

Articoli/Articles

LO STIGMA DELL'ABORTO E L'OBIEZIONE DI COSCIENZA:  
L'ESPERIENZA E LE OPINIONI DEI GINECOLOGI IN ITALIA  
E IN CATALOGNA (SPAGNA)

SILVIA DE ZORDO

Universitat de Barcelona (UB), GRAPP-Departamento de Antropologia, E;  
University of Sussex, Dept. of Anthropology, UK

SUMMARY

*ABORTION, STIGMA AND CONSCIENTIOUS OBJECTION: EXPERIENCES  
AND OPINIONS OF GYNECOLOGISTS IN ITALY AND CATALONIA*

*This article discusses the issue of abortion stigma and conscientious objection based on the main results of a qualitative study carried out in hospitals providing abortion care in Italy and Spain (Catalunya). This study was aimed at examining obstetricians-gynaecologists' experiences and attitudes to abortion, or voluntary interruption of pregnancy. The abortion law is relatively liberal in these two Catholic countries (much more liberal in Spain than in Italy). However, abortion still is strongly stigmatized in the public debate on human and reproductive rights, whose focus has shifted, over the last decade, from women's rights to the "rights of the conceived". Based on a study carried out in Italy in 2011-2012 and in Spain in 2013-2015, this article discusses the impact of the stigmatization of abortion on the quality of obstetricians-gynaecologists' training and on their professional choices concerning conscientious objection and shows how physicians contribute to reproduce abortion stigma in the two countries.*

*Introduzione*

In questo contributo discuto la questione dello "stigma" e della "stigmatizzazione dell'aborto"<sup>1</sup> a partire e attraverso l'esperienza e le opinioni

*Key words:* Abortion - Stigma - Conscientious objection - Obstetricians-Gynaecologists

sull'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) dei ginecologi<sup>2</sup> che lavorano in ospedali che offrono questo servizio in Italia e in Spagna (Catalunya). In questi due paesi cattolici del sud Europa la legge sull'interruzione volontaria di gravidanza è abbastanza liberale (decisamente più liberale in Spagna che in Italia), ma l'IVG è ancora fortemente stigmatizzata nel dibattito pubblico intorno ai diritti riproduttivi, che è stato molto acceso nel corso dell'ultimo decennio. Mi propongo di analizzare la stigmatizzazione dell'aborto nel dibattito pubblico e negli ospedali dei due paesi, il suo impatto sulla qualità della formazione e sulle scelte professionali dei ginecologi relative all'obiezione di coscienza, e il ruolo che giocano i ginecologi nel processo di riproduzione della stigmatizzazione dell'aborto. Recentemente, la sociologa inglese Beynon-Jones<sup>3</sup> ha mostrato come medici e altri operatori socio-sanitari che lavorano nei servizi di IVG scozzesi riproducono e rinforzano, a livello discorsivo, la stigmatizzazione di specifiche categorie di donne che vogliono interrompere una gravidanza, classificando come "razionale" la decisione di alcune donne (per esempio delle adolescenti che non vogliono proseguire la gravidanza), e altre, invece, come "irrazionali". Questa classificazione, morale e sociale più che medica, è basata, afferma Beynon-Jones, sulle diverse aspettative dei medici e degli operatori rispetto alla maternità, che sono "stratificate"<sup>4</sup> in maniera diversa a seconda dell'età, della classe sociale, dello status coniugale, del numero di figli e di altre caratteristiche sociali, demografiche e culturali delle pazienti.

Come vedremo, i ginecologi italiani e catalani distinguono anch'essi interruzioni volontarie di gravidanza più o meno "accettabili", dal punto di vista medico e morale, e contribuiscono a riprodurre così, a livello discorsivo, la stigmatizzazione di alcune categorie di donne e di alcuni tipi di interruzione di gravidanza in particolare. Tuttavia, l'impatto della stigmatizzazione dell'aborto e di certi tipi di interruzione di gravidanza sulla pratica clinica e in particolare sulle scelte professionali dei ginecologi in relazione all'obiezione di coscienza è molto diverso nei due paesi.

Nella prima sezione di questo articolo parlerò brevemente della legge e della discussione politica sui diritti riproduttivi e l'IVG in Italia e in Spagna, che comparerò ad altri paesi europei. In seguito riassumerò il dibattito sull'interruzione di gravidanza e la sua stigmatizzazione nel campo delle scienze sociali. Infine, presenterò i risultati principali della ricerca antropologica qualitativa sull'esperienza e le opinioni dei ginecologi italiani rispetto all'interruzione di gravidanza, alla stigmatizzazione dell'aborto e all'obiezione di coscienza, che ho realizzato grazie a una borsa postdottorale europea Marie Curie nel 2011-2012, quando ero ricercatrice postdottorale presso Goldsmiths (Università di Londra). Presenterò anche i risultati preliminari di una ricerca sullo stesso tema che ho realizzato dal 2013 al 2015 in Catalogna (Spagna) grazie ad una borsa postdottorale Beatriu de Pinós all'Università di Barcelona (UB).

In Italia ho realizzato la mia ricerca di campo intensiva durante un periodo di cinque mesi in quattro ospedali-maternità pubblici che offrono un servizio di IVG sia nel primo che nel secondo trimestre di gravidanza (due ospedali, HA-HB<sup>5</sup>, sono situati a Roma e due, HF-HP, a Milano). Due assistenti di ricerca, Anastasia Martino (dottoranda presso l'Università di Milano-Bicocca, Dipartimento di Antropologia) e Rosalia Lombardi (professoressa di Sociologia a contratto presso l'Università Statale di Milano) hanno collaborato alla ricerca rispettivamente a Roma e a Milano. Sono stati amministrati questionari e condotte interviste in profondità con 27 ginecologi (inclusi gli specializzandi) in ogni città, nonché con ostetriche, infermiere, neonatologi e psicologhe. Sono stati intervistati anche alcuni primari e ginecologi che lavorano in altri ospedali/centri di salute che offrono un servizio di IVG nelle due città.

In Catalogna ho realizzato la mia ricerca durante un periodo di 18 mesi, mentre lavoravo come ricercatrice e docente con un contratto postdottorale all'Università di Barcelona (Dipartimento di Antropologia), senza l'aiuto di assistenti di ricerca (il mio contratto

postdottorale non includeva fondi per la ricerca). Ho amministrato questionari e condotto interviste con 20 ginecologi, inclusi gli specializzandi, in due ospedali-maternità (HY e HN) che offrono un servizio di interruzione di gravidanza in caso di malformazioni fetali o gravi problemi di salute della donna nel secondo trimestre di gravidanza, come la maggior parte degli ospedali pubblici spagnoli. Come vedremo, infatti, in Spagna la maggioranza delle IVG sono realizzate in cliniche convenzionate con lo stato, a differenza di quanto avviene in Italia dove la maggioranza delle IVG sono realizzate in ospedali pubblici. Ho anche intervistato 3 ginecologi che lavorano in una di queste cliniche e alcuni altri ginecologi e ostetriche che lavorano in un'altra clinica e in due ASSIRES (l'equivalente dei nostri consultori, che sono presenti, però, in ogni ASL, e offrono l'IVG farmacologica nel primo trimestre). Infine, in entrambi i paesi ho accompagnato il dibattito medico e politico sull'interruzione volontaria di gravidanza durante il periodo della mia ricerca e ho discusso in seguito i risultati con medici ed esperti di riproduzione e salute sessuale e riproduttiva nel campo delle scienze sociali.

*I diritti riproduttivi e l'interruzione volontaria di gravidanza in Italia, in Spagna e in Europa*

Negli anni 2000 in Italia e più recentemente in Spagna il focus del dibattito sui diritti riproduttivi e sull'IVG si è spostato dalle donne al "concepito". In Italia si è percepito chiaramente questo cambiamento nel 2004, quando è stata promulgata la legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita che assicura "i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito" (articolo 1)<sup>6</sup>, aprendo le porte a un rinnovato dibattito sul diritto delle donne alla salute, sul quale si basa la legge 194 sull'interruzione di gravidanza del 1978. A differenza di questa legge, la legge 40 poneva le donne e il "concepito" sullo stesso piano e non tutelava la salute fisica e psicologica delle donne. Proibiva infatti la crioconservazione degli embrioni e impo-

neva quindi l'impianto di tutti gli embrioni fecondati, in seguito a fecondazione in vitro, esponendo le donne a rischi importanti in caso di gravidanza multipla. Le linee guida proibivano anche la diagnosi genetica pre-impianto che, insieme ai procedimenti sopra citati, è stata permessa recentemente a seguito di numerosi processi e sentenze della Corte Costituzionale. Infine, la legge 40 proibiva l'accesso alla procreazione medicalmente assistita a donne single e coppie non eterosessuali, provocando la migrazione all'estero di migliaia di individui e coppie alla ricerca di paesi, come la Spagna, con leggi più liberali<sup>7</sup> (questo divieto è ancora in vigore).

Negli stessi anni in cui si discuteva della legge 40, le amministrazioni del Lazio e della Lombardia, due importanti regioni italiane dal punto di vista politico ed economico, promulgavano decreti e regolamenti che riconoscevano il "concepito", ovvero embrioni e feti, come "soggetti biopolitici" (biopolitical subjects)<sup>8</sup> e "cittadini [...] meritevoli della protezione dello Stato" (citizens [...] worthy of state protection)<sup>9</sup>. Per esempio, nel 2007 la Lombardia approvò un nuovo regolamento ospedaliero riguardante la sepoltura di feti e embrioni abortiti (incluso in caso di interruzione di gravidanza nel primo trimestre), obbligando i ginecologi che lavorano nei reparti a domandare alle donne che chiedono una IVG se vogliono seppellire il proprio embrione o feto. In caso di risposta negativa, gli ospedali dovevano (e devono) farsene carico<sup>10</sup>. L'idea che ha ispirato questo regolamento, come spiegarono in diverse occasioni i rappresentanti dell'amministrazione regionale e in particolare Roberto Formigoni – allora presidente della Regione Lombardia – è che l'embrione e il feto sono "persone" i cui "diritti", incluso il diritto ad una degna sepoltura, devono essere rispettati. Le campagne di questo periodo promosse da gruppi cattolici contrari al diritto all'IVG veicolavano un'idea simile, come dimostra l'uso persistente di immagini di neonati che, secondo le intenzioni dei gruppi promotori, rappresentavano feti "condannati" all'aborto dalle loro "madri". Un anno dopo

l'approvazione di questo regolamento, lo stesso governo regionale fissò il limite per l'IVG nel secondo trimestre a 22 settimane e 3 giorni. Questa legge regionale fu poi ritirata a seguito delle proteste di un gruppo di ginecologi che eseguivano IVG in Lombardia, e dei procedimenti legali da loro avviati, perché dichiarata incompatibile con la legge nazionale sull'IVG che non stabilisce un limite preciso, in termini di età gestazionale, per l'IVG effettuata oltre il primo trimestre di gravidanza.

Infatti, la legge italiana permette l'IVG (Legge 194 - 1978, art. 4-6) nei primi 90 giorni di gravidanza nel caso in cui

*la donna [...] accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito”.*

E oltre i 90 giorni l'IVG è permessa solo in due casi: “a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna<sup>11</sup>.”

In questo secondo caso, il limite ultimo stabilito per l'IVG legale è la viabilità fetale, definita dalla comunità scientifica internazionale come la possibilità statisticamente significativa di sopravvivenza del feto fuori dall'utero materno, grazie a tecniche di terapia intensiva neonatale<sup>12</sup>.

Il risultato di questa legge è che in Italia è molto difficile, se non impossibile, ottenere un'IVG oltre le 22 settimane. Secondo quanto affermato dai ginecologi che ho intervistato in Italia, e in particolare da quelli che si occupano di diagnostica prenatale, l'IVG viene richiesta a quest'età gestazionale nella maggioranza dei casi da donne

che ottengono una diagnosi di gravi malformazioni fetali e/o la loro conferma tardi, vicino, appunto, alla soglia di viabilità fetale<sup>13</sup>. Per questa ragione molti ginecologi intervistati che realizzavano IVG e anche alcuni obiettori che si occupavano di diagnostica prenatale si dichiaravano favorevoli a un cambiamento della legge in senso più liberale, per permettere alle donne che si trovano in questa situazione di poter meditare la loro decisione ed eventualmente realizzare un'IVG in Italia, senza dover andare all'estero. Un altro problema che hanno sottolineato i pochi ginecologi che realizzano l'IVG oltre i primi 90 giorni, nella maggioranza dei casi in seguito a una diagnosi di anomalie cromosomiche, di cui la più frequente è la trisomia 21 (sindrome di Down), è che non tutti gli ospedali italiani offrono questo servizio a causa dell'alto tasso di obiezione di coscienza tra i ginecologi. In regioni o province ove pochi ospedali offrono l'IVG oltre i 90 giorni le donne devono quindi affrontare quello che un ginecologo romano ha definito "il giro delle sette Chiese", che può ritardare il loro accesso all'IVG, in alcuni casi sino ad arrivare al limite stabilito per legge.

Nel 2012 la Laiga (Libera associazione italiana di ginecologi per l'applicazione della legge 194) ha presentato un ricorso al Comitato europeo dei diritti sociali del Consiglio d'Europa contro lo Stato italiano insieme a IPPF (International Planned Parenthood Federation European Network), denunciando la mancata applicazione della legge 194-1978 sull'interruzione volontaria di gravidanza in materia di obiezione di coscienza<sup>14</sup>. I dati raccolti dalla Laiga mostrano che nella maggior parte delle regioni italiane, con poche eccezioni, solo una piccola percentuale di ospedali che hanno un reparto di ginecologia-ostetricia (tra il 5% e il 15% circa) offre l'IVG oltre i 90 giorni, contro percentuali molto più elevate di ospedali (tra il 30% e il 90%, a seconda della regione) che offrono l'IVG nel primo trimestre<sup>15</sup>.

Una delle ragioni principali per le quali non tutti gli ospedali offrono le IVG, nel primo e/o nel secondo trimestre, è che vi sono alte percen-

tuali di ginecologi obiettori che rifiutano di realizzarle per ragioni “di coscienza”<sup>16</sup>. Le percentuali di obiettori sono elevate anche in altre categorie professionali: anestesisti, ostetriche e infermieri. Si tratta di un fenomeno rilevante, perché le percentuali di obiettori sono aumentate nel corso degli anni 2000 fino a raggiungere il 70% tra ginecologi a livello nazionale e oltre l’80% nell’Italia meridionale e in regioni chiave del nord (Veneto) e del centro (Lazio)<sup>17</sup>. In seguito alle denunce della Laiga il Ministero della Salute ha iniziato a monitorare con più attenzione questo fenomeno. Nell’ultima relazione sulla Legge 194 presentata in Parlamento nel novembre 2015<sup>18</sup> si sottolinea che, a parte due piccole regioni del sud (Molise e Basilicata) in cui il servizio IVG è garantito da meno del 30% degli ospedali/cliniche autorizzate, nelle altre regioni, incluse quelle con tassi elevati di obiezione di coscienza, l’accesso alle IVG è garantito da un numero di ospedali/centri autorizzati sufficiente a coprire il fabbisogno delle donne (uguale o superiore al 50% del totale delle strutture con reparto di ginecologia-ostetricia in 14 regioni su 21). Inoltre, i tempi di attesa tra il rilascio del certificato per fare l’IVG e l’intervento sono diminuiti, anche se in alcune regioni (ma non tutte con tassi molto elevati di obiezione di coscienza) sono ancora superiori a tre settimane, e solo una minoranza di donne viaggiano fuori dalla propria provincia (12,9%) o regione (10,2%) per realizzare una IVG. Infine, nella maggior parte delle regioni il rapporto tra numero di IVG e ginecologi non obiettori disponibili è congruo e non particolarmente elevato, con alcune, poche eccezioni in regioni come il Lazio e la Sicilia (due regioni con un alto tasso di obiezione di coscienza). La relazione non rileva, dunque, nessuna specifica criticità. Al contrario, organizzazioni di ginecologi non obiettori come la Laiga e gruppi femministi preoccupati per l’aumento dell’obiezione di coscienza all’IVG continuano a sottolineare la precarietà dei servizi, soprattutto in alcune regioni, la diminuzione del numero di medici non obiettori e la conseguente diminuzione del numero di strutture che offrono questo servizio (a livello nazionale il



64% delle strutture con reparto di ginecologia-ostetricia offriva questo servizio nel 2012, il 60% nel 2013).

La mia ricerca, pur non essendo rappresentativa a livello nazionale, perché è stata realizzata nelle capitali di due sole regioni italiane, conferma quello che anche i dati del Ministero della Salute mostrano, ovvero che vi sono specificità e differenze regionali importanti. Infatti, a differenza dei loro colleghi milanesi, molti ginecologi intervistati che realizzavano IVG a Roma, capitale di una regione con tassi di obiezione di coscienza tra i ginecologi molto più alti della Lombardia (80,7% nel Lazio contro il 63,6% in Lombardia), sottolineavano che l'obiezione di coscienza ha un impatto notevole non solo sull'accesso, ma anche sulla qualità dei servizi. Come osservavano le poche ginecologhe che realizzavano le IVG nella capitale<sup>19</sup>, in molte città del Lazio i tassi di obiezione di coscienza sono così alti che non si offrono servizi di IVG e dunque le donne devono recarsi nella capitale, dove vi sono lunghe liste di attesa. Le donne possono anche essere obbligate a fare più di un viaggio per ottenere una IVG entro i limiti stabiliti dalla legge, 90 giorni nel primo trimestre. La maggioranza delle IVG in Italia sono realizzate nel primo trimestre di gravidanza in servizi appositi di Day Hospital, via aspirazione (75.6% nel 2013) in anestesia generale<sup>20</sup> e non locale, che è più comune, invece, in altri paesi europei. A causa dell'approvazione tardiva, rispetto ad altri paesi europei come la Francia e l'Inghilterra, del farmaco (mifepristone)<sup>21</sup> che si usa per provocare l'IVG farmacologicamente nelle prime 7-9 settimane di gravidanza, solo il 9.7% delle IVG si realizza con questa tecnica<sup>22</sup>, che, a differenza dell'aspirazione, richiede una partecipazione molto più attiva delle donne e coinvolge solo in minima parte medici e altri operatori. Nel secondo trimestre, invece, la maggior parte delle IVG si realizza nei reparti di ginecologia-ostetricia via induzione farmacologica del travaglio abortivo e dell'espulsione del feto (un vero e proprio parto), che può richiedere diversi giorni e rende necessaria l'ospedalizzazione della paziente. Per ragioni che

analizzeremo, fatta eccezione per pochi casi di complicazioni che richiedono un intervento chirurgico tempestivo, nel secondo trimestre non si realizza, invece, la tecnica chirurgica chiamata D&E (dilatazione e evacuazione) che si utilizza in altri paesi europei.

In Italia, dunque, le donne che chiedono una IVG nel primo trimestre dipendono in gran parte dai ginecologi, che sono gli unici autorizzati a rilasciare il certificato con il quale esse possono ufficialmente richiederla e anche a realizzarla. Tuttavia, anche altri operatori, e in particolare gli anestesisti e gli infermieri, nonché le ostetriche che devono assisterle durante l'IVG nel secondo trimestre, rivestono un ruolo importante. Come sottolineavano nelle interviste i pochi ginecologi che realizzano IVG nel secondo trimestre a Roma, in ospedali con percentuali elevate di obiezione di coscienza un problema che le donne devono affrontare, oltre al travaglio indotto, che può essere più o meno lungo e doloroso, è la mancata assistenza da parte di ginecologi e ostetriche obiettori. Per questa ragione alcuni ospedali romani sono stati denunciati e i quotidiani internazionali hanno iniziato ad interessarsi recentemente alla questione<sup>23</sup>. Infatti, secondo l'articolo 9 della legge 194 gli obiettori, incluse le ostetriche obiettrici, hanno l'obbligo di assistere le donne prima e dopo l'atto medico direttamente finalizzato a interrompere la gravidanza e non possono rifiutarsi di realizzare IVG in caso di rischio per la vita della donna. Le donne italiane, quindi, non possono scegliere tra diverse tecniche di interruzione di gravidanza altrettanto facilmente quanto le donne di altri paesi europei, come l'Inghilterra o la Francia, e si confrontano, in alcuni contesti ospedalieri, con l'impatto negativo dell'obiezione di coscienza sulla qualità dei servizi di IVG<sup>24</sup>. Infine, in Italia le donne devono rispettare un tempo di riflessione obbligatorio stabilito per legge in 7 giorni dal momento del rilascio del certificato al momento dell'intervento, a differenza delle donne che vivono in altri paesi come l'Inghilterra o la Francia, paese, quest'ultimo, in cui il periodo di riflessione pre-IVG è stato recentemente eliminato.

Questo fa sì che nella maggioranza dei casi (62,3%) le donne debbano aspettare fino a 2 settimane prima di poter realizzare una IVG che la letteratura medica internazionale dimostra essere più sicura quanto prima viene realizzata<sup>25</sup>. Non si sa quante donne siano costrette da lunghi tempi di attesa a recarsi in altri paesi per realizzare una IVG perché mancano ricerche quanti-qualitative su questo fenomeno<sup>26</sup>. Molti ginecologi italiani che ho intervistato e che realizzavano IVG suggerivano alle donne che avevano superato l'età gestazionale legale (90 giorni o la viabilità fetale) di recarsi in altri paesi, come la Francia, la Spagna e l'Inghilterra<sup>27</sup>, dove la legge sull'IVG è più liberale. Come suggerisce uno studio-pilota sull'esperienza di donne che si recano in Inghilterra da altri paesi europei per realizzare una IVG che ho recentemente realizzato<sup>28</sup>, questi viaggi hanno un costo, sia economico sia in termini di organizzazione e gestione della vita lavorativa e familiare, che può essere difficile (o impossibile) da affrontare per le donne che hanno un reddito basso, per le disoccupate, e anche per le donne lavoratrici e/o madri<sup>29</sup>.

Un altro fenomeno che andrebbe meglio studiato in Italia è l'aborto clandestino, che continua a esistere nel nostro paese. L'Istituto Superiore di Sanità stima che tra il 2005 e il 2012 siano stati realizzati in Italia tra i 12.000 e i 15.000 aborti illegali, ma non offre altri dati su questo fenomeno<sup>30</sup>. Di tanto in tanto, nell'ultimo decennio, sono apparse notizie nei media italiani di ginecologi denunciati perché erano obiettori nei servizi pubblici, ma realizzavano IVG in cambio di denaro in cliniche private che non erano autorizzate a offrire questo servizio. Alcuni di questi casi venivano menzionati dai miei intervistati per denunciare quella che la maggior parte definiva, inclusi molti medici obiettori, "*falsa obiezione*" o "*obiezione di comodo*"<sup>31</sup>. Altre notizie circolano di tanto in tanto nei media sul contrabbando illegale del misoprostolo, uno dei farmaci usati per indurre l'aborto farmacologico che è comunemente utilizzato dalle donne per realizzare interruzioni di gravidanza fai-da-te, in casa, in paesi con leggi

restrittive sull'aborto (come la maggior parte dei paesi latino-americani) ma anche in paesi con leggi meno restrittive come l'Italia e la Spagna. Diversi ginecologi che ho intervistato nei due paesi menzionavano casi di donne latino-americane che erano arrivate al pronto soccorso del loro ospedale con delle perdite importanti e un aborto in corso che loro definivano "spontaneo", ma che poteva essere stato provocato, secondo i medici, dall'uso di misoprostolo autoamministrato, di cui a volte si possono trovare delle tracce. Sarebbero necessari studi quanti-qualitativi su questo fenomeno per capire chi sono le donne che realizzano IVG clandestinamente, perché lo fanno e con quali metodi. L'aborto clandestino è, infatti, una delle cause principali di morbi-mortalità materna nel mondo e non è scomparso in Europa, nonostante l'aborto sia stato legalizzato nella maggior parte dei paesi, con poche eccezioni, come l'Irlanda, Malta e la Polonia, dove le leggi sull'IVG sono molto restrittive<sup>32</sup>. Uno degli effetti della legalizzazione della contraccezione e dell'aborto negli anni 60-70 in Europa è stato il progressivo calo dei tassi di morbi-mortalità materna e anche dei tassi di abortività (ovvero il numero delle IVG per 1000 donne in età riproduttiva). In Italia, il tasso di abortività ha continuato a diminuire ed è attualmente tra i più bassi in Europa (7,6/1000 donne in età riproduttiva nel 2013), anche tra le minorenni (4,1/1000 nel 2013)<sup>33</sup>, mentre le percentuali dell'obiezione di coscienza sono aumentate nell'ultimo decennio.

A differenza di quanto avviene in Italia, in Spagna l'obiezione di coscienza non sembra costituire un fenomeno rilevante, né una barriera all'accesso ai servizi di IVG di buona qualità, fatta eccezione per alcune regioni molto conservatrici e cattoliche come la Navarra, dove vi sono alte percentuali di obiezione di coscienza. Mancano, tuttavia, dati e studi su questo tema<sup>34</sup>. Molti ginecologi che ho intervistato in Catalogna, dove ho realizzato la mia ricerca, e in particolare quelli con più anni di esperienza professionale, sottolineavano che questa pratica era più comune e creava più tensioni tra colleghi

negli ospedali nel passato. Infatti, dopo la legalizzazione dell'aborto nel 1985, quando fu promulgata la prima legge sull'IVG che era più restrittiva di quella attuale (del 2010), gruppi cattolici contrari alla legalizzazione organizzarono campagne di protesta violente e molti ginecologi che lavoravano in ospedali pubblici si dichiararono obiettori. Nacquero quindi numerose cliniche private fondate e gestite da ginecologi che volevano invece garantire questo servizio e che ancora oggi realizzano la maggioranza delle IVG, con la differenza importante che mentre prima le donne dovevano pagare per realizzare una IVG, dal 2010 non devono più farlo. Nel 2010, infatti, è stata promulgata una nuova legge sull'interruzione di gravidanza, che è molto più liberale di quella italiana, e da allora queste cliniche sono sovvenzionate dallo Stato.

I tassi di abortività in Spagna sono lievemente più alti che in Italia (11,74/1000 e 12,23/1000 tra le minorenni nel 2013<sup>35</sup>). Rispetto ai metodi utilizzati per realizzare le IVG, il 74% dei procedimenti è realizzato per aspirazione<sup>36</sup>. L'aborto farmacologico nel primo trimestre è ancora poco utilizzato, ma le percentuali di uso di questa tecnica potrebbero aumentare nel prossimo futuro soprattutto nelle regioni, come la Catalogna, dove ha iniziato ad essere offerto da ginecologi e ostetriche nei servizi di salute sessuale e riproduttiva locali (l'equivalente dei nostri consultori, che sono però presenti in ogni ASL) fino a 9 settimane di gestazione. Le donne, inoltre, possono andare a casa dopo aver assunto il farmaco abortivo. Come mi spiegavano i miei intervistati, e in particolare i ginecologi che realizzano IVG che hanno una lunga esperienza professionale, negli ospedali si continuano a realizzare poche IVG non tanto perché vi siano molti obiettori, quanto per la divisione del lavoro tra ospedali e cliniche che si è stabilita dopo il 1985. Per questo motivo, ancora oggi nelle cliniche specializzate si realizza la maggior parte delle IVG e negli ospedali solo quelle per seri problemi di salute delle donne o per severe malformazioni fetali. Queste ultime possono es-

sere realizzate, secondo la legge spagnola, anche oltre la soglia della viabilità fetale se un comitato clinico conferma che si tratta di malformazioni incompatibili con la vita o incurabili al momento della diagnosi. Un'altra importante differenza rispetto alla legge italiana consiste nella possibilità di richiedere l'IVG fino a 14 settimane di gravidanza (e non 12) senza invocare circostanze in cui la gravidanza comporterebbe un serio pericolo per la salute fisica o psichica della donna o per le sue condizioni familiari o sociali, come nel nostro paese. La legge spagnola riconosce infatti il principio di autodeterminazione degli individui in ambito riproduttivo. Infine, tra le 14 e le 22 settimane l'IVG può essere realizzata, in Spagna, in caso di seri problemi di salute (fisici o psicologici) della donna o in caso di gravi anomalie o malformazioni fetali.

La legge spagnola del 2010 è dunque più liberale di quella italiana e anche della legge spagnola anteriore (del 1985), motivo per il quale è stata oggetto, negli ultimi anni, di forti attacchi da parte di gruppi e partiti cattolici conservatori. Il progetto di legge intitolato "Legge di protezione della vita del concepito e dei diritti della donna incinta" (*Ley de Protección de la Vida del Concebido y los Derechos de la embarazada*), presentato nel 2013 dal Ministro della Giustizia del Partito Popolare Gallardón, avrebbe cancellato l'IVG a richiesta della donna nelle prime 14 settimane e anche la possibilità di ottenere una IVG per malformazioni fetali, se fosse stato approvato. Questo progetto di legge, tuttavia, ha provocato un dibattito così acceso nella società spagnola e all'interno dello stesso governo che ha portato al suo abbandono e alle dimissioni del ministro nell'autunno del 2014<sup>37</sup>. La comparazione tra Italia e Spagna è molto interessante perché in entrambi i paesi, cattolici, il dibattito pubblico sui diritti riproduttivi e l'interruzione di gravidanza si è progressivamente focalizzato, nel corso dell'ultimo decennio, sui "diritti" dell'embrione e del feto. Tuttavia, le leggi, l'organizzazione dei servizi di IVG sono molto diverse nei due paesi. Inoltre, in Italia molto di più che in Spagna,

l'obiezione di coscienza all'IVG tra i medici e gli altri operatori socio-sanitari costituisce, come vedremo, una ragione di tensione tra obiettori e medici che realizzano l'IVG e sembra costituire una barriera all'accesso a servizi di IVG di buona qualità in alcuni contesti. Infine, come vedremo in seguito, i ginecologi che realizzano le IVG non vivono la stigmatizzazione dell'aborto né contribuiscono direttamente o indirettamente a riprodurla nel contesto clinico nello stesso modo nei due paesi. Nelle conclusioni cercheremo di capire quali fattori possono contribuire a spiegare queste differenze, basandoci sui risultati principali delle ricerche che ho realizzato nei due paesi. Ma cosa si intende per stigma e stigmatizzazione dell'aborto? Prima di procedere all'analisi dei risultati delle mie ricerche si rende necessario riassumere brevemente il dibattito teorico su questi concetti nel campo delle scienze sociali.

#### *La stigmatizzazione dell'aborto e il ruolo dei medici*

Poche ricerche qualitative sono state realizzate nel mondo sull'esperienza e le opinioni sull'aborto di ginecologi e di altri operatori socio-sanitari che lavorano in reparti di ginecologia e ostetricia o in centri di pianificazione familiare che offrono l'interruzione di gravidanza. Ancor più rare sono le ricerche che hanno analizzato se e come l'aborto è stigmatizzato in questi servizi e nelle scuole di medicina e come questo influenzi la formazione, l'esperienza clinica e le scelte professionali dei medici e degli altri operatori, in particolare in relazione all'obiezione di coscienza.

Il concetto di "stigma" è stato teorizzato e introdotto nelle scienze sociali per la prima volta nel 1963 dal sociologo Ervin Goffman, che lo ha definito come la relazione specifica tra un attributo specifico di un individuo, che è connotato negativamente in un determinato contesto sociale e culturale, e uno stereotipo. Il disaccordo tra l'identità "virtuale" (stereotipata) di un individuo e quella "reale", ovvero tra quello che ci aspettiamo che un individuo appartenente a

un certo gruppo sociale sia e quello che un suo determinato attributo ci suggerisce sia in realtà, “provoca un profondo discredito” e porta a declassare l’individuo “da persona completa [...] a persona segnata, screditata”<sup>38</sup>. Si tratta, dunque, di un processo relazionale e contestuale che presuppone sempre l’esistenza di un individuo stigmatizzato e di uno stigmatizzatore che spesso condividono le stesse idee su cosa significhi essere “normale” e su che cosa costituisca, invece, un comportamento o una identità “deviante” nel contesto sociale e culturale in cui vivono. Goffman identifica tre tipi di stigma: le deformazioni fisiche; aspetti criticabili del carattere che vengono percepiti come negativi perché sono considerati “espressione di passioni irrefrenabili o non naturali, di credenze malefiche o dogmatiche” che vengono attribuite al comportamento “deviante” (presente o passato) dell’individuo (per esempio al fatto che soffra o abbia sofferto di malattie mentali, che sia stato in prigione, che sia omosessuale); infine, vi sono gli “stigma tribali della razza, nazione e religione, che si possono trasmettere da una generazione all’altra”<sup>39</sup>. L’attributo stigmatizzante/to può essere più o meno efficacemente celato e l’individuo stigmatizzato può sopporre che la sua “differenza” sia più o meno conosciuta e visibile e considerata negativamente a seconda del contesto sociale e relazionale in cui si trova. Può dunque tentare, a seconda del caso, di dissimularla, nasconderla o, al contrario, di contrastare la stigmatizzazione esibendola e rivendicandola.

Link and Phelan (2001)<sup>40</sup> hanno analizzato, più recentemente, il processo della stigmatizzazione, che hanno definito come il prodotto di una serie di processi sociali concatenati: in primo luogo determinati attributi, caratteristiche o comportamenti individuali vengono distinti ed etichettati come “differenti” (o “devianti” rispetto alla norma sociale); in secondo luogo, alle persone che possiedono questi attributi, etichettate come “diverse”, vengono associate caratteristiche negative; in terzo luogo esse sono separate, ovvero poste in un gruppo sociale diverso da quello al quale appartenevano originariamente,



attraverso un processo di contrapposizione “noi/loro”; infine, esse vengono discriminate e perdono status sociale. Link and Phelan sottolineano che la stigmatizzazione di determinate categorie di individui “dipende interamente dal potere sociale, economico e politico”, ovvero: “è necessario il potere per stigmatizzare”<sup>41</sup>. Parlano, dunque, di discriminazione strutturale, istituzionale, e non solo o principalmente di discriminazione individuale, come Goffman. Altri ricercatori che hanno analizzato lo stigma associato a specifiche patologie, come l’AIDS, hanno ugualmente sottolineato che relazioni di potere e diseguaglianze (sociali e/o di genere) contribuiscono a produrre e riprodurre lo stigma e la discriminazione degli stigmatizzati in diversi ambiti<sup>42</sup>.

Recentemente, il sociologo inglese Scambler e i suoi colleghi hanno analizzato alcuni aspetti specifici dello “stigma”<sup>43</sup> e hanno sottolineato l’importanza di distinguere l’“enacted stigma” (stigma attuato/messo in atto), ovvero la discriminazione da parte di altri di una persona considerata “imperfetta” a causa di un attributo/caratteristica connotato/a negativamente in un determinato contesto sociale/culturale, dal “felt stigma” (stigma sentito/percepito), ovvero il senso di “vergogna” interiorizzato dalla persona stigmatizzata. Scambler invita anche a distinguere lo “stigma” (percepito o attuato) dalla “deviazione”, che implica la violazione di norme e valori sociali e aggiunge la “colpa” (in senso morale) alla “vergogna” associata allo stigma.

Kumar e colleghi hanno utilizzato il concetto di stigma di Goffman per elaborare il concetto di “abortion-related stigma”, o stigma relativo all’aborto, definito come “un attributo negativo ascrivito a donne che cercano di interrompere una gravidanza e che le marca, internamente o esternamente, come inferiori all’ideale di ‘donna’”<sup>44</sup>. Questo ideale cambia a seconda del contesto socio-culturale e dell’epoca storica, come cambiano le norme e le relazioni sociali attraverso le quali si costituiscono e legittimano le identità e le relazioni di

genere, che contribuiscono a produrre, riprodurre, o, al contrario, a contrastare, la stigmatizzazione dell'interruzione di gravidanza<sup>45</sup>. In paesi cristiani cattolici, questo ideale si è costituito e nutrito di alcune idee relative all'identità di genere, alla sessualità e alla riproduzione, definite da Kumar e colleghi come "costruzioni archetipiche del 'femminile'" (*archetypal constructs of the feminine*<sup>46</sup>) che sono più o meno presenti e dominanti a seconda del contesto e dell'epoca storica, e in particolare: l'idea che la sessualità femminile sia "naturalmente" orientata alla riproduzione, che esista un "istinto materno", femminile, che porterebbe le donne a prendersi cura degli esseri vulnerabili (come i malati, i bambini e, per estensione, i feti), e, infine, l'importanza sociale e culturale attribuita alla maternità nella vita delle donne<sup>47</sup>.

In molti paesi cristiani cattolici, come l'Italia e la Spagna, l'interruzione di gravidanza emerge spesso nel discorso pubblico e nel dibattito politico come un'"eccezione" e/o una "trasgressione" delle norme di genere dominanti, nonostante questo procedimento ginecologico-ostetrico sia il più comune dopo i parti, il che conferma che questa esperienza fa parte integrante della vita e della storia riproduttiva di molte donne, come altre esperienze, incluse le gravidanze portate a termine. In questi paesi le donne che interrompono una gravidanza inattesa o non desiderata sono spesso etichettate o apertamente denigrate come "assassine" o "cattive donne/madri", "donne/madri irresponsabili", in senso morale, da gruppi cristiani e cattolici e da politici vicini alle loro posizioni, in discorsi e manifestazioni pubbliche contro il diritto all'interruzione di gravidanza. In alternativa, vengono dipinte da questi gruppi come "vittime" di problemi economici o sociali che le porterebbero ad abortire e delle conseguenze negative di quello che viene sempre definito come un evento "traumatico" nella loro vita<sup>48</sup>. Questi gruppi difendono il "diritto alla vita" del "concepito" sin, appunto, dal concepimento, considerano la maternità come un aspetto centrale nella vita delle donne e nella co-

stituzione della loro identità femminile e considerano quindi l'aborto non solo come un peccato, ma come una "trasgressione" e un "trauma" allo stesso tempo. Nel discorso pubblico e nel dibattito politico sull'aborto, tuttavia, emerge spesso una distinzione morale tra "buoni" e "cattivi" aborti, gli aborti "buoni" essendo spesso identificati con quelli realizzati in caso di malformazioni fetali molto gravi<sup>49</sup>. Gli studi esistenti mostrano, però, che lo stigma dell'aborto viene generato in maniera diversa in differenti sfere sociali e da diversi attori sociali, e che non tutte le donne che interrompono una gravidanza, incluse donne cristiane e cattoliche, ne fanno l'esperienza o non tutte nello stesso modo<sup>50</sup>. Tuttavia, si sa ancora poco di come la stigmatizzazione dell'aborto vari in diversi contesti sociali e culturali<sup>51</sup> e di quale sia il suo impatto sulle donne. Alcuni studi realizzati negli Stati Uniti suggeriscono che più le donne si sentono e/o sono apertamente stigmatizzate per aver deciso di realizzare un'IVG, più soffrono dal punto di vista emotivo e psicologico<sup>52</sup>. Altre ricerche hanno mostrato che se l'IVG viene realizzata in un contesto di disapprovazione morale, incluso il contesto medico-clinico con il quale si confrontano le donne, questo può avere un impatto negativo sul loro processo decisionale e sulla loro esperienza con l'IVG<sup>53</sup>. Uno degli effetti sulle donne dell'esperienza della stigmatizzazione dell'aborto nel dibattito pubblico e/o a livello istituzionale – nei servizi di salute – o comunitario/famigliare, è che spesso cercano di nascondere la loro scelta per timore di essere giudicate negativamente e discriminate, e questo contribuisce ad accrescere la loro sofferenza dal punto di vista emotivo e psicologico. Infatti, nascondere un'IVG o l'intenzione di realizzarla può essere più o meno facile. È più facile che famigliari, amici o colleghi non ne vengano a conoscenza nei primi mesi di gravidanza ed è più semplice celarla se si vive in una grande città ove vi sono molti centri di salute che offrono questo servizio, e ancora di più se vicino a casa o al lavoro vi sono servizi di IVG facilmente accessibili che garantiscano la totale privacy e l'anonimato<sup>54</sup>.

In un contesto in cui l'aborto è fortemente stigmatizzato anche i medici e gli altri operatori che lavorano in servizi di IVG possono cercare di celare il fatto che lavorano in questi servizi per tutelarsi ed evitare la stigmatizzazione e la discriminazione. Per quel che riguarda i ginecologi, è ovviamente più facile che non si sappia quali di loro realizzino IVG nel reparto di ginecologia e ostetricia di un grande ospedale dove si seguono anche gravidanze e si assistono parti, se non vi è una lista pubblica di medici che offrono questo servizio specifico (in Italia e in Spagna queste liste non sono pubbliche), che in cliniche specializzate in IVG (come quelle spagnole). In paesi in cui questo servizio è offerto solo in cliniche private e l'aborto è fortemente stigmatizzato nel dibattito pubblico, come gli Stati Uniti, queste cliniche sono il bersaglio privilegiato di proteste e attacchi anche violenti da parte di gruppi anti-diritto all'IVG. Una possibile conseguenza dello stigma è, infatti, non solo la discriminazione, ma anche la violenza verbale e fisica.

Al tempo stesso, la stigmatizzazione dell'aborto può essere, ed in alcuni contesti è, contrastata e contestata dalle donne, un tema ancora poco studiato, così come è poco studiato il ruolo dei medici e degli altri operatori socio-sanitari nel perpetuare e riprodurre lo stigma dell'aborto. I medici e gli altri operatori socio-sanitari che lavorano in servizi di ginecologia e/o ostetricia giocano un ruolo importante sia nel processo di produzione e riproduzione, sia di contestazione dello stigma dell'aborto. Bajos e Ferrand<sup>55</sup>, che hanno realizzato una ricerca in Francia sull'esperienza delle donne, dei medici e di altri operatori socio-sanitari con la contraccezione e l'aborto, affermano che una delle cause principali della stigmatizzazione dell'aborto è la medicalizzazione accelerata della contraccezione negli ultimi decenni, che ha reso meno socialmente e moralmente accettabili le gravidanze impreviste. Infatti, oggi è disponibile sul mercato un'ampia gamma di contraccettivi, soprattutto ormonali, che sono altamente efficaci se utilizzati in modo corretto e costante. I ginecologi e gli al-

tri operatori socio-sanitari che si occupano della salute sessuale e riproduttiva delle donne, sottolineano Bajos e Ferrand, non capiscono perché le donne non li usino o non li usino in maniera efficace. Non sempre considerano il fatto che la sessualità è relazionale e implica la ricerca del piacere, che è vissuto in maniera diversa da ogni individuo e può entrare in contraddizione con l'uso di determinati metodi contraccettivi, come il preservativo o la pillola<sup>56</sup>. Inoltre, la sessualità presuppone e implica relazioni di genere che sono anche relazioni di potere e influiscono profondamente sull'esperienza e sulle scelte contraccettive e riproduttive<sup>57</sup>. Infine, il costo dei contraccettivi può essere un problema soprattutto nei paesi dove la contraccezione non è offerta gratuitamente dai servizi di salute.

La ricerca qualitativa di Bajos e Ferrand è una delle poche realizzate in Europa che analizza l'esperienza e le opinioni sull'aborto non solo delle donne, ma anche dei ginecologi/e e di altri operatori socio-sanitari. La maggioranza degli studi qualitativi su questo tema sono stati realizzati negli Stati Uniti, dove l'interruzione di gravidanza è fortemente stigmatizzata nel dibattito pubblico e i ginecologi che realizzano interruzioni di gravidanza sono oggetto, soprattutto negli stati più conservatori, di aggressioni e violenze che sono arrivate a provocare la morte di molti ginecologi negli ultimi decenni (l'ultima è quella del dottor George Tiller, ucciso nel 2009 nel Kansas, nella sua chiesa luterana). Altri studi simili sono stati realizzati in paesi latino-americani e africani, la maggioranza dei quali hanno leggi molto restrittive sull'interruzione di gravidanza. Questi studi hanno esaminato in particolare l'esperienza di medici e altri operatori che lavorano in servizi di IVG con la stigmatizzazione dell'aborto e hanno mostrato che i medici si sentono e a volte sono apertamente stigmatizzati in particolare dai loro colleghi che non realizzano IVG e anche, a volte, dalle loro pazienti. Fare IVG, dicono, è considerato generalmente un "lavoro sporco", ovvero un lavoro che "macchia" chi lo realizza dal punto di vista materiale, sociale e morale. Infatti, il

medico o l'operatore sanitario che lavora in un servizio di IVG entra in contatto (diretto o mediato da strumenti) con l'embrione/feto che viene abortito grazie al suo intervento, nonché con la donna che ha chiesto l'IVG, anch'essa stigmatizzata. Lo stigma dell'aborto, come diceva Goffman, è contagioso<sup>58</sup>.

Altri studi mostrano che restrizioni legali e/o barriere procedurali, come l'obiezione di coscienza, hanno un impatto negativo sulla qualità della formazione medico-clinica e dei servizi di IVG e contribuiscono ad aumentare la stigmatizzazione dell'aborto<sup>59</sup>. Alcune ricercatrici/tori, infine, hanno mostrato che l'IVG non è sempre stigmatizzata e che la stigmatizzazione dell'aborto può ed è a volte contrastata dai medici e gli altri operatori sanitari che realizzano IVG<sup>60</sup>. Come sottolineano O'Donnell e colleghi<sup>61</sup>, il lavoro dei ginecologi che realizzano IVG negli Stati Uniti viene spesso dipinto come "eroico" nei discorsi pubblici di gruppi e associazioni femministe e mediche "pro-choice"; questi medici, osserva Joffe<sup>62</sup>, stanno assumendo progressivamente maggiore visibilità nel dibattito politico come attivisti in difesa della salute e dei diritti riproduttivi delle donne.

Nei paesi europei in cui l'aborto è legalizzato, come negli Stati Uniti, i medici e gli altri operatori che lavorano in centri di salute che offrono l'IVG non sono oggetto di aggressioni e violenze fisiche e verbali comparabili a quelle di cui sono vittima i loro colleghi americani; tuttavia l'aborto è fortemente stigmatizzato non solo nel dibattito pubblico, ma, come vedremo nel prosieguo di questo capitolo, anche nelle scuole di medicina e negli ospedali che offrono l'IVG, e questo ha un impatto negativo sulla formazione medica, sull'esperienza dei medici e degli altri operatori con l'IVG e sulla qualità dei servizi.

Come abbiamo visto nella sezione precedente, sia in Italia sia in Spagna il dibattito pubblico sull'aborto è articolato in termini morali e religiosi, più che scientifici, e la retorica dei diritti (umani) è spesso invocata per difendere i diritti del "concepito", più che per difendere i diritti delle donne. Il dibattito pubblico, politico ed etico nei due

paesi è focalizzato intorno ad alcune questioni cruciali: quali “diritti” (umani) vanno riconosciuti e difesi, quelli sessuali e riproduttivi delle donne o quelli del “concepito”, e in particolare il suo diritto alla vita? L’embrione e il feto possono essere considerati “persone”, in senso non solo morale ma anche giuridico, come le donne che li portano in grembo, oppure no?

Gli antropologi hanno mostrato che in contesti storici e culturali differenti sono state usate diverse “tecnologie” (religiose, spirituali, biomediche) per dare un significato al concepimento, alla nascita e alla formazione dell’individuo/persona umana durante la gravidanza e/o dopo<sup>63</sup>. Gli embrioni e i feti come li conosciamo noi oggi, attraverso le immagini ecografiche, sono il risultato della crescente medicalizzazione della riproduzione e di nuovi sviluppi nel campo della biologia, dell’embriologia e delle tecniche di screening prenatale. In questo senso sono “*un’invenzione relativamente recente*” (*a relatively recent invention*)<sup>64</sup> come l’ha definita l’antropologa americana Lynn Morgan. Sono specifiche costruzioni storiche e scientifiche che sono divenute recentemente “*esseri umani riconoscibili*” (*recognizable human beings*)<sup>65</sup> e “*icone per la Vita*” (*icons for Life*)<sup>66</sup>, come ha osservato la storica Barbara Duden.

Ma come definiscono l’embrione, il feto e la donna che lo porta in grembo i ginecologi italiani e spagnoli che lavorano in centri di salute, ospedali e cliniche che offrono l’IVG? Come definiscono e come si relazionano con l’interruzione di gravidanza e la sua stigmatizzazione? Nella prossima sezione cercherò di rispondere a queste domande basandomi sui risultati delle ricerche qualitative che ho realizzato in Italia e in Spagna tra il 2011 e il 2015.

#### *La classificazione medico/morale degli aborti in Italia e in Catalunya*

La maggioranza dei ginecologi e ginecologhe intervistati/e<sup>67</sup> nei due paesi, religiosi<sup>68</sup>, obiettori<sup>69</sup> e non, non definivano l’aborto come un “peccato” o un “crimine”, nei questionari, e confermavano la

loro opinione al rispetto anche nelle interviste. Si trovavano invece d'accordo con la sua definizione di "diritto fondamentale delle donne". Al tempo stesso, definivano l'aborto un "*problema sociale*". Quando chiedevo cosa intendessero per "*problema sociale*" la maggioranza dei ginecologi italiani sottolineavano il fatto che le gravidanze indesiderate sono normalmente il risultato di un "*fallimento*"<sup>70</sup> contraccettivo, attribuito alle donne, e/o della loro mancanza di "*consapevolezza*" e "*responsabilità*", facendo riferimento in particolare, ma non solo, alle più giovani, che spesso non usano alcun contraccettivo o lo usano in maniera incostante o non efficace (soprattutto il preservativo, ma anche la pillola). Allo stesso tempo molti ginecologi, e in particolare quelli che realizzavano IVG e/o che avevano lavorato nei consultori, menzionavano "il fallimento" del sistema sanitario, che non offre corsi di educazione sessuale a sufficienza e di buona qualità, in particolare nelle scuole. Alcuni medici religiosi e/o obiettori preferivano adottare il termine di "*educazione affettiva*". Molti di loro sottolineavano il fatto che una parte della legge 194, quella che riguarda la prevenzione dell'IVG, è stata largamente disattesa e che bisognerebbe investire di più, appunto, nell'educazione "*affettiva*" dei giovani, per aumentarne la "*consapevolezza*" rispetto al proprio corpo e alle conseguenze di rapporti sessuali occasionali e non protetti.

La maggior parte dei ginecologi, inclusi gli obiettori, mostrava comprensione, in maggiore o minor misura, rispetto alla scelta delle donne più giovani di interrompere una gravidanza che non era desiderata in quel momento perché, come spiegavano loro molte ragazze che chiedevano una IVG, non avevano una relazione stabile e/o non desideravano avere un figlio in quel momento perché la loro priorità erano gli studi e la formazione professionale. Tutti insistevano, però, sull'importanza della prevenzione delle gravidanze indesiderate, mentre non sempre sottolineavano con altrettanta forza l'importanza della prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili.



Minor comprensione era riservata alle donne over 30, in particolare alle primipare, la cui scelta di interrompere una gravidanza perché interferiva, come raccontavano le pazienti ai medici, con i loro piani lavorativi o personali in quel particolare momento o perché non avevano una relazione sufficientemente stabile, veniva giudicata poco comprensibile o “irrazionale” da molti intervistati, inclusi molti operatori della 194. Queste donne, infatti, non tenevano in dovuto conto le difficoltà procreative che possono insorgere dopo i 35 anni di età della donna (maggiore difficoltà a concepire e una percentuale più elevata di aborti spontanei e di anomalie e malformazioni fetali).

Nel caso, infine, delle donne “immigrate” o “straniere”, molti ginecologi italiani, inclusi quelli che realizzavano le IVG, indicavano come cause principali delle gravidanze indesiderate la loro “cultura” e/o il “machismo” (due termini sovente usati come sinonimi) che sarebbero la causa del non uso o dell’uso poco efficace della contraccezione da parte di queste donne. La decisione di interrompere la gravidanza, nel caso delle donne immigrate, era attribuita dalla maggior parte dei medici alle loro difficili condizioni di vita, economiche, familiari e sociali. Alcuni gruppi specifici di donne, e in particolare le donne provenienti dall’est europeo, dove i tassi di abortività sono più elevati per complesse ragioni storico-sociali che la maggioranza dei medici non conoscevano<sup>71</sup>, venivano etichettate al tempo stesso come “vittime della loro cultura” e come “irresponsabili” per il numero elevato di interruzioni di gravidanza che realizzavano nella loro vita riproduttiva.

Le “recidive”, come erano etichettate da molti ginecologi italiani che realizzavano IVG, suscitavano sentimenti di frustrazione e a volte anche di rabbia: queste donne, si lamentavano, non seguivano i loro consigli rispetto a una contraccezione efficace (metodi ormonali o spirale) e di conseguenza si presentavano più di una volta all’ospedale per un’interruzione di gravidanza. Alcuni ginecologi nei due paesi, inclusi ginecologi che realizzavano le IVG, ritenevano che

le donne che fanno più di una IVG dovrebbero pagarne il costo a partire dalla seconda interruzione, come deterrente. Due ginecologi (maschi) romani, uno giovane e l'altro invece con una lunga carriera professionale alle spalle, avevano obiettato, dopo aver lavorato nei reparti di IVG, perché, dicevano, “*le donne/certe donne usano l'aborto come un contraccettivo*”, in particolare le giovani e le donne straniere<sup>72</sup>. La maggior parte degli obiettori italiani, tuttavia, rifiutavano di realizzare IVG per altre ragioni che discuto più ampiamente in altri articoli<sup>73</sup> e che riprenderò in parte nel prosieguo. Il “*machismo*” in Italia e la scarsa partecipazione degli uomini italiani alla contraccezione, fatta eccezione per la famosa “*marcia indietro*” che è utilizzata molto di più nel nostro paese che in altri paesi europei, inclusi paesi cattolici come la Spagna<sup>74</sup>, non erano normalmente menzionati a meno che io non introducessi il tema. In quel caso, molti medici osservavano che le loro pazienti italiane spesso si lamentavano della resistenza dei loro compagni all'uso del preservativo e usavano la “*marcia indietro*”. Insistevano, tuttavia, che la responsabilità prima e ultima della contraccezione è delle donne perché sono loro che restano incinte.

I ginecologi che ho intervistato negli ospedali catalani avevano opinioni simili sull'“aborto volontario” o “*IVE*” (interruzione volontaria della gravidanza in spagnolo), come definivano l'interruzione di gravidanza in caso di gravidanza indesiderata (IVG, o interruzione volontaria di gravidanza in Italia). Raramente menzionavano la partecipazione maschile alla contraccezione e sottolineavano anch'essi la necessità di una maggiore e migliore educazione sessuale, finalizzata all'uso efficace della contraccezione di cui le donne devono assumere la responsabilità. Molti ginecologi insistevano anche, però, sull'importanza di offrire contraccettivi gratuiti, soprattutto alle donne più giovani, alle disoccupate e alle immigrate, e lamentavano i tagli recenti ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, che fino a pochi anni fa, a differenza dei consultori italiani, fornivano gratuitamente

i contraccettivi più usati. Alcuni medici ritenevano che le donne non dovrebbero pagare per la contraccezione, mentre dovrebbero invece pagare, in parte o interamente, il costo di una “IVE” (in caso di gravidanza indesiderata). Al contrario, in caso di “ILE” (interruzione di gravidanza legale), come i medici catalani definivano l’interruzione di gravidanza in caso di anomalie/malformazioni fetali o di gravi problemi di salute della donna, tutti erano d’accordo con la copertura totale del suo costo da parte dello Stato.

La maggior parte dei ginecologi nei due paesi distinguevano nettamente le interruzioni di gravidanza in caso di gravidanza indesiderata, definite “IVG” in Italia e “IVE” in Spagna, dalle interruzioni in caso di anomalie/malformazioni fetali o di gravi problemi di salute della donna, definite “*terapeutiche*” in Italia e “ILE” (interruzione legale), “*aborto con causa*” o “*per indicazione medica*” dai medici catalani. Solo una minoranza di medici (che realizzavano IVG) criticava questa distinzione terminologica e concettuale e sosteneva che tutte interruzioni di gravidanza sono “*volontarie*” e “*legali*” e che il termine “*terapeutico*” (nel caso italiano) è inesatto o è un eufemismo. La maggior parte dei ginecologi, tuttavia, usava termini differenti per distinguere i due tipi di interruzione, considerate “qualitativamente” differenti. Le donne che interrompono la gravidanza nel secondo trimestre, nella maggior parte dei casi per anomalie o malformazioni fetali, venivano descritte dalla maggioranza dei ginecologi nei due paesi come donne che desiderano essere madri (a differenza di quelle che interrompono la gravidanza nel primo trimestre) e come “*vittime*” di patologie gravi, che non si possono prevenire e che avranno un impatto negativo sullo sviluppo fisiologico e neurologico del feto e del neonato e bambino poi. Nel primo trimestre, invece, sottolineavano molti ginecologi dei due paesi, l’“*embrione è sano*”, almeno potenzialmente. Infatti, il primo screening prenatale si fa alla fine del primo trimestre. Questa era un’altra ragione per la quale l’IVG nel primo trimestre era con-

siderata dalla maggioranza meno giustificabile, dal punto di vista sia medico che morale, di quella realizzata nel secondo trimestre a seguito di una diagnosi di malformazioni fetali o di problemi di salute della donna.

Ciò non toglie che molti ginecologi obiettori, e anche alcune ginecologhe che realizzavano IVG (soprattutto ginecologhe donne, italiane) esprimessero disagio o incertezza rispetto ad alcune anomalie cromosomiche, come la sindrome di Down, la più comune, o alcune anomalie sessuali, il cui impatto sulla salute del futuro bambino può essere più o meno grave. Come diceva una ginecologa romana con una lunga esperienza nei servizi di IVG: “io certe volte ho davvero dei problemi a pensare di abortire un bambino Down che, magari, quello diventa un genio della musica, capito?” Parlando dello stesso tema la responsabile di un servizio IVG di Roma rifletteva: “il bambino Down ha meno diritti di quello sano? Se facciamo un discorso generale, pure il bambino Down... è un debole, noi siamo per i deboli...”

Ciò detto, entrambe, come la maggior parte dei loro colleghi che realizzavano IVG nei due paesi, sottolineavano sempre due questioni fondamentali: 1) l'importanza dell'informazione data alla donna e alla coppia rispetto alle anomalie e malformazioni e al loro impatto sulla salute e vita del futuro bambino; 2) il fatto che la decisione finale è della donna e non del medico, perché sarà lei, la donna (e il suo compagno/a, se esiste) che dovrà occuparsene e garantire al bambino/a una “buona qualità di vita”, anche dopo la propria morte. Come diceva un ginecologo romano, religioso, che accompagnava gruppi di disabili a Lourdes, ma che realizzava IVG (nel secondo trimestre):

*Io faccio il medico delle donne: ho tenuto la mano di donne che hanno deciso di portare avanti una gravidanza nonostante avessero il cancro e hanno pagato questa scelta con la vita e donne che hanno fatto l'esatto contrario... Non mi sento né un assassino né un Barba Blu, perché io credo che sono uno strumento sia nelle mani dello Stato, che nelle mani dei*

### *Lo stigma dell'aborto e l'obiezione di coscienza*

*pazienti. Loro mi usano – come è giusto che mi usino – perché mi pagano per questo. Non è compito mio decidere chi deve fare l'IVG e chi no, chi deve vivere e chi no: è della paziente.*

La decisione ultima, per questo medico e per la maggior parte di coloro che facevano IVG, è sempre della donna, che deve avere libertà di scelta, e la “*qualità della vita*” è più importante della “vita” in sé.

#### *Obiezione, stigma e discriminazione nella formazione e nella pratica medica*

Quest'ultimo ginecologo sottolineava, nella sua intervista, che le donne che interrompono la gravidanza nel secondo trimestre lo fanno molto spesso in condizioni “*inumane*”, ovvero senza avere uno spazio privato, separato dal resto del reparto di ginecologia-ostetricia. Questo significa che a volte devono condividere la stanza con donne incinte e partorienti felici e abortire di fianco a loro in sala parto. Ciò accade anche in molti ospedali in Catalogna. In un solo ospedale di Barcelona hanno adibito un'area apposita, separata, di ginecologia, riservata all'IVG oltre il primo trimestre di gravidanza e in particolare al travaglio abortivo. Vi sono problemi logistici e strutturali, di spazi, ma anche, come sottolineavano diversi primari/e nei due paesi, mancanza di interesse e di volontà da parte delle direzioni ospedaliere che sono necessarie per poter creare aree apposite per la realizzazione di questi procedimenti. Le condizioni in cui le donne sono costrette ad abortire nel secondo trimestre sono ancora più difficili, come abbiamo visto precedentemente, in alcuni ospedali italiani dove le percentuali di obiezione di coscienza sono elevate, come accade in molti ospedali romani (a differenza di quelli milanesi). Due ginecologhe romane obiettrici, di cui una primaria, dopo aver assistito alla sofferenza delle donne in travaglio abortivo “*abbandonate*” o “*discriminate*” da medici e ostetriche obiettori, avevano deciso di lasciar decadere l'obiezione per poter assistere le donne nelle IVG del secondo trimestre dall'inizio alla fine. Non realizzavano però le IVG nel

primo trimestre<sup>75</sup>. Molti obiettori italiani dicevano che “aiutavano” volentieri i loro colleghi non obiettori, una volta avviato il travaglio abortivo, ma riconoscevano che in contesti in cui gli operatori della 194 sono pochi spesso si creano tensioni, soprattutto di notte, cosa di cui si lamentavano i pochi ginecologi che realizzano IVG negli ospedali romani.

Un altro problema menzionato da alcune ginecologhe romane che realizzavano IVG nel secondo trimestre è che quando si è vicini alla soglia della viabilità fetale il feto abortito può dare qualche segno di vitalità al momento dell’espulsione, se non è stato realizzato previamente un feticidio intra-uterino, procedimento che normalmente non si effettua in Italia (mentre in altri paesi come la Spagna sì, vicino alla soglia di viabilità)<sup>76</sup>. Questo non significa, però, che il feto sia in grado di sopravvivere, neanche con la terapia intensiva, perché non si realizzano mai IVG oltre la soglia della viabilità. In questi casi, in ospedali con alte percentuali di obiettori può accadere che si chiami il neonatologo. Come raccontava una ginecologa romana non obiettrice con molti anni di esperienza:

*Ci sono delle ostetriche che te lo fanno quasi a dispetto... nel senso che dice ‘ah! Che cos’è questa cosa!?! Infanticidio! Chiamo il neonatologo!...’ telefona, quello viene, si trova davanti un feto che, magari, fa qualche atto respiratorio e lo rianima... e poi, però? Senza neanche chiederlo ai genitori, tra l’altro...*

Negli ospedali-maternità milanesi dove ho fatto ricerca e anche negli altri ospedali di Milano, se è vero quello che mi hanno detto i loro primari quando li ho intervistati, non vi sono problemi e tensioni simili oppure sono rari, perché i tassi di obiezione di coscienza sono molto meno elevati ed è quindi più facile organizzare e gestire il servizio di IVG sia nel primo che nel secondo trimestre. Negli ospedali di Barcelona dove ho fatto ricerca, poi, questi problemi non sembrano esistere affatto. Prima di tutto, in questi ospedali si realizzano

solo le interruzioni di gravidanza in caso di anomalie/malformazioni fetali o di gravi problemi di salute della donna e non vi sono ginecologi, anestesisti, infermiere o ostetriche che rifiutino di realizzarle per ragioni di coscienza. In secondo luogo, a gravidanza avanzata si utilizza normalmente il feticidio. Solo in un ospedale-maternità di Barcelona che è amministrato da una fondazione cattolica ed è in parte sovvenzionato dallo stato non si realizzano “*ILE*”, ma questa è una eccezione, non la regola. Infatti, in un altro ospedale-maternità amministrato da una fondazione in gran parte controllata dalla chiesa cattolica questo servizio viene offerto alle pazienti, il che crea continue tensioni tra il reparto di ginecologia-ostetricia, guidato da un primario non obiettore, e la fondazione.

Il potere e l'influenza dei vertici ospedalieri e dei primari non va sottovalutato. Molti ginecologi che realizzano IVG in Italia che ho intervistato e ascoltato parlare in dibattiti pubblici osservavano che non è probabilmente un caso che negli ospedali in cui il primario o la primaria è obiettore (questo era il caso della maggior parte degli ospedali-maternità pubbliche di Roma nel 2011, al contrario di quelli milanesi) le percentuali di obiezione sono più elevate di quelli in cui invece è non obiettore<sup>77</sup>. Un'altra questione sottolineata dagli operatori italiani della 194, in particolare romani, è che l'aborto è “la Cenerentola della ginecologia”, o “il lavoro sporco che nessuno vuole fare”. La responsabile di un servizio di IVG romano raccontava di essere stata apertamente discriminata per aver scelto di dedicarsi a questo servizio dal suo primario, obiettore. Quando gli aveva chiesto se poteva avere dei permessi per seguire dei corsi di aggiornamento su tecniche ostetriche chirurgiche non relazionate all'IVG, lui le aveva risposto: “La tua scelta l'hai già fatta. Adesso cosa vuoi?”, e l'aveva così liquidata impedendole di dedicarsi ad altro.

Fare aborti, in particolare via aspirazione, era definito da molti ginecologi italiani non solo “un lavoro sporco” o “non piacevole” per diversi motivi che analizzeremo in seguito, ma anche “un lavoro in più”, ri-

spetto ai principali doveri di un ginecologo-ostetrica. Molti lo definivano anche un “lavoro poco interessante” perché molto semplice, dal punto di vista tecnico, e però anche potenzialmente “pericoloso”, per via del rischio potenziale di perforazione uterina. In realtà si tratta di un rischio molto basso, se l’IVG è realizzata in un contesto igienico da personale preparato e competente. A parità di condizioni il parto, infatti, presenta dei rischi di molto superiori a una IVG. Nonostante ciò, molti ginecologi, e soprattutto quelli che avevano obiettato, menzionavano questo rischio, dimostrando la loro scarsa conoscenza dell’epidemiologia dell’aborto e della letteratura internazionale sul tema<sup>78</sup>. Per tutti questi motivi, ma soprattutto “*per giocare sul sicuro*” e non correre il rischio di fare “solo” interruzioni di gravidanza, un giovane specializzando romano mi disse di aver optato per l’obiezione, nonostante non fosse contrario al diritto all’IVG per ragioni religiose o morali. Come molti altri specializzandi, uomini e donne, di Roma e Milano, questo giovane medico sottolineò che nelle scuole di medicina manca una discussione aperta sull’aborto e sull’obiezione di coscienza. A molti sarebbe piaciuto conoscere e discutere in maniera più approfondita la legge e non limitarsi ad un’ora scarsa dedicata alla legge 40 e alla legge 194, in cui lo spazio per la discussione, si lamentavano, è molto limitato. Alcune giovani specializzande sottolinearono anche che il “*machismo*” è ancora imperante nei reparti di ginecologia-ostetricia, dove la gravidanza (reale o potenziale) di una specializzanda/ginecologa è considerata un “handicap” e, di conseguenza, gli uomini fanno più carriera. Sarebbe necessaria una ricerca quanti-qualitativa più ampia e approfondita per capire quanto il “*machismo*” e i timori per la propria carriera futura, in un’epoca di blocco del turn-over, di precarizzazione del lavoro e di femminilizzazione della medicina e della ginecologia, incidano sulle scelte delle giovani generazioni rispetto all’IVG. I ginecologi che ho intervistato negli ospedali catalani non avevano necessariamente ricevuto una formazione migliore rispetto all’IVG



o più spazio e tempo per la discussione, ma, a differenza dei loro colleghi italiani, non avevano alcuna esperienza diretta, negli ospedali, né con la stigmatizzazione/discriminazione, né con l'obiezione di coscienza. Quelli che lavoravano, invece, in cliniche specializzate in IVG erano stati oggetto, in alcuni casi, di attacchi anche violenti di gruppi contrari al diritto all'aborto prima che passasse la legge del 2010. Alcuni si sentivano o temevano di essere stigmatizzati dai loro colleghi che lavoravano negli ospedali o in cliniche private che non offrivano IVG, perché avevano scelto una "specialità", la salute sessuale e riproduttiva delle donne, assai poco prestigiosa, e perché utilizzavano tecniche considerate "pericolose" come la D&E, di cui parlerò in seguito. Al tempo stesso, però, come la maggioranza dei ginecologi italiani che realizzavano IVG sia nel primo che nel secondo trimestre, si dicevano "contenti" o "fieri" del proprio lavoro, che consideravano "necessario" e "importante" per la salute e il benessere non solo delle donne, che in passato morivano di aborto clandestino e oggi non più, ma anche della società più in generale, una società, in cui i figli nascono voluti, desiderati e con buone prospettive di salute.

Quando chiedo ai ginecologi negli ospedali di Barcellona se fossero disposti a realizzare le IVG a richiesta della donna, che sono effettuate nelle cliniche, i più dicevano che "*forse*" lo avrebbero fatto, perché non avevano convinzioni religiose o morali forti contrarie all'aborto, però non tutti ne erano sicuri. Molti aggiungevano, inoltre, che è una 'piccola parte' del loro lavoro e non la più interessante, quindi lo avrebbero fatto solo se fossero stati sicuri di non dover fare "solo aborti". Il primario di un ospedale mi diceva, a questo proposito, che immaginava che molti ginecologi si sarebbero dichiarati obiettori soprattutto se fosse stato chiesto loro di realizzare certi procedimenti, e in particolare l'IVG chirurgica via dilatazione e evacuazione strumentale dell'utero (D&E) nel secondo trimestre in anestesia generale, che non è normalmente realizzata negli ospedali

spagnoli (mentre viene offerta in alcune cliniche specializzate) e neanche in quelli italiani.

La tecnica D&E era poco conosciuta in entrambi i paesi. La maggior parte dei ginecologi, quando spiegavo loro in cosa consisteva, mi diceva che era “orribile”, “cruenta”, e “pericolosa”, o più pericolosa dell’induzione del travaglio abortivo, cosa che non è affatto dimostrata dalla letteratura medica internazionale. Al contrario, la letteratura scientifica internazionale ha dimostrato che è una tecnica egualmente efficace e sicura, se realizzata da mani esperte, e che ha, inoltre, meno effetti secondari per le donne che l’induzione del parto<sup>79</sup>. Il primario di un ospedale-maternità di Barcellona commentò, quando gli chiesi perché secondo lui questa tecnica non è conosciuta e non si pratica negli ospedali spagnoli, nonostante abbia meno effetti secondari per le donne:

*non è la stessa cosa l’atteggiamento passivo di chi dà una pillola (abortiva) e vede cosa succede, e l’atteggiamento attivo di dilatare l’utero, inserire uno strumento, prendere il feto e trituarlo.*

Al tempo stesso, aggiunse, manca una formazione in tecniche di IVG e epidemiologia dell’aborto nelle scuole di medicina, per cui alcune tecniche per l’interruzione di gravidanza effettivamente non si conoscono.

*Embrione e feto: vita in fieri, paziente, persona o individuo con diritti?*

La ragione per la quale questa tecnica e, in minor misura, l’aspirazione nel primo trimestre, erano considerate “poco piacevoli”, se non “cruente” (nel caso della D&E) da molti ginecologi, inclusi quelli che realizzavano le IVG negli ospedali dei due paesi, è che, come hanno sottolineato diversi ginecologi intervistati, la relazione con l’embrione/feto è cambiata negli ultimi decenni. Una ginecologa di Milano, obiettrice ed esperta in diagnosi prenatale, osservava, a questo proposito:

*Si vede come cresce, come si sviluppa, come si forma, le malattie che può avere, se ha delle infezioni, se ha un’anemia [...] mentre prima era al*

*Lo stigma dell'aborto e l'obiezione di coscienza*

*100% la mamma e il feto era una conseguenza... 1% era il feto e 99% era la mamma... adesso direi che abbiamo 20% mamma, 80% feto...*

Questo cambiamento potrebbe contribuire, secondo lei, a spiegare l'aumento dell'obiezione di coscienza in certi contesti:

*Noi, come specializzandi, eravamo un pochino più duri, non abituati a vedere il feto così presto... c'erano molte più persone che non obiettavano. Adesso mi sembra che tra gli specializzandi ci sia molta più gente che vuole fare obiezione perché il feto comincia a diventare un paziente; prima non era un paziente.*

Due giovani specializzande donne avevano obiettato proprio per questo motivo, perché non concepivano l'idea di sopprimere quello che "vedevano" come un "bambino in potenza", e non, mi dissero, perché fossero contrarie al diritto delle donne all'IVG per ragioni religiose o morali. La trasformazione dell'embrione e del feto in paziente potrebbe effettivamente essere uno dei fattori che hanno contribuito a far aumentare l'obiezione di coscienza in Italia. La maggioranza dei ginecologi italiani che ho intervistato, infatti, avevano obiettato: 1) perché consideravano l'embrione/feto una "vita/persona", ancorché "in divenire", che non si sentivano di sopprimere per via delle loro convinzioni religiose o morali; 2) per via della loro etica professionale, che li portava a cercare di "salvaguardare la vita" dei loro pazienti, incluso il loro "paziente embrione/feto", indipendentemente dalla loro religiosità; 3) perché temevano (soprattutto i giovani, i residenti) di essere costretti a fare solo IVG e di avere dunque meno tempo da dedicare ad altri aspetti della professione, e di essere di conseguenza stigmatizzati/discriminati nel lavoro. Eppure, in Spagna e più specificamente in Catalogna l'obiezione di coscienza non è un fenomeno così frequente e importante come in Italia, nonostante i ginecologi intervistati nei due paesi definiscano l'embrione/feto e si relazionino con esso in modo molto simile. La maggioranza dei ginecologi italiani e catalani, infatti, indipendentemente dal loro status di obiettori o no e dalla loro religiosità, defini-

va l'embrione "vita" (in termini puramente biologici i non obiettori) o "una vita potenziale" fino a 12 settimane. A questa età gestazionale iniziano a formarsi le ossa, mi spiegavano, l'embrione si trasforma in feto e inizia ad assumere sembianze "umane", a "sembrare un bambino". L'embrione, sottolineavano, non è come il feto. Soltanto pochi ginecologi fortemente religiosi non distinguevano l'embrione dal feto e consideravano entrambi "una vita" e "un essere umano" da salvaguardare. La maggior parte parlava solo del feto e molto più raramente dell'embrione come di un "bambino", o "un bambino in potenza", ma non considerava né l'embrione né il feto una "persona". L'embrione /feto veniva definito piuttosto un "progetto di persona", perché, molti ginecologi nei due paesi mi spiegavano, "non è autonomo", "non ha libero arbitrio", "non è capace di interagire socialmente". Molti sottolineavano, però, che dal punto di vista genetico embrioni e feti sono individui a sé e non fanno quindi parte del corpo (=individuo genetico) della donna. Nonostante questo, secondo la maggioranza dei ginecologi italiani l'embrione e il feto non possono essere definiti come persone in senso giuridico. I ginecologi spagnoli concordavano con i loro colleghi italiani su questo punto, però molti osservavano che progressivamente, e in particolare a partire dalla viabilità fetale, il feto acquisisce alcuni diritti. Può non essere una persona giuridica "in toto", ma ciò non toglie che abbia dei diritti, a partire da un certo punto del suo sviluppo in particolare. Tra questi diritti non vi è, però, soltanto il diritto alla vita, ma, come osservavano alcuni ginecologi intervistati in Catalogna, vi è anche "il diritto a non nascere" in caso di malformazioni fetali gravi e incurabili.

### *Conclusioni*

La mia ricerca dimostra che l'interruzione volontaria di gravidanza non solo è fortemente stigmatizzata nel dibattito pubblico in Italia e in Spagna (Catalogna), ma è anche marginalizzata e stigmatizzata nelle scuole di medicina e negli ospedali dei due paesi, però in ma-

niera diversa a seconda del contesto, nazionale, regionale, clinico. I dati che ho presentato e analizzato in questo capitolo mostrano, inoltre, che la stigmatizzazione dell'interruzione di gravidanza ha un forte impatto sulla qualità della formazione medica, sulle scelte professionali rispetto all'obiezione di coscienza e sulla qualità dei servizi di IVG, anche se in modo diverso nei due paesi. Infine, la mia ricerca mostra come i ginecologi contribuiscano a creare e ricreare la stigmatizzazione dell'aborto, a livello discorsivo, costruendo una classificazione medico/morale delle interruzioni di gravidanza e delle donne che le realizzano basata su norme e valori di genere associati alla riproduzione (e alla contraccezione). La maggioranza dei ginecologi intervistati nei due paesi, infatti, inclusi molti di coloro che realizzavano le IVG, considerano l'aborto in caso di gravidanza imprevista o indesiderata un'"eccezione", e non un normale evento nella vita riproduttiva delle donne. Al tempo stesso, una chiara classificazione medico/morale delle IVG emerge nel discorso dei ginecologi italiani e catalani sull'interruzione di gravidanza: le IVG più accettabili sono quelle per gravi anomalie o malformazioni fetali che hanno un chiaro e serio impatto sullo sviluppo fisiologico e neurologico del feto e sulla futura salute del bambino; le meno accettabili sono le interruzioni in caso di gravidanza indesiderata, in particolare dopo i 30 anni di età della donna; ancor meno accettabili sono le interruzioni ripetute, associate in particolare alle donne immigrate dall'est europeo. Le prime sono più accettabili, dal punto di vista medico e morale, perché, come hanno giustamente osservato Kumar e colleghi<sup>80</sup>, esse confermano l'ideale tradizionale femminile della donna che desidera essere madre ed è "vittima", di anomalie o problemi di salute molto gravi. Questa "vittima", aggiungo, ha bisogno dell'expertise e della competenza medica del ginecologo specialista in diagnostico prenatale e in medicina fetale, una specialità nuova e prestigiosa, che deve diagnosticare e confermare il suo problema. Questo medico può decidere, in seguito, sempre se non è obiettore,

di “aiutarla”, realizzando un’interruzione di gravidanza via un’induzione del parto in cui è coinvolto solo in minima parte. Nel caso delle interruzioni di una gravidanza indesiderata, invece, la donna si comporta come un soggetto sessuale autonomo, attivo, che non ricerca necessariamente la maternità, ma il piacere sessuale, e non usa, tuttavia, metodi contraccettivi efficaci (o in modo efficace), o non li usa tout court. Dal punto di vista dei medici, questa donna è una “cattiva paziente” che pretende il loro aiuto per risolvere un problema non di salute, e quindi non medico, causato in primis dalla sua mancanza di “responsabilità” e “consapevolezza” (le donne, infatti, sono considerate le principali, se non le sole, responsabili della contraccezione). Per molti ginecologi ha più senso investire tempo, energia e denaro nell’educazione di questa donna alla “consapevolezza”, del proprio corpo, della sessualità, della contraccezione, che per offrirle una IVG. Gli uomini, intanto, restano sempre ai margini del discorso, invisibili, ancorché chiaramente concausa delle gravidanze impreviste...

I ginecologi contribuiscono così a riprodurre e rinforzare, a livello discorsivo, la stigmatizzazione dell’interruzione di gravidanza e di alcune interruzioni di gravidanza e di donne che le realizzano in particolare, a seconda delle loro “aspettative stratificate” non solo rispetto alla maternità, come afferma Beynon-Jones<sup>81</sup>, ma anche alla contraccezione. Si aspettano infatti che le donne italiane adulte (molto meno gli uomini) sappiano usare e usino efficacemente la contraccezione più che le donne giovani o le immigrate, ma che non la usino, invece, se sono over 30 e senza figli. La mia ipotesi è che l’intersezione tra norme e valori di genere, che attribuiscono alla maternità un’importanza fondamentale nella vita delle donne, considerate le principali responsabili della riproduzione “, l’ignoranza dell’“altro/a” (e in particolare dell’uso della contraccezione e dell’aborto in altri paesi, specialmente nell’Est europeo) e la xenofobia (“le straniere usano l’aborto come un contraccettivo” quindi

obiettivo) contribuiscono a produrre e riprodurre la stigmatizzazione dell'aborto. A sua volta, la stigmatizzazione dell'aborto, influenza la formazione e le scelte professionali dei ginecologi rispetto all'obiezione di coscienza. L'interruzione delle gravidanze impreviste o non desiderate è divenuta meno accettabile di quanto non lo fosse prima, in ambito medico e specificamente ginecologico, non soltanto, come affermano Bajos e Ferrand<sup>82</sup>, come conseguenza della progressiva medicalizzazione della contraccezione, ma per una serie di ragioni, inclusa la trasformazione dell'embrione/feto in un "paziente" grazie allo sviluppo di sofisticate tecniche di diagnostica prenatale.

Esiste una relazione tra la stigmatizzazione dell'interruzione di gravidanza, che è "stratificata" in modo diverso a seconda delle caratteristiche socio-demografiche della donna e dello status dell'embrione/feto (sano o malformato), e l'obiezione di coscienza. Infatti, in contesti clinici nei quali si realizzano le IVG più stigmatizzate (in caso di gravidanza imprevista/indesiderata) all'interno di reparti di ginecologia-ostetricia dedicati principalmente ai parti – come accade negli ospedali italiani – vi è più obiezione di coscienza che in contesti ospedalieri nei quali si realizzano le IVG meno stigmatizzate, come accade negli ospedali catalani, dove si realizzano solo le IVG per gravi problemi di salute della madre o del feto. Un altro fattore da considerare è se il primario (o la primaria) e i professori universitari di ginecologia più noti siano obiettori o no: potrebbe non essere un caso, infatti, che a Milano, dove all'epoca della mia ricerca la maggior parte dei primari e primarie erano operatori della 194, vi fossero tassi di obiezione più bassi che a Roma, dove accadeva il contrario. La mia ricerca suggerisce anche che dove vi è più obiezione di coscienza l'IVG è più stigmatizzata e si crea dunque un circolo vizioso che è difficile spezzare. Abbiamo visto, infatti, come negli ospedali italiani nei quali vi sono alti tassi di obiezione di coscienza (come a Roma) i pochi ginecologi che fanno IVG vivono la stigmatizzazione (percepita e in atto) e la discriminazione in modo molto più forte di

quanto accade altrove (per esempio a Milano). In questo contesto alcuni giovani medici, timorosi di perdere potenziali opportunità di carriera, optano per l'obiezione anche se non hanno convinzioni religiose o morali contrarie all'aborto. Probabilmente, se negli ospedali pubblici spagnoli e catalani si offrisse anche un servizio di IVG nel primo trimestre o si introducesse la D&E nel secondo trimestre le percentuali di obiezione di coscienza, come ha suggerito un primario catalano, sarebbero più elevate anche in Spagna.

Un caso interessante che meriterebbe uno studio più approfondito è quello delle cliniche catalane (e spagnole) specializzate in IVG, ove si realizzano le IVG e le tecniche più fortemente stigmatizzate, inclusa la D&E. Alcuni medici che lavorano in queste cliniche vivono in modo forte la stigmatizzazione (sentita e/o attuata) da parte gruppi contrari al diritto all'IVG e dai loro colleghi che lavorano negli ospedali, che non conoscono, invece, né l'obiezione di coscienza, né la stigmatizzazione. Essi contrastano, tuttavia, lo stigma, enfatizzando l'importanza del loro lavoro per la salute e il benessere delle donne e della società più in generale e sembrano essere "protetti", almeno in parte, dalla stigmatizzazione da parte dei loro colleghi ospedalieri perché non lavorano insieme a loro ma in cliniche separate.

In conclusione, la mia ricerca conferma quello che altre ricercatrici/tori che lavorano sull'aborto e la sua stigmatizzazione nel campo delle scienze sociali hanno dimostrato e amplia il dibattito attuale, mostrando non solo come la stigmatizzazione dell'aborto influisce sulla formazione dei ginecologi e sulla loro esperienza con l'IVG, ma come essi contribuiscono a (ri)produrla. Suggerisce, inoltre, che vi è una relazione circolare tra stigmatizzazione e obiezione di coscienza (negli ospedali in cui si realizzano le IVG più fortemente stigmatizzate più alte sono le percentuali di obiettori e viceversa) che andrebbe studiata in modo più approfondito attraverso ricerche quantitative e qualitative, comparative, sia all'interno di singoli paesi come l'Italia e la Spagna, sia a livello transnazionale.



BIBLIOGRAFIA E NOTE

Bibliografia generale

- BAJOS N., FERRAND M., *De La Contraception à L'avortement. Sociologie Des Grossesses Non Prévues*. Paris, Inserm, 2002.
- BESTARD J., *Com fer visible l'interior del cos o diferents maneres d'imaginar el fetus*. Quaderns de l'Intitut Català d'Antropologia 2005; 21: 72-89.
- BEYNON-JONES S. M., *Expecting Motherhood? Stratifying Reproduction in 21st-Century Scottish Abortion Practice*. *Sociology* 2013; 47(3): 509-525.
- BLUMENTHAL P., e collaboratori, *Providing Medical Abortion in Low-resource Settings: An Introductory Guidebook*. 2nd Edition, New York, Gynuity, 2009.
- BOYLE M., MCEVOY J., *Putting Abortion In Its Social Context: Northern Irish Women's Experiences Of Abortion In England*. *Health* 1998; 2(3): 283-304.
- COCKRILL K., HESSINI L., *Introduction: Bringing Abortion Stigma Into Focus*. *Women & Health* 2014; 54(7): 593-598.
- COCKRILL K., NACK A., "I'm Not That Type Of Person": *Managing The Stigma Of Having An Abortion*. *Deviant Behavior* 2013; 34(12): 973-990.
- COLEN S., 'Like a mother to them': *Stratified reproduction and West Indian childcare workers and employers in New York*. In: GINSBURG F., RAPP R., *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley, University of California Press, 1995, pp. 78-102.
- DE ZORDO S., *Interruption volontaire de grossesse et clause de conscience en Italie et en Espagne, entre droits des femmes et «droits» du fœtus/patient*. *Sociologie, Santé* 2015; 38: 107-129.
- DE ZORDO S., *The biomedicalization of illegal abortion: tensions around the use (and abuse) of self-administered misoprostol in Salvador da Bahia's public hospital*. *Manguinhos: Historia, Ciências, Saúde* 2016; 23(1): 19-35.
- DE ZORDO S., "Good doctors do not object": *obstetricians-gynaecologists' perspectives on conscientious objection to abortion care and their engagement with pro-abortion rights protests in Italy*. In: DE ZORDO S., MISHTAL J., ANTON L. (eds.), *A Right that Isn't? Abortion Governance and Associated Protest Logics in Postwar Europe*. Oxford and New York, Berghahn Books. Data prevista di pubblicazione gennaio 2017.
- DE ZORDO S., MARCHESI M., *Reproduction and Biopolitics: Ethnographies of Governance, 'Irrationality' and Resistance*. London & NY, Routledge, 2015.
- DE ZORDO S., MISHTAL J., *Physicians and Abortion: Provision, Political Participation and Conflicts on the Ground. The cases of Brazil and Poland*. *Women's Health Issues (Sup.)* 2011; 21 (35): S 32-S36.

- DE ZORDO S., MISHTAL J., ANTON L. (eds.), *A Right that Isn't? Abortion Governance and Associated Protest Logics in Postwar Europe*, Berghahn Books, Oxford and New York. Data prevista di pubblicazione gennaio 2017.
- DUDEN B., *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Cambridge Massachusetts, Harvard University Press, 1993.
- DUDEN B., *The Fetus on the "Farther Shore": Towards a History of the Unborn*. In: MORGAN L. M., MICHAELS M. W. (eds.), *Fetal Subjects, Feminist Positions*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1999.
- ESPAÑA, *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Igualdad. Interrupción voluntaria del embarazo*. Datos definitivos correspondientes al año 2013. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Igualdad, 2015.
- FREEDMAN L. et al., *Obstacles to the Integration of Abortion into Obstetrics and Gynecology Practice*. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2010; 42(3): 146-151.
- GERDTS C., DE ZORDO S., MISHTAL J. et al., *Experiences of women who travel in England for abortion: an exploratory pilot-study*. *Eur. Journ. Contrac. Reprod. Healt Care* 2016: under review.
- GOFFMAN E., *Stigma. L'identità negata*. Milano, Giuffrè, [1963] 1983.
- HARRIS L. H., *Second trimester abortion provision: Breaking the silence and changing the discourse*. *Reproductive Health Matters* 2008; 16(Sup.31): 74-81.
- HARRIS L. H. et al., *Dynamics of stigma in abortion work: Findings from a pilot study of the Providers Share Workshop*. *Social Science & Medicine* 2011; 73: 1062-1070.
- HIGGINS J. A., HIRSCH JS., *The Pleasure Deficit: Revisiting the "Sexuality Connection"*. *Reproductive Health, Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2007; 39(4): 240-247.
- HOGGART L., *'I'm Pregnant ... What Am I Going To Do?' An Examination Of Value Judgements And Moral Frameworks In Teenage Pregnancy Decision Making*. *Health, Risk And Society* 2012; 14: 533-549.
- IPPF (International Planned Parenthood Federation), *Abortion Legislation in Europe*. Brussels, IPPF. 2012.
- ITALIA, Ministero della Salute. *Relazione del Ministero della Salute sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela della tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza*. Dati preliminari 2013. Dati definitivi 2012. Roma: Ministero della Salute, 2014.
- ITALIA, Parlamento Italiano, Legge 194-1978.
- ITALIA, Parlamento Italiano, Legge 40-2004, art. 1.
- JOFFE C., *Commentary: abortion provider stigma and mainstream medicine*.

*Lo stigma dell'aborto e l'obiezione di coscienza*

- Women Health 2014; 54(7): 666-71.
- JOHNSON S., PYONE C., JENNINGS V., *Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America*. Reproductive Health 2013; 10(7): 1-9.
- KUMAR A., HESSINI L., MITCHELL E.M.H., *Conceptualizing abortion stigma*. Culture, Health and Society 2009; 11(6): 625-639.
- LAIGA, Note sull'applicazione della Legge 194-1978: dati parziali. Roma, Laiga. 2012.
- NOUVEL OBSERVATEUR, ITALIE. « Tu avorterai dans la douleur », 29/06/2015. Disponibile on-line: <http://tempsreel.nouvelobs.com/monde/20150625.OBS1509/italie-tu-avorterai-dans-la-douleur.html>
- LINK B. G., PHELAN J. C., *Conceptualizing stigma*. Annual Review of Sociology 2001; 27: 363-385.
- LOHR P. A., *Surgical Abortion in the Second Trimester*. Reproductive Health Matters 2008; 16 (Sup. 31): 151-162.
- LOHR P. A., HAYES J. L., GEMZELL-DANIELLSSON K., *Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; 1.
- MAJOR B., GRAMZOW R. H., *Abortion As Stigma: Cognitive And Emotional Implications Of Concealment*. Journal of Personality and Social Psychology 1999; 77 (4): 735-745.
- MANDERSON L. (ed.), *Technologies of Sexuality, Identity and Sexual Health*. London & New York, Routledge, 2012.
- MARTIN L. A. et al., *Abortion providers, stigma and professional quality of life*. Contraception 2014; 90(6): 581-7.
- MATTALUCCI C., *Contesting Abortion Rights in Contemporary Italy: Discourses and Practices of Pro-life Activism*. In: DE ZORDO S., MISHTAL J., ANTON L. (eds.), *A Right that Isn't? Abortion Governance and Associated Protest Logics in Postwar Europe*. Berghahn Books, Oxford and New York. Data prevista di pubblicazione gennaio 2017.
- MORGAN L. M., *Icons of Life. A Cultural History of Human Embryos*. Berkeley-Los Angeles, University of California Press, 2009.
- NORRIS A. et al., *Abortion Stigma: A Reconceptualization Of Constituents, Causes, And Consequences*. Women's Health Issues 2011; 21(3): S49-S54.
- O'DONNELL J., WEITZ T. A., FREEDMAN L. R., *Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work*. Social Science & Medicine 2011; 73: 1357-1364.
- PAYNE C. M., DEBBINK M. P., STEELE E. A., *Why women are dying from*

- unsafe abortion: narratives of Ghanaian abortion providers*. African Journal of Reproductive Health 2013; 17(2): 118-28.
- PARKER R., AGGLETON P., *HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action*. Social Science and Medicine 2003; 57: 13-24.
- RAPP R., *Testing Women, Testing The Fetus: The Social Impact Of Amniocentesis In America*. NY-London, Routledge, 2000.
- RHODES T. et al., *The social structural production of HIV risk among injecting drug users*. Social Science and Medicine 2005; 61(5): 1026–1044.
- SCAMBLER G., *Re-Framing Stigma: Felt and Enacted Stigma and Challenges to the Sociology of Chronic and Disabling Conditions*. Social Theory and Health 2004; 2: 29-46.
- SCAMBLER G., *Health Related Stigma*. Sociology of Health & Illness 2009; 31(3): 441-455.
- SCAMBLER G., PAOLI, F., *Health Work, Female Sex Workers And HIV/AIDS: Global And Local Dimensions Of Stigma And Deviance As Barriers To Effective Interventions*. Social Science & Medicine 2008, 66(8): 1848-1862.
- SERI I., EVANS J., *Limits of viability: definition of the gray zone*. Journal of Perinatology 2008; 28 (Suppl. 1): S4.
- UK, *Department of Health. Abortion statistics England and Wales: 2013*. London: Abortion Statistics DH, 2014. Table 12a, p. 52.
- WHO, *Department of Reproductive Health and Research. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems'*. Ginevra, WHO, 2012.
- ZANINI G., *Abandoned by the State, betrayed by the Church: Italian experiences of cross-border reproductive care*. Reproductive Bio Medicine Online 2011; 23: 565– 572.

1. Traduco, qui, il termine inglese “abortion stigma” o “stigmatization of abortion”, un concetto introdotto da Kumar et al. in un famoso articolo dedicato a questo tema che discuterò nella sezione di questo articolo dedicata, appunto, allo “stigma dell’aborto”. Cfr. KUMAR A., HESSINI L., MITCHELL E. M. H., *Conceptualizing abortion stigma*. Culture, Health and Society 2009; 11(6): 625–639.
2. In questo capitolo uso il maschile plurale per fare riferimento sia a ginecologi uomini sia a ginecologhe donne. Come hanno sottolineato molti primari e ginecologi che ho intervistato nei due paesi, negli ultimi decenni la professione di ginecologia si è “femminilizzata”, ovvero è aumentata progressivamente la percentuale di donne specializzande e strutturate. Questo fenomeno

non si è tuttavia verificato in modo uniforme e non ha implicato necessariamente e ovunque la femminilizzazione delle posizioni di primariato o dei vertici ospedalieri, come rivela anche il campione, limitato, di ginecologi intervistati nell'ambito della mia ricerca qualitativa nei due paesi. Vedi nota 19, p. 242 e nota 67, p. 247.

3. BEYNON-JONES S. M., *Expecting Motherhood? Stratifying Reproduction in 21st-Century Scottish Abortion Practice*. *Sociology* 2013; 47(3): 509-525.
4. Beynon-Jones fa riferimento alla nozione di "stratified reproduction" (riproduzione stratificata) introdotta da S. Colen nel suo articolo intitolato "Like a Mother to Them: Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York", pubblicato nel celebre libro delle antropologhe americane Ginsburg e Rapp "Conceiving the new world order" (cfr. bibliografia). "Riproduzione stratificata" è un concetto utilizzato per descrivere e analizzare i diversi meccanismi (istituzionali, sociali, morali etc.) attraverso i quali certe categorie di persone sono incoraggiate o forzate a riprodursi in una determinata società, mentre altre non lo sono. S. Colen e Ginsburg e Rapp discutono come in contesti socio-culturali differenti la capacità di esercitare la propria capacità riproduttiva e/o di controllarla è "stratificata" in modo diverso a seconda del genere, dell'orientamento sessuale, della classe sociale, della nazionalità, della razza/etnia etc.
5. In questo capitolo e in tutte le mie pubblicazioni uso nomi fittizi per indicare gli ospedali e pseudonimi per indicare i ginecologi e gli altri operatori che hanno partecipato alla mia ricerca, al fine di proteggerne la confidenzialità e garantire loro l'anonimato. Prima del questionario/intervista tutti i partecipanti alla mia ricerca hanno letto e firmato un consenso informato nel quale si chiarivano gli obiettivi, la metodologia, i potenziali rischi e benefici che potevano derivare dal partecipare alla ricerca e le misure che sarebbero state utilizzate per garantire confidenzialità e anonimato. La ricerca è stata approvata dai comitati di etica degli ospedali e dai direttori delle cliniche partecipanti.
6. Italia, Parlamento Italiano, legge 40-2004, art. 1.
7. Cfr. ZANINI G., *Abandoned by the State, betrayed by the Church: Italian experiences of cross-border reproductive care*. *Reproductive Bio Medicine Online* 2011; 23: 565– 572.
8. KAUFMAN S. R., MORGAN L. M., *The Anthropology of the Beginnings and Ends of Life*. *Annual Review of Anthropology* 2005; 34: 317-41, p.328.
9. CASPER M. J., MORGAN L. M., *Constructing Fetal Citizens*. *Anthropology Newsletter* 2004; 45(9): 17-8, p.17.
10. Nell'Italia settentrionale alcuni ospedali pubblici delegano gruppi cattolici contrari al diritto all'IVG a realizzare vere e proprie cerimonie funebri e la

sepoltura di embrioni e feti abortiti, senza aver previamente ottenuto l'auto-rizzazione delle donne che interrompono la gravidanza in questi ospedali (cfr. MATTALUCCI C., in bibliografia).

11. Italia, Parlamento Italiano, legge 194-1978, art. 5 e 6.
12. Il limite della viabilità fetale è definito come lo stadio di maturità del feto che assicura una possibilità ragionevole di sopravvivenza extrauterina grazie al supporto medico. Resta poco chiaro, tuttavia, quali neonati estremamente prematuri abbiano una ragionevole probabilità di sopravvivenza. L'età gestazionale e il peso alla nascita al di sotto dei quali i neonati sono troppo immaturi per sopravvivere e quindi l'uso di terapie intensive non è considerato ragionevole sono <23 settimane e <500 gr. Cfr. SERI I., EVANS J., in bibliografia.
13. L'ecografia morfologica e lo screening di secondo trimestre si realizzano normalmente alla ventesima settimana di gravidanza. In caso di sospetta, ma non certa malformazione fetale le donne vengono inviate a centri nazionali specializzati in diagnostico prenatale che possano confermarle. Le malformazioni gravi diagnosticate a quest'età gestazionale, soprattutto cardiache e neurologiche, sono poco frequenti, in termini statistici. Tuttavia, tecniche ecografiche e di screening prenatale sempre più sofisticate permettono di rilevare malformazioni rare, il cui impatto sulla futura salute del neonato non è sempre chiaro e questo può rendere la diagnosi e la decisione della donna/coppia rispetto al prosieguo della gravidanza molto difficile.
14. Secondo l'articolo 9 della legge 194, ospedali e regioni devono garantire il servizio di IVG anche nel caso in cui molti ginecologi e altri operatori rifiutino di offrire il servizio per ragioni di coscienza, per esempio attraverso la mobilità del personale. Il Comitato europeo dei diritti sociali ha risposto nel marzo 2014 accogliendo il ricorso e invitando lo Stato Italiano a garantire il servizio di IVG su tutto il territorio nazionale, affinché l'obiezione di coscienza non costituisca una barriera all'accesso a tale servizio per le donne.
15. Laiga, Note sull'applicazione della legge 194-1978: dati parziali. Roma, Laiga, 2012.
16. La legge 194 non chiarisce in cosa esse consistano e non definisce cosa si intenda esattamente per "obiezione di coscienza". Pure la riconosce e la difende, sebbene entro limiti ben precisi di cui parleremo nel prosieguo del capitolo. Nella letteratura e in trattati internazionali sull'obiezione di coscienza in ambito sanitario essa è definita come il rifiuto di prestare determinate prestazioni che sono incompatibili con le proprie convinzioni personali, religiose o morali.
17. Italia, Ministero della Salute. Relazione del Ministero della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela della tutela sociale della

- maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza. Dati preliminari 2014. Dati definitivi 2013. Roma, Ministero della Salute, 2015.
18. Italia, Ministero della Salute, nota 17, p. 240.
  19. Nei due ospedali di Roma (HA e HB) la maggioranza degli strutturati, inclusi 2 dei 3 primari, erano uomini e obiettori, mentre la maggior parte di coloro che realizzavano IVG nel primo trimestre in day hospital erano ginecologhe donne contrattate per offrire specificamente questo servizio. Al contrario, la maggioranza dei ginecologi strutturati che lavoravano nei due ospedali di Milano, sia tra gli obiettori che tra gli operatori della 194, erano donne, incluse le primarie. La maggioranza dei ginecologi uomini erano non obiettori in un ospedale (HP), mentre erano obiettori nell'altro (HF).
  20. ITALIA, Ministero della Salute, nota 17, p. 240.
  21. Questo farmaco è disponibile in Italia solo dal 2009, mentre in Francia si usa dal 1988 e in Inghilterra dal 1991. L'aborto farmacologico si può realizzare, in Italia, solo entro le prime 7 settimane di gravidanza, come stabilito dalle linee guida nazionali che raccomandano l'ospedalizzazione della donna durante tutto il processo, che può durare diversi giorni. Questo può contribuire a spiegare perché solo una minima percentuale di IVG si realizzano con questa tecnica. La letteratura scientifica internazionale non giustifica la necessità dell'ospedalizzazione, viste le percentuali molto basse di complicazioni, motivo per cui nella maggior parte dei paesi in cui si usa questa tecnica le donne sono autorizzate a tornare a casa dopo aver assunto il primo farmaco, abortivo (cfr. BLUMENTHAL P. e collaboratori, *Providing Medical Abortion in Low-resource Settings: An Introductory Guidebook, 2nd Edition*. New York, Gynuity, 2009; WHO, Department of Reproductive Health and Research. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems'. Ginevra, WHO. 2012). Anche in una regione italiana, la Toscana, si è adottato questo protocollo, mentre in altre regioni le donne firmano le dimissioni assumendo la responsabilità della loro scelta. È dunque probabile che la percentuale di donne che optano per questa tecnica aumenti progressivamente, se essa diventerà di più facile accesso e uso.
  22. ITALIA, Ministero della Salute, nota 17, p. 240.
  23. Cfr. questo articolo comparso nel *Nouvel Observateur* in Francia: ITALIE. "Tu avorteras dans la douleur", 29/06/2015. Disponibile on-line: <http://tempsreel.nouvelobs.com/monde/20150625.OBS1509/italie-tu-avorteras-dans-la-douleur.html>
  24. Il problema è che in Italia non esistono ricerche quanti-qualitative e quindi dati sull'esperienza delle donne con i servizi di IVG e l'obiezione di

coscienza, né sulle donne che si recano all'estero per un'IVG. Nei prossimi anni studierò questo fenomeno attraverso una ricerca quanti-qualitativa europea finanziata dall'ERC (European Research Council) sulle barriere legali, procedurali e sociali che incontrano le donne che chiedono una IVG in Italia, Francia e Spagna.

25. Cfr. WHO, op. cit. nota 21, p. 241.
26. Cfr. op cit nota 24, p. 243.
27. In Inghilterra le italiane rappresentano il gruppo più numeroso di donne non residenti nel Regno Unito che si recano in questo paese per realizzare una IVG, subito dopo le Irlandesi, che provengono però da un paese con una delle leggi più restrittive d'Europa sull'aborto, a differenza dell'Italia. Cfr. UK, Department of Health in bibliografia.
28. Questa ricerca-pilota è stata realizzata in tre cliniche specializzate in IVG in Inghilterra attraverso questionari amministrati a un totale di 58 donne provenienti da diversi paesi europei. La maggioranza, tuttavia, provenivano dall'Italia e dalla Francia.
29. Cfr. GERDTS C. et al., 2016, in bibliografia.
30. ITALIA, Ministero della Salute, nota 17, p. 240.
31. I medici e gli altri operatori socio-sanitari devono per legge dichiarare l'obiezione per iscritto al momento dell'assunzione o dell'inizio della specialità, ma non devono specificare le ragioni della loro scelta. Non è dunque possibile conoscere le loro motivazioni, che ho esaminato nel corso della mia ricerca qualitativa in Italia e che ho discusso in altri articoli (cfr. DE ZORDO S., 2015-2016 in biliografia).
32. IPPF (International Planned Parenthood Federation), Abortion Legislation in Europe. Brussels, IPPF. 2012.
33. ITALIA, Ministero della Salute, nota 17, p. 240.
34. La Spagna, come la maggioranza dei paesi europei, non fornisce dati statistici ufficiali sull'obiezione di coscienza. Le mie fonti sono le ultime relazioni dell'IPPF sull'applicazione della legge sull'IVG in Spagna, e in particolare quella del 2012 (cfr. IPPF, 2012 in bibliografia) e i dati e informazioni fornitemi durante il periodo della mia ricerca in Spagna in particolare dall'ex Presidente di ACAI, l'associazione nazionale di cliniche di IVG, e da ricercatrici esperte in questo campo, come la Prof.ssa Maria Casado, Direttrice dell'Osservatorio di Bioetica e Diritto dell'Università di Barcellona.
35. España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Igualdad. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Igualdad, 2015.



36. España, Ministerio de Sanidad, nota 35, p. 242.
37. Il governo del PP ha tuttavia modificato, recentemente, un articolo della Legge del 2010 sull'IVG, rendendo nuovamente obbligatorio il consenso parentale in caso di minori di 16 e 17 anni.
38. GOFFMAN E., *Stigma: l'identità negata*. Milano, Giuffrè, [1963] 1983, p. 4-5.
39. GOFFMAN E., op. cit. nota 38, p. 244.
40. LINK B. G., PHELAN J. C., *Conceptualizing stigma*. Annual Review of Sociology 2001; 27: 363-385.
41. LINK B. G., PHELAN J. C., op. cit. nota 40, (p. 375).
42. PARKER R., AGGLETON P., *HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action*. Social Science and Medicine 2003; 57: 13-24; RHODES T., et al., *The social structural production of HIV risk among injecting drug users*. Social Science and Medicine 2005; 61(5): 1026-1044.
43. SCAMBLER G., *Re-Framing Stigma: Felt and Enacted Stigma and Challenges to the Sociology of Chronic and Disabling Conditions*. Social Theory and Health 2004; 2: 29-46; SCAMBLER G., *Health Related Stigma*. Sociology of Health & Illness 2009; 31(3): 441-455. SCAMBLER G., PAOLI, F., *Health Work, Female Sex Workers And HIV/AIDS: Global And Local Dimensions Of Stigma And Deviance As Barriers To Effective Interventions*. Social Science & Medicine 2008, 66(8): 1848-1862.
44. "A negative attribute ascribed to women who seek to terminate a pregnancy that marks them, internally or externally, as inferior to the ideal of 'womanhood'" (la traduzione in italiano è mia). In: KUMAR A., HESSINI L., MITCHELL E. M. H., op. cit. nota 1, p. 238.
45. Su questo tema cfr. COCKRILL K., NACK A., *"I'm Not That Type Of Person": Managing The Stigma Of Having An Abortion*. Deviant Behavior. 2013; 34(12): 973-990.
46. KUMAR A., HESSINI L., MITCHELL E. M. H., op. cit. nota 1, p. 238.
47. KUMAR A., HESSINI L., MITCHELL E. M. H., op. cit. nota 1, p. 238.
48. Cfr. a questo proposito il lavoro dell'antropologa Claudia Mattalucci (in Bibliografia) sui gruppi "per la vita", contrari al diritto all'interruzione di gravidanza in Italia.
49. Cfr. il lavoro pioniere dell'antropologa Rayna Rapp sull'introduzione dell'amniocentesi negli Stati Uniti. RAPP R., *Testing Women, Testing The Fetus: The Social Impact Of Amniocentesis In America*. NY-London, Routledge, 2000.
50. NORRIS A., et al., *Abortion Stigma: A Reconceptualization Of Constituents, Causes, And Consequences*. Women's Health Issues 2011; 21(3): S49-S54.

51. COCKRILL K., HESSINI L., *Introduction: Bringing Abortion Stigma Into Focus*. *Women & Health* 2014; 54(7): 593-598.
52. COCKRILL K., NACK A., op. cit. nota 45, p. 16; MAJOR B., GRAMZOW R.H., *Abortion As Stigma: Cognitive And Emotional Implications Of Concealment*. *Journal Of Personality And Social Psychology* 1999; 77 (4): 735-745.
53. BOYLE M., MCEVOY J., *Putting Abortion In Its Social Context: Northern Irish Women's Experiences Of Abortion In England*. *Health*, 1998; 2(3): 283-304; HOGGART L., *'I'm Pregnant ... What Am I Going To Do?' An Examination Of Value Judgements And Moral Frameworks In Teenage Pregnancy Decision Making*. *Health, Risk And Society* 2012; 14: 533-549.
54. Può essere più o meno semplice garantire privacy e anonimato a seconda che si tratti di una piccola clinica specializzata o del reparto di ginecologia-ostetricia di un grande ospedale con centinaia di pazienti e visitatori al giorno.
55. BAJOS N., FERRAND M., *De La Contraception à L'avortement*. *Sociologie Des Grossesses Non Prévues*. Paris, Inserm, 2002.
56. HIGGINS J. A., HIRSCH J. S. *The Pleasure Deficit: Revisiting the "Sexuality Connection" in Reproductive Health*. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2007; 39 (4): 240-247.
57. Come diversi studi antropologici e sociologici hanno dimostrato, disegualianze di genere e sociali che i programmi e servizi di pianificazione familiare e di IVG possono contribuire a riprodurre o, al contrario, a contrastare, rendono l'esperienza e le scelte contraccettive e riproduttive più o meno difficili, a seconda del contesto sociale e culturale. Cfr. DE ZORDO S., MARCHESI M. e MANDERSON M., in bibliografia.
58. HARRIS L.H. et al., *Dynamics of stigma in abortion work: Findings from a pilot study of the Providers Share Workshop*. *Social Science & Medicine* 2011; 73: 1062-1070; O'DONNELL J., WEITZ T. A., FREEDMAN L. R., *Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work*. *Social Science & Medicine* 2011; 73: 1357-1364.
59. DE ZORDO S., MISHTAL J., *Physicians and Abortion: Provision, Political Participation and Conflicts on the Ground. The cases of Brazil and Poland*. *Women's Health Issues (Sup.)* 2011; 21 (35): S 32-S36; FREEDMAN L. et al., *Obstacles to the Integration of Abortion into Obstetrics and Gynecology Practice*. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2010; 42 (3): 146-151; PAYNE C.M., DEBBINK M.P., STEELE E. A., *Why women are dying from unsafe abortion: narratives of Ghanaian abortion providers*. *African Journal of Reproductive Health* 2013; 17 (2): 118-28.

60. JOFFE C., *Commentary: abortion provider stigma and mainstream medicine*. *Women Health* 2014; 54 (7): 666-71. MARTIN L. A., et al., *Abortion providers, stigma and professional quality of life*. *Contraception* 2014; 90 (6): 581-7. O'DONNELL J., WEITZ T.A., FREEDMAN L.R., op. cit. nota 58, p. 244.
61. O'DONNELL J., WEITZ T.A., FREEDMAN L.R., op. cit. nota 58, p. 244.
62. JOFFE C., op. cit. nota 60, p. 244.
63. BESTARD J., *Com fer visible l'interior del cos o diferents maneres d'imaginar el fetus*. *Quaderns de l'Intitut Català d'Antropologia* 2005; 21: 72-89.
64. MORGAN L. M., *Icons of Life. A Cultural History of Human Embryos*. Berkeley-Los Angeles, University of California Press, 2009, p. 4.
65. DUDEN B., *The Fetus on the "Farther Shore": Towards a History of the Unborn*. In: MORGAN L.M., MICHAELS M.W. (eds.), *Fetal Subjects, Feminist Positions*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1999. pp. 13-25.
66. DUDEN B., op. cit. nota 65, (p. 15). Cfr. anche DUDEN B., *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Cambridge Massachusetts, Harvard University Press, 1993.
67. In Catalogna, nell'ospedale HY la maggioranza degli strutturati erano donne, mentre i 3 primari erano uomini. In questo ospedale ho intervistato l'85% di tutti gli strutturati. Nell'ospedale HN il 50% degli strutturati erano uomini, incluso il primario. In questo ospedale ho intervistato il 33% del totale degli strutturati. Per quel che riguarda l'Italia vedi nota 19, p. 240.
68. In Italia la maggioranza degli obiettori intervistati nei quattro ospedali si sono definiti "religiosi" (cattolici), mentre la maggioranza di coloro che realizzavano IVG si è definita "non religiosa". Tuttavia, tra 1/3 and 1/4 dei ginecologi che realizzavano IVG nelle due città si sono definiti religiosi e nell'ospedale HA (Roma) 4/11 obiettori si sono definiti "non religiosi" o "non praticanti". In Catalogna, la maggioranza dei ginecologi intervistati nei due ospedali-maternità, ove non vi erano obiettori, avevano ricevuto un'educazione cattolica, e rispettivamente 4/12 ad HY e 3/6 ad HN si sono definiti "religiosi". I ginecologi che ho intervistato nelle cliniche e servizi di salute sessuale e riproduttiva si sono definiti "non religiosi".
69. Negli ospedali e cliniche in cui ho realizzato la mia ricerca in Catalogna (Barcelona), non vi erano ginecologi obiettori. In Italia, invece, a Milano 50% dei ginecologi strutturati erano obiettori a HP e 60% a HF e rispettivamente il 30% e il 50 % di loro hanno partecipato alla ricerca. A Roma le percentuali di obiezione erano 90% a HA e 88% a HB e rispettivamente il 32 % e il 9% degli obiettori hanno partecipato alla ricerca (a HB vi erano forti tensioni tra

il reparto di ginecologia-ostetricia, il cui primario era obiettore, e il servizio di IVG, la cui responsabile appoggiava la mia ricerca; questo spiega, almeno in parte, la scarsa disponibilità e partecipazione alla ricerca dei ginecologi strutturati del reparto). La maggioranza dei ginecologi che realizzavano IVG in tre dei quattro ospedali hanno partecipato alla ricerca (a Roma 70% ad HA e HB; a Milano 72% a HP), mentre in un ospedale di Milano (HF), meno della metà, il 43%, ha partecipato alla ricerca.

70. Uso il corsivo per indicare i termini o le frasi esatte utilizzate dai miei intervistati/e.
71. Nell'Unione Sovietica l'aborto e la contraccezione erano accessibili e gratuite, con l'eccezione importante della Romania durante la Dittatura di Ceausescu(1965-1989), quando entrambe erano illegali e i tassi di morbi-mortalità materna aumentarono in modo drammatico. Tuttavia, i metodi contraccettivi ormonali non erano sempre e ovunque disponibili. Le pillole a basso dosaggio in particolare divennero ampiamente disponibili solo dopo il 1989, ma la privatizzazione dei servizi di salute, il caos economico e la forte femminilizzazione della povertà che seguirono la caduta del muro di Berlino non hanno migliorato di molto l'accesso alla contraccezione, soprattutto per le donne con reddito basso. Cfr. DE ZORDO S., MISHTAL J., ANTON L. (eds.), *A Right that Isn't? Abortion Governance and Associated Protest Logics in Postwar Europe*. Berghahn Books, Oxford and New York. Expected publication date, 2016. Vedere in particolare "Part IV: Pronatalism, Nationalism, and Resistance in Abortion Politics and Access to Abortion Services".
72. In Italia, i tassi di abortività sono più alti (19/1000 nel 2013) e gli aborti ripetuti più comuni tra le donne immigrati, e che tra le donne native italiane. Tuttavia, questi tassi sono diminuiti negli ultimi anni. Cfr. Italia, Ministero della Salute, nota 17. p. 242.
73. Cfr. DE ZORDO S., (2015-2016) in bibliografia.
74. JOHNSON S., PYONE C., JENNINGS V., *Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America*. *Reproductive Health* 2013; 10(7): 1-9.
75. In Italia, a differenza di quanto accade in Spagna, l'obiezione di coscienza "parziale", ovvero il rifiuto di realizzare IVG solo in certi casi, non è consentita dalla legge 194, ma sembra che, in alcuni contesti, essa sia tollerata.
76. Questa tecnica è utilizzata, in altri paesi, prima di una interruzione di gravidanza alla fine del secondo trimestre o oltre, perché si ritiene che essa renda l'intervento più semplice e sicuro. In questo modo si evita, inoltre, che il feto abortito possa dare segni di vitalità dopo l'espulsione. I metodi più comuni

*Lo stigma dell'aborto e l'obiezione di coscienza*

sono l'iniezione intra-cardiaca di cloridio di potassio o una iniezione intra-amniotica di digoxina. Vedere <http://www.reproductivereview.org/index.php/site/article/1093/>.

77. Sarebbe necessaria una ricerca quanti-qualitativa a livello nazionale per confermare l'esistenza di una relazione tra questi due fenomeni.
78. Cfr. WHO, op. cit. nota 21, p. 241.
79. HARRIS L.H., *Second trimester abortion provision: Breaking the silence and changing the discourse*. Reproductive Health Matters 2008; 16(Sup.31): 74-81; LOHR P.A., *Surgical Abortion in the Second Trimester*. Reproductive Health Matters 2008; 16 (Sup. 31): 151-162; LOHR P. A., HAYES J. L., GEMZELL-DANIELLSSON K., *Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; Issue 1.
80. KUMAR A., HESSINI L., MITCHELL E. M. H., op. cit. nota 1, p. 1.
81. BEYNON-JONES S. M., op. cit. nota 3, p. 238.
82. BAJOS N., FERRAND M., op. cit. nota 55, p. 244.

Correspondence should be addressed to:

silviadezordo@gmail.com

