità (Borgna 2005). A partire dalle preferenze, le scelte effettuate tra le possibili opzioni di protezione esistenti si determinano attraverso una negoziazione nell'ambito del contesto affettivo in cui si compiono i rapporti sessuali (Amsellem-Mainguy 2008), nella quale i partner tengono conto oltre che dell'intenzione di ritardare la maternità, anche della fiducia reciproca e del desiderio di trarre piacere dal rapporto sessuale (Fennel 20011). Nella relazione di coppia, la scelta di un metodo di controllo della fecondazione e la sua gestione nei rapporti sessuali sono quindi oggetto di una trattativa che, da un punto di vista analitico, può caratterizzarsi come consensuale o come conflittuale (Desjeux 2008a), ma che sarà più sfocata e meno definibile nella pratica empirica.

Da un decennio a questa parte al ventaglio dei metodi tecnologici di controllo della fecondazione disponibili in Italia (Pizzolati 2013) si è aggiunta la contraccezione ormonale post-coitale (nel linguaggio corrente "pillola del giorno dopo"), assumibile in seguito a un fallimento della pratica di controllo della gravidanza. Al ricorso alla contraccezione di emergenza si associa una rappresentazione sociale non del tutto corrispondente alla norma sociale che definisce la necessità e l'accettabilità delle pratiche di controllo della fecondazione, richiamando piuttosto rappresentazioni d'irresponsabilità sessuale, certamente più femminile che maschile.

Le ricerche dedicate alle scelte contraccettive condotte su campioni rappresentativi della popolazione, sia in Italia (Barbagli *et al.* 2010) che in altri contesti nazionali, ben evidenziano i cambiamenti generazionali e le tendenze specifiche che attraversano ciascuna società e, in parte, legano l'evoluzione delle pratiche di controllo del concepimento alle metamorfosi dei ruoli femminili e delle relazioni di genere. Più raramente, tuttavia, gli studi si soffermano sulle biografie contraccettive individuali, dunque meno sappiamo della cronologia precisa dell'accesso agli specifici metodi contraccettivi (Rossier 2004) e delle dinamiche di negoziazione all'interno della coppia.

Lo studio presentato in questo saggio si è delineato con l'intento di evidenziare queste dinamiche, attraverso l'analisi delle esperienze di donne che hanno sperimentato il fallimento della contraccezione¹ e che hanno fatto ricorso alla contraccezione ormonale post-coitale. Si tratta di una pratica che nel contesto italiano, a differenza di quanto accade altrove (Fallon 2010; Keogh 2005), è ancora poco studiata (poco sappiamo ad esempio della sua diffusione complessiva e in relazione a variabili quali età e area di residenza delle utilizzatrici, delle circostanze in cui si verifica il fallimento della contraccezione che porta al suo utilizzo, qual è la preferenza accordata ai differenti canali d'accesso): per questo, nell'ambito della ricerca, si è optato per la definizione di categorie esplorative quali la negoziazione e la biografia contraccettiva.

2. Ruoli di genere e pratiche contraccettive

Le pratiche sessuali eterosessuali e quelle contraccettive sono intrinsecamente legate e i significati delle opzioni tra gli strumenti di controllo della fecondazione a disposizione sono comprensibili se considerati non solo come scelta individuale ma contestualizzati nella relazione di coppia (Gribaldo *et al.* 2009).

Osservare il ricorso alla contraccezione come una semplice opzione, individuale prima e di coppia poi, verso la quale ci si è orientati dopo aver valutato rischi, vantaggi e svantaggi a partire dalle informazioni a disposizione, non rende l'idea della complessità della pratica di controllo della fecondazione. Infatti, la scelta di un metodo tra altri disponi-

¹ Ringrazio Natalie Bajos (Inserm, Parigi) che ha fornito un contributo prezioso a questo lavoro discutendo con me a proposito della complessità della lettura sociologica del fallimento della contraccezione.

bili e la sua gestione nel quotidiano, sono più facilmente l'esito di una serie di decisioni che si legano le une alle altre e che si determinano a partire da una molteplicità di elementi, tra cui la rappresentazione del corpo femminile e degli effetti che su questo corpo hanno i contraccettivi tecnologici a base di ormoni, le rappresentazioni sociali della relazione di coppia, l'offerta e l'accessibilità dei metodi contraccettivi e l'adeguamento a norme definite socialmente relative alla temporalità della maternità che valorizzano i comportamenti ritenuti adeguati e che stigmatizzano quelli considerati impropri.

Tali elementi possono essere in contraddizione tra loro e l'insuccesso della contraccezione è rivelatore anche degli ostacoli che le donne possono incontrare nei loro tentativi di risolvere queste incoerenze (Bajos e Ferrand 2004).

Nel corso degli ultimi decenni, la crescente facilità d'accesso ai metodi ormonali di controllo della fecondità ha mutato il ruolo maschile nel controllo della procreazione (Bajos *et al.* 2002; Cipolla 1996), consolidando la percezione sociale del controllo della gravidanza come questione femminile (Desjeux 2008b). Dunque, la diffusione della contraccezione ormonale ha certamente contribuito a trasformare i vissuti della sessualità (Bajos e Ferrand 2004), sia femminili che maschili, ma non ha necessariamente modificato la rappresentazione dei rapporti sociali di genere, rafforzando piuttosto una rappresentazione di diversità e di complementarità tra i ruoli, basata sull'ideologia della responsabilità femminile del concepimento (Bajos e Ferrand 2004).

Oltre alla responsabilità, anche i rischi per la salute che la contraccezione ormonale può comportare restano delegati in larga parte alla donna, mentre il benessere emotivo e sessuale maschile è considerato come prioritario rispetto a quello femminile (van Kammen e Oudshoorn 2002). Infatti, nella pratica e nel vissuto femminile, all'utilizzo della contraccezione ormonale come metodo moderno di regolazione della fecondità possono essere associati significati ambivalenti che variano rispetto ai contesti sociali (Gribaldo 2005). Questa scelta può rappresentare la volontà di una gestione autonoma e indipendente del proprio corpo oppure, d'altro canto, tale pratica può essere percepita come vincolante, sia in termini di dipendenza dal controllo medico (Lupton 1994) che di abitudine quotidiana o, infine, alla pillola può essere associato il timore di assumere una sostanza nociva sul piano del piacere sessuale e dello stato emotivo (Desjeux 2008a).

3. I tempi della contraccezione

Il panorama delle scelte di controllo della fertilità si è arricchito da poco più di un decennio grazie alla possibilità di utilizzare un contraccettivo ormonale che agisce se assunto entro alcune ore dopo il rapporto sessuale.

L'accettabilità di questa opzione contraccettiva, sia a livello di società nel suo complesso che nell'ambito più specifico della professione medica, è stata e resta l'oggetto di dibattiti che chiamano in causa le rappresentazioni socio-culturali della sessualità, del genere e della morale (Foster e Wynn 2012). Nell'ambito di una norma contraccettiva secondo la quale a ogni momento della biografia sessuale e riproduttiva corrisponde un tipo di contraccettivo più adatto di altri (Amsellem-Manguy 2010), la rappresentazione della contraccezione post-coitale è quella di una "contraccezione irresponsabile" (Barrett e Harper 2000). La forte controversia sulla sua azione abortiva, ad esempio, si lega alla possibilità del medico di invocare la clausola di coscienza per non rilasciare la prescrizione², mentre l'opposizione all'affrancamento dall'obbligo di ricetta medica (Wynn *et al.* 2007), che in numerose legislazioni nazionali è stato superato, si alimenta della rappresentazione di una sessualità femminile irresponsabile, caotica e deviante.

La possibilità di optare per questo metodo di contraccezione definisce uno spazio di ricerca specifico nell'ambito della lettura sociologica delle pratiche legate al controllo della fertilità: con la possibilità di intervenire quando la fecondazione è un evento già probabile e non più solo un rischio potenziale, il confine della pratica preventiva si dilata e si pone la questione di come integrare le pratiche di utilizzo di questo metodo nell'ambito di quelli già potenzialmente presenti nelle complessive biografie contraccettive

² Per quanto riguarda il caso italiano, il comitato nazionale per la bioetica ha indicato, in una nota dell'aprile 2004, che i medici possono appellarsi alla "clausola di coscienza", rifiutando la prescrizione o la somministrazione di farmaci a base di *levonorgestrel* per la contraccezione ormonale post-coitale.

4. Intento e metodo della ricerca

La ricerca presentata è stata progettata con l'intento di collocare l'esperienza del rischio di fallimento del controllo della fecondazione e del ricorso alla contraccezione ormonale post-coitale all'interno di un percorso biografico che, iniziando con il primo rapporto sessuale, si determina attraverso le dinamiche di negoziazione tra i partner per le scelte contraccettive.

La ricerca è stata realizzata in Molise, un contesto territoriale sul quale all'epoca della ricerca chi scrive ha maturato una certa conoscenza, grazie all'attività accademica svolta nell'ambito dell'ateneo regionale. Con l'aiuto di alcune studentesse universitarie e di alcune laureate³, ho potuto intervistare venticinque donne di origine e di residenza molisana, con almeno un'esperienza di ricorso alla contraccezione ormonale di emergenza⁴. In relazione alla modalità di reperimento delle intervistate, è risultato che la maggior parte di queste siano laureate (tredici) o stiano svolgendo studi universitari (otto); tra le restanti, una ha concluso la scuola superiore di primo grado senza continuare gli studi e tre si sono diplomate. Tutte le intervistate che non stanno compiendo i propri studi universitari sono occupate. Al momento della ricerca, diciassette intervistate vivono con almeno un genitore o un parente, quattro con il compagno, due con coinquilini e due abitano da sole. Dodici intervistate vivono a Campobasso, che con i suoi circa cinquantamila abitanti è uno dei capoluoghi meno popolati della penisola, due in un comune con più di ventimila e meno di trentamila abitanti e otto in contesti con un numero di residenti compreso tra i mille e i diecimila.

Le interviste discorsive (Cardano 2011) sono state condotte per telefono, un approccio scelto rifacendosi a una letteratura che ne ha verificato l'efficacia nell'ambito di ricer-

³ Ringrazio le allieve e le laureate del corso di laurea magistrale in servizio sociale e politiche sociali dell'università del Molise, che hanno accolto la mia richiesta di diffondere un testo di presentazione della ricerca in cui chiedevo la disponibilità a partecipare allo studio tra le loro conoscenze, cui è stato chiesto di diffonderlo a loro volta nelle cerchie amicali e parentali; alcune di loro mi hanno riferito che tra le amiche e le parenti contattate alcune, pur avendo fatto ricorso alla contraccezione di emergenza, non si sono sentite disponibili a parlarne. L'arco temporale in cui ho realizzato le interviste è compreso tra il maggio e l'ottobre 2012.

⁴ Si fa riferimento in questa sede ai farmaci a base del principio attivo *levonorgestrel* (comunemente detti "pillola del giorno dopo") da assumere entro 72 ore dal rapporto. Dalla primavera 2012, cioè a ricerca già in corso, è disponibile il farmaco a base di *ulipristal acetato* (comunemente detto "pillola dei cinque giorni dopo") da assumere entro 120 ore dal rapporto.

che di taglio qualitativo che trattano tematiche intime (Holt 2010, Trier-Bieniek 2012). Nel caso del mio studio, la situazione telefonica oltre a facilitare la disponibilità all'intervista su un tema tanto personale quanto l'accesso alla contraccezione di emergenza in un contesto sociale relativamente ristretto, mi ha anche facilitata nel porre domande concernenti la vita sessuale. Le interviste sono state condotte seguendo una traccia flessibile (Fontana e Frey 2003) incentrata sul tema specifico dell'episodio del ricorso alla contraccezione post-coitale, esperienza della quale ho invitato a raccontare le dinamiche pratiche e relazionali e dalla quale mi sono collegata per far emergere gli altri tratti salienti della biografia contraccettiva. La principale attenzione che ho posto nel condurre l'intervista è stata quella di favorire la messa a fuoco di dettagli sulle esperienze di protezione dalla gravidanza, anche con riferimento al ricorso al coito interrotto che, come indica la letteratura, non sempre viene dichiarato, in particolare nell'ambito delle indagini campionarie (Gómez Bueno 2013), perché non considerato un metodo vero e proprio assimilabile a quelli tecnologici (Barbagli *et al.* 2010) e per questo stigmatizzato (Amsellem-Mainguy 2010). Ho posto altrettanto impegno nell'evitare che il racconto assumesse il carattere di una confessione o di un'ammissione, cercando di attenuare il disagio manifestato da molte delle intervistate nel raccontare le proprie esperienze sessuali e di favorire un racconto personale e con parole scelte dalle intervistate delle dinamiche di negoziazione all'interno della coppia. La trascrizione integrale dei colloqui audioregistrati è stata analizzata attraverso una comparazione delle esperienze raccontate dalle intervistate. Le parti selezionate riportate nel testo sono accompagnate da una notazione che indica uno pseudonimo dell'intervistata, l'età al momento della ricerca e quella di utilizzo della contraccezione di emergenza preceduta dalla sigla CE.

5. Biografie contraccettive

Le biografie contraccettive delle intervistate, fatto salvo il comune utilizzo della contraccezione ormonale di emergenza, presentano vari tratti di distinzione. Le eterogeneità si determinano a partire dall'età anagrafica al momento dell'intervista, che va dai 20 ai

33 anni, e dall'età di avvio della vita sessuale, che si distribuisce tra i 14⁵ e i 21 anni, a cui si legano l'estensione temporale della vita sessuale attiva, compresa tra i 4 e i 16 anni, e il numero di partner: quattro intervistate hanno vissuto tutti i rapporti sessuali con un solo ragazzo, otto con due partner, cinque intervistate con tre ragazzi, due hanno avuto rapporti con quattro partner, tre con cinque ragazzi, una con otto e due con oltre dieci partner.

Al primo rapporto nessuna intervistata assumeva la pillola contraccettiva e diciotto si sono protette dal rischio di gravidanza con il preservativo⁶. Nella prosecuzione della vita sessuale, l'uso del preservativo è un'esperienza che hanno fatto altre sei intervistate, con assiduità e continuità eterogenee nel corso tempo. Dunque, un'intervistata non ha mai sperimentato metodi tecnologici, affidandosi esclusivamente al coito interrotto praticato dai partner, con cui non ha mai discusso circa l'opportunità di utilizzare altre modalità di prevenire la gravidanza:

non se ne parlava e basta (Valentina, 25 anni, CE 21 e 23 anni).

Solo due donne hanno fatto ricorso sempre e solo, se si esclude la contraccezione post-coitale, al preservativo. Per le altre intervistate la biografia è più articolata. A quindici ragazze è capitato di aver affidato al compagno la precauzione del coito interrotto, in quattro casi associandola al calcolo del proprio ciclo ovulatorio. Quattordici intervistate hanno optato per l'uso di contraccettivi ormonali, prevalentemente la pillola e in pochi casi l'anello vaginale e il cerotto transdermico.

Ventuno intervistate hanno assunto la contraccezione post-coitale una volta, tre intervistate due volte, un'intervistata tre volte. Le esperienze di utilizzo della pillola post-coitale sono state vissute con partner con i quali le intervistate non convivevano, in età comprese tra i 14 e i 26 anni, distribuendosi nell'arco temporale del decennio che va dai primi mesi di disponibilità del farmaco sul mercato italiano a pochi mesi prima dell'intervista. Quattro intervistate hanno utilizzato la contraccezione ormonale post-

⁵ Sei intervistate hanno vissuto il primo rapporto sessuale a meno di 16 anni, situazione che rispecchia la tendenza in atto all'aumento dei rapporti precoci tra le italiane (Barbagli *et al.* 2010).

⁶ Il *condom* è il metodo utilizzato da nove italiane su dieci tra le giovani nate dall'inizio degli anni '80 (Barbagli *et al.* 2010).

coitale in occasione del primo rapporto e la metà delle intervistate vi hanno fatto ricorso entro tre anni dall'avvio della vita sessuale attiva.

Le attuali pratiche di controllo della fecondazione delle ventuno intervistate che al momento della ricerca vivono una relazione amorosa sono eterogenee: sette intervistate si affidano esclusivamente all'interruzione del coito del compagno, in undici coppie l'uso del preservativo è esclusivo, in due è alternato alla pratica del coito interrotto, in una è associato all'assunzione della pillola contraccettiva.

5.1 Negoziare la prevenzione della gravidanza

Delle sette ragazze che al primo rapporto hanno fatto affidamento sul controllo del coito da parte del partner, sei non avevano parlato con il compagno del modo in cui prevenire la gravidanza, tranne nel caso di un'intervistata che la dipinge come una scelta fatta dopo averne discusso con il ragazzo:

è stata una decisione comunque presa insieme (Angela, 31 anni, CE 21 anni).

La maggior parte delle diciotto intervistate che alla prima esperienza sessuale si sono protette con il preservativo, descrivono questa scelta come un'opzione spontanea, che non ha comportato un confronto con il partner. Quattro intervistate, invece, hanno accolto la proposta ricevuta da parte del proprio ragazzo. Due raccontano di avere richiesto al ragazzo di usare il profilattico:

è stata una decisione soprattutto mia (Simona, 33 anni, CE 22 e 24 anni);

è stata una richiesta mia (Eleonora, 26 anni, CE 25 anni).

Nella maggior parte dei casi in cui le intervistate, nel corso delle successive esperienze sessuali, hanno accettato di ricorrere a una pratica di controllo della fecondazione proposta dal partner, si è trattato del coito interrotto. Le narrazioni di queste intervistate sono accomunate dai tratti di un'esperienza vissuta più come un'imposizione che una scelta basata sulla fiducia nei confronti del partner:

è una decisione forse più sua (Greta, 25 anni, CE 25 anni);

qualche partner si è opposto al preservativo e allora si ricorreva al coito interrotto, ma io preferivo il preservativo (Giovanna, 30 anni, CE 20 anni);

siccome ero piccola non l'ho mai detto (Federica, 24 anni, CE 19 anni);

ci sono state volte in cui non ci siamo trovati proprio d'accordo, volevo precauzioni che lui non voleva, lui non è mai stato convinto, abbiamo avuto rapporti senza (Martina, 25 anni, CE 23 anni).

Due donne hanno accolto, invece, la richiesta del loro partner di usare il preservativo:

dopo un po' avrei preferito il coito interrotto, ma lui non ha voluto e quindi siamo andati avanti così, con il preservativo (Marinella, 28 anni, CE 18 anni);

lo hanno proposto loro (Eleonora, 26 anni, CE 25 anni).

Un'intervistata ha assecondato la richiesta del proprio compagno di assumere la pillola contraccettiva:

per avere un rapporto ancora più intimo mi ha chiesto di prendere la pillola, io non ero tanto d'accordo, per via della salute, dei problemi, comunque degli ormoni che uno si assume, avevo paura che la pillola comunque mi influisse sulla fertilità, però lui mi ha convinta, ha chiesto se potevo prenderla per un periodo e io ho accettato, insomma poi l'ho assecondato, quando l'ho iniziata a prendere non ho avuto dei problemi a livello insomma di peso, di mal di testa, come accade ad altre ragazze, quindi poi anche io mi sono convinta che comunque andava bene, mi sono detta è comunque un modo per essere più protetti, sicuri, liberi di avere rapporti anche completi (Teresa, 22 anni, CE 20 anni).

Alcune intervistate hanno proposto e fatto prevalere nell'ambito della relazione di coppia, la propria preferenza per un metodo di contraccezione. Per queste intervistate si è trattato di lasciare, rispettivamente, il preservativo e il coito interrotto optando per la contraccezione ormonale:

la pillola è una mia preferenza (Cristina, 24 anni, CE 21 anni);

mi sono posta io avanti con questa idea perché essendo una persona molto ansiosa ogni mese ero molto spaventata dall'idea che potesse non venirmi il ciclo e lui mi ha detto «se tu credi che sia la cosa migliore per me va bene» (Daniela, 21 anni, CE 16 anni).

In altre situazioni le intervistate hanno chiesto al partner di praticare l'interruzione del coito in sostituzione del preservativo:

è stata una mia preferenza, penso che sia la persona giusta quindi sono tranquilla, non avrei problemi se dovessi rimanere incinta (Federica, 24 anni, CE 19 anni).

con il preservativo ho dei bruciori, preferisco non usarlo (Angela, 31 anni, CE 21 anni).

Ad alcune intervistate è capitato di imporre al partner l'utilizzo del preservativo, in alcuni casi perché conoscevano superficialmente il partner, in altre esperienze in seguito alla sospensione della pillola contraccettiva:

c'è stato qualcuno che aveva difficoltà ad usare il preservativo, prima che usassi la pillola o anche dopo, perché in ogni caso se non conosco bene la persona comunque uso il preservativo, però poi alla fine hanno ceduto, anche perché senza poi non faccio niente (Lucia, 31 anni, CE 22 anni);

ho sempre imposto le mie preferenze, in alcuni casi non hanno voluto utilizzare il preservativo e non c'è stato il rapporto (Alessandra, 30 anni, CE 19 anni);

lui è abbastanza responsabile e ha accettato di usare il preservativo (Francesca, 29 anni, CE 22 anni);

è dipeso più da me perché non volevo riusare il metodo ormonale quindi ho preferito questo qui, con il coito interrotto non mi sarei comunque sentita, c'è stato qualche problema, alla fine siamo pervenuti a un accordo (Maria, 26 anni, CE 24 anni).

Per varie intervistate l'utilizzo del preservativo non ha costituito motivo di negoziazione con il compagno, che lo gradisce come la partner:

è una proposta di entrambi (Milena, 29 anni, CE 22 anni);

lui è stato d'accordo, per una questione proprio igienica che usiamo anche il preservativo, non perché non ci conosciamo, non te lo so spiegare però è così (Chiara, 22 anni, CE 19 anni);

non mi ha mai chiesto di cambiare (Elisa, 21 anni, CE 17 anni);

non ha chiesto di usare altri metodi (Barbara, 20 anni, CE 16 anni);

siamo tutti e due molto fiscali, non è che non ci fidiamo, abbiamo iniziato così e adesso ci troviamo così (Alessandra, 30 anni, CE 19 anni);

è una scelta di entrambi, da quando ci siamo conosciuti, sin dal nostro primo rapporto, ci siamo trovati a parlare, ci siamo trovati tutti e due con questa convinzione (Elena, 26 anni, CE 21 anni).

5.2 Contraccezione ormonale nella biografia contraccettiva

Un tema ricorrente sia nelle interviste delle quattordici donne che hanno fatto uso della contraccezione ormonale pre-coitale che di quelle che non vi hanno fatto ancora ricorso, è quello dei potenziali effetti nocivi di questo tipo di protezione da una gravidanza indesiderata.

Sei intervistate iniziano a utilizzare il contraccettivo su consiglio medico per intervenire su lievi disfunzioni ormonali; cinque di queste però ne sospendono l'assunzione temendone i potenziali effetti collaterali. Tre di queste ragazze non sono certe dell'effetto antifecondativo e preferiscono ricorrere anche all'ulteriore protezione del preservativo:

comunque oltre alla pillola usavo anche il preservativo per una maggiore sicurezza, diciamo un po' ossessivo, però (Milena, 29 anni, CE 22 anni);

abituata al preservativo, cioè non vedendo nulla, cioè non ci riuscivo proprio a livello psicologico (Alessandra, 30 anni, CE 19 anni);

durante il rapporto comunque praticavamo il coito interrotto, non mi fidavo, abbiamo avuto un'esperienza di una mia amica che era rimasta incinta con la pillola poi magari è per uno strano caso, perché non l'aveva usata bene, però comunque ne avevo paura quindi comunque non l'ho mai usata come metodo, un rapporto completo non l'ho mai avuto neanche con la pillola (Silvia, 29 anni, CE 26 anni).

Delle otto intervistate che hanno utilizzato il contraccettivo ormonale principalmente per il suo scopo antifecondativo, quattro fanno riferimento al timore di ripercussioni negative sul proprio stato di salute, in alcuni casi temute già prima dell'assunzione, in altri riscontrate o sospettate solo successivamente:

avevo paura che la pillola comunque mi influisse sulla fertilità (Teresa, 22 anni, CE 20 anni);

poi ho scoperto realmente cosa poteva provocare dato che era comunque a base di ormoni, attraverso la ricerca su internet e venendo a conoscenza di problemi avuti da altre ragazze (Anna, 22 anni, CE 14, 16 e 18 anni);

comunque ho dei forti mal di testa e non riesco a sopportarla (Angela, 31 anni, CE 21 anni);

non mi ero trovata bene anche proprio per questioni di salute, analisi del sangue sballate e via dicendo, non ero proprio convinta soprattutto perché temevo insomma l'effetto della ritenzione idrica (Maria, 26 anni, CE 24 anni).

Tra le ragazze che non hanno fatto ricorso alla pillola contraccettiva, prevale la posizione di chi non esclude di poterlo fare in futuro, temendo non più di qualche conseguenza estetica. Una sola intervistata lo esclude decisamente e spiega:

porta troppi danni a livello ormonale, a livello di probabilità di prendere il cancro e tutto il resto, conosco parecchie persone che l'hanno presa e purtroppo hanno avuto spiacevolissime conseguenze, tipo ictus, emorragie, conseguenze pesanti (Raffaella, 23 anni, CE 19 e 22 anni).

Un'intervistata esclude questo tipo di metodo perché comporta la necessità di dover informare e gestire il rapporto con altri soggetti esterni alla coppia:

l'imbarazzo di dover andare dal medico, di dirlo a mia mamma (Federica, 24 anni, CE 19 anni).

Le biografie contraccettive ricostruite attraverso le narrazioni delle intervistate confermano che alla scelta della pillola anticoncezionale si associano rappresentazioni molteplici, il più delle volte legate a quelli che sono considerati gli svantaggi di questo metodo moderno di regolazione della fecondità.

5.3 Il fallimento della contraccezione

I riferimenti delle intervistate che hanno sperimentato il fallimento della contraccezione e l'utilizzo della pillola del giorno dopo in seguito a un rapporto protetto con il preservativo, sono molto espliciti:

in quella occasione si è rotto il preservativo (Elena, 26 anni, CE 21 anni);

il preservativo, il problema era che s'era rotto però, durante il rapporto (Daniela, 21 anni, CE 16 anni);

il preservativo si era sfilato però non ce ne siamo accorti perché è stato un momento, eravamo piccoli (Anna, 22 anni, CE 14, 16 e 18 anni);

colpa del preservativo che si è rotto (Lucia, 31 anni, CE 22 anni);

stavo usando il preservativo, in tutti e due i casi stavo usando il preservativo (Raffaella, 23 anni, CE 19 e 22 anni);

la prima volta purtroppo mi si è rotto (Elisa, 21 anni, CE 17 anni);

praticamente si è rotto, non so se è stato questo ragazzo che non è stato in grado quando l'ha messo, però comunque questo preservativo si è aperto (Alessandra, 30 anni, CE 19 anni);

si ruppe il preservativo (Chiara, 22 anni, CE 19 anni);

è stato con un *condom* che si è rotto (Rosaria, 27 anni, CE 25 anni);

successivamente a un preservativo rotto (Cristina, 24 anni, CE 21 anni);

si era danneggiato, però non sapendo in che momento, se prima, durante, dopo (Francesca, 29 anni, CE 22 anni);

praticamente si è rotto il preservativo e quindi ho avuto un rapporto completo senza accorgermene (Silvia, 29 anni, CE 26 anni);

è capitato che si è rotto il preservativo (Milena, 29 anni, CE 22 anni);

praticamente durante il rapporto il preservativo diciamo si è lacerato, non ce ne siamo accorti, era bucato (Martina, 25 anni, CE 23 anni);

si è rotto il profilattico (Maria, 26 anni, CE 24 anni).

In alcuni dei casi in cui le ragazze hanno avuto un rapporto senza che il partner utilizzasse il preservativo, il racconto delle esperienze allude al coito interrotto senza nominarlo esplicitamente:

c'è stato un problemino di percorso, diciamo così (Valentina, 25 anni, CE 21 e 23 anni);

non era andata come le altre volte (Greta, 25 anni, CE 25 anni);

è stato un incidente, lui non era sicuro al cento per cento (Simona, 33 anni, CE 22 e 24 anni);

lui si sentiva insicuro (Federica, 24 anni, CE 19 anni);

c'era scappata la situazione di mano (Marinella, 28 anni, CE 18 anni).

In altri casi, invece, le intervistate spiegano più esplicitamente come il rapporto sessuale è diventato a rischio di una gravidanza indesiderata:

abbiamo avuto un rapporto scoperto, lui aveva messo il profilattico dopo, cioè un po' più in ritardo (Teresa, 22 anni, CE 20 anni);

non conoscevo quello che poteva succedere perché il coito era avvenuto nelle vicinanze della vagina (Anna, 22 anni, CE 14, 16 e 18 anni);

avevamo avuto un rapporto con il preservativo però abbiamo continuato senza, ma non con un rapporto completo, diciamo così (Anna, 22 anni, CE 14, 16 e 18 anni);

non abbiamo usato niente (Barbara, 20 anni, CE 16 anni);

non c'è stata contraccezione, lui ha portato avanti il rapporto fino alla fine, la cosa è stata voluta da me (Simona, 33 anni, CE 22 e 24 anni);

il coito interrotto sì, non era il mio partner fisso (Giovanna, 30 anni, CE 20 anni);

sì il coito interrotto, avevo fatto dei conti che potevano prevedere un'eventuale ovulazione in quel periodo (Angela, 31 anni, CE 21 anni);

non c'era stata eiaculazione, era solo un dubbio (Eleonora, 26 anni, CE 25 anni).

La ricerca fa anche emergere che l'opzione per la contraccezione ormonale post-coitale non costituiva per circa la metà delle intervistate l'ultima tappa nel percorso di protezione dalla gravidanza (Esacove e Andringa 2002). Infatti, interpellate sull'ipotesi del fallimento del tentativo di controllo della fecondazione attuato con la contraccezione post-coitale, le intervistate si dividono: dodici sono abbastanza certe che non avrebbero interrotto la gravidanza, dieci intervistate ritengono invece che probabilmente questa sarebbe stata la loro opzione, mentre tre intervistate non sono riuscite a prefigurare la loro scelta.

5.4 Il ruolo del partner nella contraccezione di emergenza

La maggior parte delle intervistate ha discusso della possibilità di ricorrere alla contraccezione di emergenza solamente con il proprio partner, proponendo per prima al compagno questa soluzione, tranne in un caso:

era lui più d'accordo, io ero un po' più indecisa (Milena, 29 anni, CE 22 anni).

Alcune ragazze hanno interpellato anche parenti o amici, e in questi casi il ruolo del partner nella decisione è stato marginale:

allora, io nel panico totale non sapevo che fare mettiamola così, veramente ho chiamato mia cugina perché ero sola, eravamo solo io e lui (Elena, 26 anni, CE 21 anni).

eravamo coetanei, era la prima esperienza per entrambi e comunque ci siamo trovati in quella situazione, ero molto spaesata riguardo a questo argomento, ho chiamato un'amica (Daniela, 21 anni, CE 16 anni);

chiedemmo alla mamma del mio fidanzato (Anna, 22 anni, CE 14, 16 e 18 anni);

ho chiamato un'amica della mia stessa età che aveva avuto rapporti prima di me, «io non l'ho mai presa» ha detto, «però tu sei vuoi essere sicura prendila», lui non mi ha consigliato era una mia decisione (Elisa, 21 anni, CE 17 anni).

Delle quattro intervistate che non si sono confrontate con il compagno, non ritenendolo un partner affidabile, rispettivamente, una non ha interpellato nessun altro e le altre tre ne hanno discusso con propri confidenti:

era un partner di fortuna, in quel momento, non eravamo una coppia fissa, la decisione l'ho presa da sola, perché ho avuto proprio paura, ero più giovane, ho visto che si era rotto il preservativo e mi sono voluta tutelare immediatamente (Lucia, 31 anni, CE 22 anni).

non gliel'ho proprio detto, ho fatto di testa mia, anche perché non era il mio partner fisso, quindi non ho detto nulla di questa cosa, sono andata con una mia amica (Giovanna, 30 anni, CE 20 anni).

erano pochi mesi che mi vedevo con questa persona, era un rapporto così, niente di serio, niente che lasciasse pensare a una relazione seria, e tutto questo mi lasciava pensare, era una persona che non mi dava fiducia, ho fatto delle telefonate, conoscevo un amico che studiava medicina in quel periodo e ho chiamato lui e mi ha detto di andare in ospedale (Angela, 31 anni, CE 21 anni).

non gliel'ho detto, successivamente sì ne abbiamo parlato, non in quel momento diciamo, non ne era a conoscenza, sono andata con un'amica (Francesca, 29 anni, CE 22 anni).

5.5 L'esperienza dell'accesso alla contraccezione

Le intervistate hanno scelto di seguire canali diversi per ottenere la prescrizione medica: in dieci occasioni si sono rivolte ad un consultorio, in sei presso un ospedale, in cinque a un servizio di guardia medica e in altrettanti casi al proprio curante, mentre due intervistate hanno chiesto e ottenuto il farmaco senza ricetta in una farmacia. Nelle narrazioni sono emersi pochi casi in cui le intervistate hanno percepito una riluttanza del medico a prescrivere il farmaco, rispettivamente un'intervistata al consultorio e due in ospedale:

qualche momento c'è stato in cui ho temuto che non la prescrivesse, però alla fine l'ha fatto insomma, però comunque me l'ha fatto capire, me l'ha sconsigliata (Greta, 25 anni, CE 25 anni);

non credeva al fatto che il preservativo si fosse rotto, diceva «eh questa è la solita scusa, tutti dite così» (Alessandra, 30 anni, CE 19 anni);

un pochetto sì, sì hanno fatto un po' di resistenza nel senso che comunque mi hanno detto degli effetti collaterali, sì ho notato un po' di resistenza (Cristina, 24 anni, CE 21 anni).

5.6 Percezioni dell'accettazione della pratica

Solo una partecipante alla ricerca non ha mai confidato a nessuno, oltre al partner, la sua esperienza di contraccezione di emergenza e nessuno ne ha parlato con lei. Venti intervistate hanno ricevuto la confidenza da parte di una o più amiche. Tra le intervistate che si sono confidate con le amiche sulla propria esperienza, sette lo hanno fatto solo con persone che a loro volta avevano confidato loro una vicenda simile. Due intervistate si sono confidate con la sorella, quattro con una cugina. Due ne hanno parlato con la madre, una per chiedere un consiglio sul come affrontare il rischio di gravidanza, l'altra per confidare la propria scelta:

mi sono informata direttamente da mia mamma (Eleonora, 26 anni, CE 25 anni);

l'ho confidato a mia mamma, non sono abituata a confidarmi sui rapporti sessuali, però sulle cose più importanti so che posso contare su di lei e che posso avere un supporto (Cristina, 24 anni, CE 21 anni).

In altri due casi la mamma dell'intervistata è a conoscenza dell'esperienza della figlia, ma non perché questa si sia confidata con lei:

non ho deciso, ha scoperto la scatola (Anna, 22 anni, CE 14, 16 e 18 anni);

sinceramente mi ha scoperto il foglietto illustrativo, altrimenti non gliel'avrei detto (Elisa, 21 anni, CE 17 anni).

La decisione di non confidare a un familiare la propria esperienza non dipende dall'aver vissuto il fallimento della contraccezione in seguito a un rapporto protetto o non protetto dal preservativo. Infatti, tra le ragazze che non si sono confidate alcune si sono protette dal rischio di gravidanza con il preservativo e non ne hanno parlato in casa per questi motivi:

avevo paura che fosse [la madre] amareggiata e delusa (Elena, 26 anni, CE 21 anni);

ho paura di critiche oppure di un rimprovero che non sono stata attenta (Teresa, 22 anni, CE 20 anni);

vengo comunque da una famiglia abbastanza chiusa di mentalità (Francesca, 29 anni, CE 22 anni);

sono un po' all'antica, non hanno questa mentalità poi apertissima (Martina, 25 anni, CE 23 anni).

mentre altre hanno affidato la protezione alla interruzione del coito da parte del partner e spiegano con motivazioni simili alle precedenti la loro riservatezza:

perché non avrebbero capito forse, mi sarei vergognata un po', poi mia mamma è un po' religiosa (Valentina, 25 anni, CE 21 e 23 anni);

loro non sono molto aperti su queste cose qui, poi mi sento proprio in imbarazzo a parlare di queste cose con loro (Greta, 25 anni, CE 25 anni);

la mia famiglia è molto bigotta (Simona, 33 anni, CE 22 e 24 anni);

non essendo capitato con un partner fisso cioè comunque sarebbe un po' imbarazzante, per quanto io e mia madre possiamo avere un bel rapporto però questa cosa non l'ho mai confidata (Giovanna, 30 anni, CE 20 anni);

per imbarazzo (Marinella, 28 anni, CE 18 anni).

5.6 Ridefinizione delle pratiche di protezione

Solo per alcune intervistate il vissuto del rischio di fallimento della contraccezione è stato un elemento che ha contribuito a modificare le scelte di protezione dalla gravidanza indesiderata nei rapporti successivi a quell'esperienza. Tra le intervistate che hanno utilizzato la pillola post-coitale in seguito a un rapporto consumato senza utilizzare il preservativo, due raccontano di aver successivamente sempre fatto ricorso a questa protezione, tre di aver deciso invece di non usarla successivamente, le altre di avervi fatto ricorso qualche volta, senza abbandonare del tutto il coito interrotto. Quasi tutte le intervistate che avevano utilizzato il preservativo, hanno continuato a preferire questo metodo, due hanno cominciato ad assumere la pillola contraccettiva poco tempo dopo, in un caso superando i timori che questa potesse limitare la fertilità anche sul lungo termine, mentre per un'altra la successiva opzione per il coito interrotto è in parte riconducibile alle due esperienze negative vissute con il condom.

In relazione alla possibilità di far uso nuovamente della contraccezione di emergenza, quattro intervistate si dicono certe di non escludere la possibilità di utilizzare nuovamente la pillola del giorno dopo, mentre quindici accetterebbero ora il rischio di una gravidanza pur di non ricorrere a questo tipo di sistema. Tra queste, alcune specificano che oggi, per via di una maggiore maturazione personale o della stabilità della relazione

amorosa, una gravidanza rientrerebbe nel loro orizzonte di possibilità, mentre altre rivelano il timore che l'uso ripetuto della contraccezione ormonale post-coitale comporti effetti negativi sulla salute, anche se dalla prima esperienza sono trascorsi non meno di due anni.

6. Conclusioni

Le narrazioni tratteggiano un quadro in cui alcune intervistate hanno, nel corso della loro biografia contraccettiva, assecondato le richieste dei partner sulle strategie di contraccezione: nella maggior parte di questi casi si è trattato di accettare il coito interrotto pur preferendo il preservativo, ma alcune intervistate sono state invece convinte dal compagno a utilizzare il preservativo pur preferendo il coito interrotto o ad assumere la pillola anticoncezionale per non utilizzare il preservativo. Altre intervistate, invece, hanno imposto le loro preferenze, e anche in questo caso le esperienze sono eterogenee: oltre ai casi più prevedibili in cui le intervistate hanno preteso l'uso del *condom*, alcune hanno imposto l'utilizzo della pillola in sostituzione del preservativo e del coito interrotto, mentre altre ragazze hanno richiesto al compagno di praticare il coito interrotto per non utilizzare il preservativo. Infine, vi sono casi in cui l'uso del preservativo non ha richiesto negoziazione tra i partner. Osservare le strategie di prevenzione della contraccezione delle intervistate dal punto di vista della negoziazione con il partner permette di intuire come nelle pratiche inerenti alla sfera della sessualità, il ruolo femminile e quello maschile, così come le relazioni di genere, non si definiscono in base a tracce definite. La scelta di ricorrere alla contraccezione di emergenza non è quasi mai, nelle esperienze analizzate, oggetto di negoziazione con il partner, che in prevalenza accetta la decisione presa dalla partner. Un ulteriore elemento che la ricerca ha fatto emergere chiaramente è una diffusa percezione tra le intervistate della scarsa accettazione della pratica contraccettiva di emergenza nell'ambito del proprio contesto sociale, spesso definito dai confini di comunità di residenza molto raccolte. La maggior parte delle ragazze non ha confidato la propria esperienza in famiglia; poche intervistate non ne hanno parlato a nessuno neppure al di fuori, mentre tra le altre le confidenti sono state scelte perlopiù tra chi ha vissuto un'esperienza simile e ha fatto la medesima scelta: in questo

modo le intervistate si sono sentite tutelate rispetto al rischio che la propria vicenda potesse essere giudicata negativamente. In definitiva, nelle esperienze di accesso alla contraccezione post-coitale ricostruite attraverso la ricerca, emerge che questo tipo di pratica consolida rapporti di genere nei quali l'onere e la responsabilità della protezione dal concepimento non sono se non marginalmente condivisi e restano dunque delegati quasi esclusivamente alla donna.

Bibliografia

- Amsellem-Mainguy, Y. (2010), *Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives*, in «Politiques sociales et familiales», n. 100, pp. 104-109.
- Amsellem-Mainguy, Y. (2008), “Les enjeux affectifs du choix d’une méthode contraceptive par les jeunes femmes”, in Le Gall, D. (dir.), *Identités et genres de vie. Chroniques d’une autre France*, Paris, L’Harmattan, pp. 185-198
- Bajos, N., Ferrand, M. e Hassoun, D. (2002), “Au risqué de l’échec: la contraception au quotidien”, in Bajos, N. e Ferrand, M. (eds. by), *De la contraception à l’avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm, pp. 33-78.
- Bajos, N. e Ferrand, M. (2004), *La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine*, in «Sciences sociales et santé», vol. 22, n. 3, pp. 117-142.
- Barbagli, M., Dalla Zuanna, G. e Garelli, G. (2010), *La sessualità degli italiani*, Bologna, il Mulino.
- Barrett, G. e Harper, R. (2000), *Health professionals’ attitudes to the deregulation of emergency contraception (or the problem of female sexuality)*, in «Sociology of Health & Illness», vol. 22, n. 2, pp. 197-216.
- Borgna, P. (2005), *Sociologia del corpo*, Roma-Bari, Laterza.
- Cardano, M. (2011), *La ricerca qualitativa*, Bologna, il Mulino.
- Cipolla, C. (1996), *Sul letto di Procuste. Introduzione alla sociologia della sessualità*, Milano, FrancoAngeli.

- Desjeux, C. (2008a), *La pilule hormonale féminine : De la fécondité «féminine» à la fécondité «conjugale»*, in «Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie» [En ligne], n. 3, <http://socio-logos.revues.org/1943>.
- Desjeux, C. (2008b), *Une occultation des pratiques masculines de contraception*, in «¿Interrogations?», n. 6. pp. 151-160.
- Esacove, A.W. e Andringa, K.R. (2002), *The Process of Preventing Pregnancy: Women's Experiences and Emergency Contraception Use*, in «Qualitative health research», vol. 12, n. 9, pp. 1235-1247.
- Fallon, D. (2010), *Assessing emergency contraception: the role of friends in the adolescent experience*, in «Sociology of Health & Illness», vol. 32, n. 5, pp. 677-694.
- Fennell, J.L. (2011), *Men Bring Condoms, Women Take Pills : Men's and Women's Roles in Contraceptive Decision Making*, in «Gender & Society», vol. 25, n. 4, pp. 496-521.
- Fontana, A. e Frey, J. (2003), "The interview: From structured questions to negotiated text", in Denzin N.K. e Lincoln Y.S. (eds. by), *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*, Thousand Oaks, Sage, pp. 61-106.
- Foster, A.M. e Wynn, L.L. (eds. by) (2012), *Emergency Contraception: The Story of a Global Reproductive Health Technology*, New York, Palgrave Macmillan.
- Gómez Bueno, C. (2013), *El efecto de las técnicas en los datos: el caso de la anticoncepción*, in «Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales», n. 25, pp. 93-120.
- Gribaldo, A. (2005), *La natura scomposta. Riproduzione assistita, genere, parentela*, Roma, Luca Sossella Editore.
- Gribaldo, A., Judd, M.D. e Kertzer, D.I. (2009), *An Imperfect Contraceptive Society: Fertility and Contraception in Italy*, in «Population and development review», vol. 35, n. 3, pp. 551-584.
- Holt, A. (2010), *Using telephones for narrative interviewing: A Research Note*, in «Qualitative Research», vol. 10, n. 1, pp. 113-121.
- Kammen van, J. e Oudshoorn, N. (2002), *Gender and risk assessment in contraceptive technologies*, in «Sociology of Health & Illness», vol. 24, n. 4, pp. 436-461.

- Keogh, L.A. (2005), *A qualitative study of women's use of emergency contraception*, in «Journal of Family Planning and Reproductive Health Care», vol. 31, n. 4, pp. 288-293.
- Lupton, D. (1994), *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*, London, Sage.
- Pizzolati, M. (2013), *La propensione alla contraccezione in una ricerca sulle adolescenti molisane*, in «Salute e Società», a. XII, n. 1.
- Rossier, C. (2004), *Pilule et préservatif, substitution ou association? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000*, in «Population», 3/4, 59, pp. 449-478.
- Trier-Bieniek, A. (2012), *Framing the Phone Interview as a Tool for Qualitative Research: A Methodological Discussion*, in «Qualitative Research», vol. 12, n. 6, pp. 630-644.
- Wynn, L.L., Erdman, J.N., Foster, A.M. e Trussell, J. (2007), *Harm reduction or women's rights? Debating access to emergency contraceptive pills in Canada and the United States*, in «Studies in Family Planning», vol. 38, n. 4, pp. 235-264.