

Ilaria Giovannelli e Maria Giuseppina Pacilli

Storia e contemporaneità dell'interruzione volontaria di gravidanza e dei processi di stigmatizzazione a carico dei diversi attori coinvolti

History and contemporaneity of elective abortion and the stigmatization processes directed towards the actors involved

Abstract

L'interruzione volontaria di gravidanza è un fenomeno antico e, proprio in virtù della sua lunga storia, nel corso del tempo sono mutati molti degli aspetti a esso correlati, come ad esempio, le connotazioni etiche, le norme volte a regolamentarlo e i protagonisti coinvolti. A tal proposito, il presente contributo cercherà di delineare la traiettoria storico-culturale che, a partire da una dura repressione della pratica abortiva, ha portato a una sua de-penalizzazione dalla fine degli anni '60 del Novecento. L'intento, inoltre, è di proporre una riflessione sull'impatto che le legislazioni hanno avuto sui processi di stigmatizzazione dei diversi attori implicati, con particolare riferimento alle donne che scelgono di interrompere la loro gravidanza e ai medici che la praticano.

Parole chiave: aborto volontario, stigma nei confronti delle donne che scelgono di abortire, stigma-by-association nei confronti dei medici non obiettori

Abstract

Elective abortion is a long-standing phenomenon, and due to its long history, along the centuries several aspects of it have changed, such as the ethical connotations, its regulations as well as the social actors involved. In this regard, the present paper will aim to define the socio-cultural trajectory of elective abortion, from the harsh repression to its de-penalization at the end of the '60s. Another aim of the paper is to reflect upon the

effects that the law has had on the occurrence of the stigma of the social actors involved in the abortion phenomenon, concerning, in particular, the women who interrupt their pregnancy and the physicians who practice it.

Keywords: elective abortion, stigma towards women who decide to abort, stigma-by-association toward physician who realize abortion

La concezione dell'interruzione volontaria di gravidanza nei secoli: dall'antichità greco-romana fino all'Ottocento

Nel contesto occidentale, la storia dell'interruzione volontaria di gravidanza si è sviluppata lungo un percorso costellato da molteplici cambiamenti. Grazie alle fonti storiche che già dal periodo greco-romano ne hanno lasciato traccia, a oggi è possibile delineare una panoramica in grado di rendere merito delle trasformazioni avvenute nelle normative, negli atteggiamenti e nella percezione delle donne che se ne sono avvalse e di coloro che, in un modo o in un altro, le hanno supportate.

Le testimonianze risalenti all'antica Grecia e Roma hanno permesso di ricostruire i diversi posizionamenti che al tempo erano presenti nei confronti della pratica. L'aborto volontario era parzialmente accettato da un punto di vista giuridico e morale e le voci di condanna espresse nei confronti delle donne che se ne sottoponevano o di chi lo praticava, seppur presenti, acquisivano rilevanza marginale (Galeotti, 2003; Mori, 2008). Del resto, il futuro nascituro veniva considerato come una *pars viscerum matris* (Galeotti, 2003; Lader, 1966) e per quanto la nascita non fosse un evento completamente irrilevante per la comunità che l'avrebbe accolta, alle donne rimaneva la principale titolarità della scelta. Tuttavia, se nell'antica Grecia, fatte salve le posizioni contrarie di Ippocrate, l'interruzione volontaria di gravidanza non è mai stata considerata reato, nell'antica Roma diventerà un crimine sanzionato con l'esilio temporaneo, i lavori forzati o le pene pecuniarie solo sotto Settimio Severo (193-211 d.C.) (Banotti, 1971).

Un cambiamento radicale rispetto alle posizioni sopra descritte, si è avuto con l'ebraismo prima e l'avvento del cristianesimo poi. L'antagonismo nei confronti dell'aborto volontario è divenuto più strutturato e in entrambe le religioni la pratica è stata considerata un'azione peccaminosa attraverso la quale la sovranità di Dio sulla vita umana veniva messa in discussione (Galeotti, 2003; Mori, 2008).

Il clima di condanna nei confronti dell'interruzione volontaria di gravidanza, si è inasprito ulteriormente durante il XVII secolo quando, sulla scia delle scoperte scientifiche in atto, l'idea del processo generativo fino allora in auge è stata sovvertita (Galeotti, 2003; Visca, 1978). Con le riflessioni di Giuseppe degli Aromatori si è iniziata a diffondere una concezione completamente diversa dello sviluppo embrionale che, da un processo attraverso il quale gli organi si formavano uno di seguito all'altro, diviene un mutamento graduale di qualcosa che in versione embrionale era già presente nell'ovulo e nello spermatozoo dalla fecondazione (*ipotesi performazionista*; Buzzi, 2014). Da questo momento in poi, l'embrione e il feto non sono stati più considerati un'appendice della donna, ma soggetti dotati di una loro individualità fin dal concepimento, e la gravidanza ha cessato di essere vista solamente come un processo fisiologico femminile diventando una vera e propria relazione tra due soggetti autonomi: la gestante e il futuro nascituro (Bernardi & Miniati, 2006; Galeotti, 2003). A fianco delle nuove concezioni teoriche, sempre intorno al '700 si è verificato un altro importante cambiamento: la visualizzazione del feto. Grazie alle autopsie condotte dagli anatomisti per comprendere la natura di alcune patologie durante la gravidanza e la concomitante pubblicazione di testi e atlanti anatomici, il feto è stato rappresentato in modo sempre più puntuale e realistico apparendo a tutti gli effetti come un bambino in miniatura (Duden, 1994; Galeotti, 2003; Furedi, 2016; Massey, 2005; Thornton & Want, 1974).

Le scoperte scientifiche che si sono avvicinate tra il XVII e il XVIII secolo e i nuovi strumenti di indagine volti a indagare ciò che accadeva all'interno dei corpi, hanno reso il ventre delle donne sempre più trasparente allo sguardo esterno contribuendo a promuovere un cambiamento non solo nella concezione del processo gestazionale e della sua interruzione, ma anche dei protagonisti in esse coinvolti. Per secoli, infatti, le donne sono state le uniche a poter accertare la loro gravidanza percependo i cambiamenti del loro corpo e i movimenti fetali (questi ultimi definiti *quickening* o *vitalizzazione* in ginecologia e ostetricia; Means, 1968; Norton, Scoutt, & Feldstein, 2018) e a detenere le competenze necessarie per gestire il processo della gestazione in senso più ampio, inclusa la sua interruzione (Jordan, 1985; Walsh, 1977). Attraverso l'applicazione di pratiche e saperi tramandati oralmente di generazione in generazione, le donne più anziane ed esperte - generalmente le levatrici o le comari (co-madri) - assistevano le gestanti e le puerpere, mettevano a punto pozioni finalizzate alla contraccezione e, ancora, praticavano aborti, tanto da essere considerate alla stregua di streghe che idolatravano il diavolo (Galeotti, 2003; Mori, 2008). Con il Secolo dei Lumi, tale stato di cose è iniziato a

cambiare; gli uomini si sono inseriti gradatamente nella gestione della gravidanza e hanno cominciato a diventare sempre meno subalterni alle donne, fino ad assumere un ruolo centrale in un contesto dove per secoli – anche per pudore – non avevano potuto addentrarsi. E' stato così che dietro lo scudo della *salute pubblica* e la necessità di proteggere il mondo femminile da pratiche condotte da persone competenti ma non titolate, i medici maschi hanno superato le loro reticenze e hanno promosso una nuova narrazione della riproduzione (Mori, 2008). In questo clima denso di trasformazioni, sia in Europa sia negli Stati Uniti, sono state emanate leggi che hanno punito sempre più severamente l'interruzione volontaria di gravidanza (Galeotti, 2003).

L'assetto legislativo europeo durante l'Ottocento e la prima metà del Novecento

Le specificità del dibattito che stavano emergendo attorno al tema più generale del processo gestazionale hanno dato impulso alla diffusione di leggi duramente repressive nei confronti dell'aborto volontario. Con la scoperta e l'esaltazione della gravidanza intesa come rapporto di interdipendenza tra la donna e il feto, i diversi Stati hanno iniziato a porsi il quesito su chi fosse più giusto tutelare e, seppur in un panorama variegato, molti legislatori hanno scelto di legiferare a favore del diritto alla vita del futuro nascituro piuttosto che del diritto della donna di auto-determinarsi (Galeotti, 2003).

La Francia, che è stata la prima nazione a formalizzare questa impostazione con il codice penale del 1791 e il codice napoleonico del 1810, ha categorizzato l'aborto volontario come reato contro la persona aprendo la strada ad altri Stati, tra i quali, per citarne alcuni, la Gran Bretagna, l'Austria, il Belgio, la Germania, la Spagna, la Finlandia e il Regno d'Italia, che ne hanno seguito le orme (Banotti, 1971; Flamigni, 2008; Galeotti, 2003).

Durante il periodo storico che dai primi dell'Ottocento è arrivato fino agli albori del Novecento, l'idea che l'interruzione volontaria di gravidanza rappresentasse un'azione lesiva nei confronti della vita del futuro nascituro, si è affiancata alle posizioni secondo le quali la pratica ginecologica era un vero e proprio affronto alla società. Quest'ultima impostazione, in particolare, si è radicata dopo la Prima guerra mondiale, quando la cosiddetta *crisi demografica - o problema della popolazione* (Myrdal, 1940) - ha iniziato a destare serie preoccupazioni nei governanti, i quali hanno temuto di non avere a disposizione sufficienti risorse umane per competere sul terreno di guerra in caso di conflitto (Peterson, 2012). In linea con tale timore e con lo scopo di arginare il crollo dei tassi di natalità, i diversi Stati hanno iniziato a promuovere strategie di supporto alle

famiglie numerose e hanno elargito sussidi per la nascita di nuovi figli esaltando la maternità e facendola diventare un vero e proprio atto di patriottismo (Galeotti, 2003). In tal senso, ancora una volta è stata la Francia a precorrere i tempi; con l'approvazione del codice della famiglia francese, l'aborto volontario è stato riclassificato come reato *contro la famiglia, la razza e la sicurezza dello Stato* e, dunque, represso sempre più duramente (1939, 1942; Galeotti, 2003). Come era avvenuto a inizio Ottocento, anche in questo frangente, il Paese d'oltralpe ha avviato una sorta di effetto domino che, ben presto, ha portato altre nazioni, come la Gran Bretagna (Flamigni, 2008; Scirè, 2008), l'Italia (Passerini, 1983; Scirè, 2008) e la Germania (Hunt, 1999; David, Fleishhacker, & Hohn, 1988), a emanare leggi ulteriormente repressive nei confronti dell'aborto volontario.

Le specificità delle esigenze nazionali hanno condotto ogni Stato a seguire un percorso legislativo diverso dagli altri; alcune hanno seguito un *iter* più lineare mentre altre più tortuoso, come la Spagna e la Russia. La prima, dopo aver legalizzato l'aborto volontario nel 1936, è tornata a punirlo nuovamente, negli anni Quaranta, con il regime franchista (Martin, 2018), mentre la seconda, dopo averlo liberalizzato nel 1920, l'ha incriminato di nuovo nel 1936 con il cosiddetto decreto sovietico (Banotti, 1971; Luehrmann, 2018).

Similmente agli accadimenti europei compresi tra gli inizi dell'Ottocento e i primi decenni del Novecento, molti Stati e territori federali dell'America del Nord hanno emanato leggi volte a sancire esplicitamente l'illegalità di alcune tipologie di aborto volontario. Negli anni tra il 1821 e il 1841 è avvenuta la cosiddetta prima ondata legislativa anti-abortista (i.e., *first wave abortion legislation*; Mohr, 1979) che, a partire dal Connecticut, ha riguardato altri contesti, quali il Missouri, lo Stato di New York, l'Alabama e il Maine (Mohr, 1979). Nonostante i reciproci condizionamenti tra il vecchio e il nuovo continente, le motivazioni alla base delle legislazioni statunitensi non sono state le stesse che hanno guidato quelle europee. Le leggi americane del XIX secolo, infatti, non hanno avuto l'obiettivo primario di reprimere l'interruzione volontaria di gravidanza in quanto azione dannosa per la vita del futuro nascituro o per il buon funzionamento della società ma, al contrario, sono state mosse dall'esigenza di ostacolare la diffusione e gli effetti delle sostanze abortigene che, in modo sempre più massiccio, risultavano essere alla base delle enormi sofferenze e delle morti di molte donne (Mohr, 1979; Spruill, 2008).

Dalla seconda metà dell'Ottocento, lo scenario americano subisce un profondo cambiamento; i quotidiani del tempo hanno iniziato a realizzare campagne mediatiche molto dure nei confronti di chi praticava interruzioni volontarie di gravidanza o gestiva cliniche abortiste facendo diventare il tema tra i più frequenti oggetti di discussione (Browder, 1988; Mohr, 1979; Reagan, 1997). A partire da questi primi episodi, la campagna anti-aborto ha iniziato a espandersi a macchia d'olio coinvolgendo anche l'*American Medical Association* (AMA; fondata nel 1847), fino ad allora rimasta ai margini del dibattito. Accogliendo la proposta del Dr. Horatio R. Storer, fervente attivista anti-aborto, l'AMA istituisce il *Committee on Criminal Abortion* e avvia una serie di iniziative finalizzate a disincentivare il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza sulla base di una presunta frivolezza del sesso femminile non più in grado di anteporre il senso del sacrificio, tipico della maternità, alla volontà di acquisire potere nella vita pubblica (Saurette & Gordon, 2015; Williams, 2016).

Da quel momento in poi l'opposizione nei confronti dell'aborto volontario si è trasformata in una formalizzazione giuridica del suo contrasto che ha portato, prima alla promulgazione di leggi che hanno eliminato la dottrina del *quickening* e istituito pene dirette non solo a chi procurava aborti ma anche alle donne che lo richiedevano (Mohr, 1979) e, poi – nel 1873 – all'emanazione del *Commonstock Law* attraverso il quale sono stati messi al bando i materiali informativi sulla pratica abortiva e sulla contraccezione (Gordon, 1977). È stato così che la *crociata contro l'aborto* (Mohr, 1979) ha innescato una serie di processi che sono culminati in politiche particolarmente restrittive durante la Grande Depressione degli anni '30 del Novecento e nei successivi anni '40 (Gordon, 1977). Come in Europa, anche negli Stati Uniti la repressione non ha inciso sulla diminuzione del fenomeno ma ha prodotto un suo aumento nella clandestinità. Soprattutto dopo il secondo conflitto mondiale, l'impedimento della pratica ha determinato enormi difficoltà per le donne e ha contribuito all'aumento di profonde diseguaglianze sociali basate sulla classe e l'etnia di appartenenza (Peterson, 2012; Reagan, 1997).

L'impatto delle leggi europee e americane sulla diffusione dell'interruzione volontaria di gravidanza

Diversamente da quanto atteso dai legislatori e dai governanti che avevano emanato e appoggiato le leggi repressive nei confronti dell'interruzione volontaria di gravidanza durante l'Ottocento e i primi decenni del Novecento del secolo scorso, il ricorso alla pratica non subì alcuna diminuzione ma si spostò solo nell'ambito della

clandestinità. Dopo decenni di silenzio che avevano lasciato completamente inesplorato ciò che stava avvenendo nei più disparati contesti illegali, a partire dagli anni Cinquanta del XX secolo, si è verificata un'inversione di tendenza. I primi studi epidemiologici, uniti alla pubblicazione di report e inchieste giornalistiche, hanno messo in luce stime del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza talmente elevate da non poter più essere trascurate (Scirè, 2008).

A livello europeo, le fonti scientifiche e i giornali hanno iniziato a riportare dati che, seppur talvolta in contrasto tra loro, hanno fatto emergere scenari sconcertanti. In Inghilterra, ad esempio, si parlava di un numero di aborti compreso tra i 50 e i 100 mila all'anno (Teodori, 1971), in Francia le stime oscillavano tra gli 80 e i 260 mila (Marcozzi, 1971) e in Cecoslovacchia si era assistito a un incremento di 86 mila interruzioni tra il 1953 e il 1962 (Scirè, 2008).

Nel nostro Paese, i diversi tentativi di stabilire la reale diffusione dell'interruzione volontaria di gravidanza sono stati molto rilevanti per rendere merito di ciò che stava accadendo; le stime variavano da un ammontare complessivo di 100 mila aborti condotti tra il 1970 e il 1975 (Colombo, Bonarini, & Rossi, 1977), a circa 1-3 milioni di aborti volontari praticati annualmente (Smuraglia, 1967; Vacchi, 1971), fino a 17-30 mila interruzioni annue eseguite nella sola città di Roma (Quattrocchi, 1968). A rendere ancora più chiaro lo scenario italiano sarà l'inchiesta *Figli che non nascono* pubblicata il 9 febbraio del 1961 dal settimanale *Noi donne*. Questo dossier scuote profondamente le coscienze dei cittadini e delle cittadine italiane, mettendoli di fronte non solo alla discrepanza tra i casi accertati e presunti di aborto volontario ma anche al triste destino al quale le donne andavano incontro sottoponendosi ad aborti illegali. Erano in particolare le donne più povere che, non potendosi permettere il ricorso alle cliniche straniere che conducevano i cosiddetti *aborti formato weekend* (Scirè, 2008), erano costrette a rivolgersi alle *mammane* o ai *cucchiai d'oro* mettendo così a repentaglio la loro vita (Armeni, 2003; Scirè, 2008; Flamigni, 2008; D'Elia & Serughetti, 2017).

L'inefficacia delle leggi repressive non ha riguardato solo il panorama europeo ma anche quello statunitense. Già nel 1936, il ginecologo americano Fredrick J. Taussing aveva stimato più di mezzo milione di interruzioni volontarie di gravidanza condotte nell'illegalità e una mortalità post-aborto compresa tra le 8 e le 10 mila unità. L'ampia diffusione del fenomeno abortivo è stata confermata anche da altri documenti, quali ad esempio, la relazione riepilogativa della prima conferenza medica sull'interruzione volontaria di gravidanza illegale e terapeutica (1955) e il *Report of the Governor's*

Commission Appointed to Review New York's Abortion Law (1968) che ha fatto emergere una stima degli aborti volontari compresa tra i 200 mila e oltre il milione (Calderone, 1958; Mohr, 1979).

Nonostante la sempre più evidente inefficacia delle leggi repressive e l'impatto negativo delle stesse sulla salute psico-fisica delle donne, l'incidenza dell'aborto clandestino - da sola - non ha portato a una rettifica delle normative allora vigenti né in Europa né negli Stati Uniti. Per la de-penalizzazione dell'aborto, laddove avvenuta, sarà cruciale la scesa in campo dei movimenti femministi. Le battaglie avviate dalle donne verso la metà degli anni Settanta del Novecento hanno, infatti, dato l'impulso a una operazione sociale dirompente non solo da un punto di vista informativo, ma ancora di più da un punto di vista socio-culturale e politico. Il tema dell'interruzione volontaria di gravidanza, ampiamente conosciuto e dibattuto nel privato delle donne, è stato fatto entrare a tutti gli effetti nella sfera pubblica dai movimenti della seconda ondata femminista (i.e., *second wave feminism*) che hanno messo in moto un processo del tutto nuovo rispetto al passato: la rottura della separazione tra la dimensione ufficiosa e ufficiale della questione abortiva (Boltanski, 2007; Perini 2010a, 2010b; Percovich, 2005).

I movimenti femministi come catalizzatori di un cambiamento epocale

Nel corso degli anni Sessanta e Settanta si è assistito al compiersi di una vera e propria rivoluzione che, a partire dagli Stati Uniti, si è estesa ai Paesi europei. La crescente presa di coscienza della disparità tra i sessi e della posizione gregaria delle donne in famiglia, nel lavoro e, più in generale, nel sistema sociale, genera una profonda indignazione che si trasforma e si incanala nella costruzione di spazi di discussione totalmente femminili (Bartilotti & Scattigno, 2005; Perini, 2010a; Rossi-Doria, 1989).

Nel contesto americano, dove l'attivazione delle donne ha anticipato di molto quella avvenuta nei Paesi europei, il femminismo radicale ha affrontato le tematiche del rapporto uomo-donna e della riproduzione con particolare riferimento alla nozione liberale di autonomia, secondo la quale il potere patriarcale aveva raggiunto una tale pervasività da invadere completamente l'ambito procreativo e negare alle donne la possibilità di compiere scelte veramente libere (Bartilotti & Scattigno, 2005). In questa cornice, la riflessione sulla regolamentazione della fertilità - sollecitata anche dall'entrata in commercio della pillola anticoncezionale - è diventata uno dei principali temi di discussione del femminismo internazionale ed è entrata piano piano nell'agenda politica

portando con sé anche la tematica dell'interruzione volontaria di gravidanza (Perini, 2010a; Percovich, 2005; Scattigno, 1997; Siegel, 2012). Agendo in modo simile a come avevano fatto i membri del movimento operaio in funzione di una maggiore eguaglianza fra le classi e una maggiore giustizia sociale, le donne femministe hanno iniziato a scendere in piazza e a marciare con striscioni che rivendicavano la necessità di gestire autonomamente il loro corpo, il bisogno di svincolare una volta per tutte la sessualità dalla riproduzione e la volontà di scegliere liberamente a quale modello di donna aderire (Roseneil, Crowhurst, Hellesund, Santos, & Stoilova, 2013; Outshoorn, Kulawik, Dudová, & Prata, 2012). Tramite slogan come *'l'utero è mio, lo gestisco io'*, *'siamo noi a decidere se vogliamo figli'* o *'our bodies, our lives, our right to decide'*, le donne hanno sottolineato più volte il loro diritto ad autodeterminarsi irrompendo sulla scena pubblica in un modo diverso da quanto fatto precedentemente. Il determinismo biologico, insieme alle logiche culturali eternormative, non sono stati più gli unici modelli dominanti sulla scena (Siegel, 2012) e le donne hanno iniziato a prospettare nuove traiettorie esistenziali (Morison, 2013). I precetti sul momento in cui dover diventare madri, su quanti figli avere e sulla tipologia delle emozioni da provare una volta partorito, sono stati messi in discussione, ridefiniti e sostituiti da una riflessione più a monte attorno alla volontà effettiva di avere un bambino così da valorizzare che la maternità fosse una scelta e non un esito scontato e inevitabile per tutte.

La svolta legislativa degli anni Settanta del Novecento

La pressione dei movimenti femministi ha sollecitato molti Stati occidentali a elaborare una risposta politico-legislativa dalla seconda metà degli anni '60 (Boltanski, 2004). In tale direzione, il primo cambiamento è avvenuto in Gran Bretagna con l'approvazione del cosiddetto *Abortion Act* (1967). La legge, presentata alla Camera dei Comuni nel 1966 dal membro del Partito liberale David Steele e sostenuta dall'*Abortion Reform Law Association* (ALRA), ha introdotto per prima la non perseguibilità della pratica ginecologica in una pluralità di casi che andavano dal pericolo per la vita, la salute mentale o fisica della donna, alle malformazioni fetali, fino all'età inferiore a sedici anni e allo stupro (Flamigni, 2008).

A fianco di questo primo cambiamento, anche la Francia ha iniziato a muoversi verso la de-penalizzazione dell'aborto volontario. In questo caso, sono state le azioni del *Mouvement de Liberation des Femmes*, il manifesto di auto-denuncia per aborto di 343 donne diffuso dal giornale *Le Nouvel Observateur*, l'incriminazione della ginecologa

Annie Ferrey Martin e la pubblicazione di molti testi in favore dell'interruzione di gravidanza a condurre gradatamente, nel 1975, all'approvazione della proposta di legge presentata dall'esponente politica Simone Veil (Boltanski, 2004; Flamigni, 2003; Pacilli, Giovannelli, & Spaccatini, 2018; Scirè, 2008).

I fatti francesi hanno avuto una forte risonanza anche nella vicina Germania. Il 6 giugno del 1971 il giornale *Stern*, proprio come aveva fatto *Le Nouvel Observateur*, ha pubblicato un numero sul quale sono apparsi, oltre alla celebre frase “*abbiamo abortito - e rivendichiamo il diritto a farlo per ogni donna*”, i nomi delle 374 donne firmatarie e il seguente l'appello: “*ho abortito. Sono contro il paragrafo 218 e per i figli desiderati. Noi donne non vogliamo elemosina dal legislatore né una riforma a rate! Noi pretendiamo la cancellazione senza sostituzione del paragrafo 218. Pretendiamo il diritto ad interrompere la gravidanza a carico del servizio sanitario nazionale*” (Poznanski, 2013; Schwarzer, 2011). Tuttavia, prima di arrivare all'approvazione della legge che ha permesso alle donne di interrompere la propria gravidanza il 5 giugno del 1974, è stato necessario un lungo percorso fatto di azioni di protesta e ribellione, come la celebre marcia che la rivista *Der Spiegel* ha ribattezzato *Aufstand der Schwestern*, la rivoluzione delle sorelle (Der Spiegel, 1974; Poznanski, 2013).

Emulando ciò che era stato fatto altrove, anche in Italia gruppi organizzati di donne hanno iniziato a far sentire la loro voce e a mettere in atto azioni di forte impatto già dal 1971, quando Matilde Mociocia, militante del Partito radicale, si è auto-denunciata per aborto e Gigliola Pierobon, dopo essere stata processata per aver interrotto volontariamente la sua gravidanza a diciassette anni, ha difeso pubblicamente la sua scelta dichiarando di non essersene mai pentita (Perini 2010a, Marella, 2009; Percovich, 2005). Pochi anni dopo, nel 1973, Adele Faccio - esponente del Partito radicale - ha fondato il Centro italiano sterilizzazione e aborto (Cisa) e il socialista Loris Fortuna ha presentato la prima proposta di legge volta a regolamentare l'interruzione volontaria di gravidanza in caso di rischio per la salute della donna e malformazioni fisiche o mentali del nascituro, aprendo una fase di fermento senza precedenti. L'incriminazione a Trento di 263 donne che si presupponeva si fossero sottoposte a interruzioni volontarie di gravidanza nello studio del ginecologo Renato Zorzi, l'irruzione della polizia in una clinica fiorentina dove si conducevano aborti, l'avvio della campagna dell'*Espresso* e della *Legga del 13 maggio* per promuovere un referendum abrogativo degli articoli del Codice Penale che vietavano l'interruzione volontaria di gravidanza, la sentenza della Corte Costituzionale (n. 27, 18 febbraio 1975) che affermava la prevalenza dei diritti della madre su quelli del futuro

nascituro e, non da ultimo, la tragedia della nube tossica sprigionata dalla fabbrica dell'Icmesa a Seveso, sono stati solo alcuni degli eventi che hanno condotto i diversi schieramenti politici a occuparsi del tema nel tentativo di dare una nuova risposta legislativa in grado di superare la legge di epoca fascista ancora in vigore (codice Rocco, 1930). Dopo i vari tentativi di sabotaggio e ostruzionismo, a pochi giorni dall'uccisione di Aldo Moro (9 maggio 1978), anche l'Italia ha visto l'emanazione della legge n. 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza", diventata operativa il 22 maggio del 1978 (Scirè, 2008).

Oltre ai Paesi europei sopra citati, le revisioni delle legislazioni sull'aborto volontario hanno interessato anche altri Stati, tra i quali l'Olanda, la Spagna, la Grecia, la Danimarca e il Belgio (Flamigni, 2008).

Parallelamente al cambiamento dirompente che si stava realizzando in Europa, anche gli Stati Uniti assistevano a una trasformazione nell'approccio all'interruzione volontaria di gravidanza. Nel 1973, la Corte Suprema degli Stati Uniti è stata chiamata a giudicare il caso di Jane Roe, una ragazza di ventitré anni che, avendo già due figli e trovandosi in una condizione economica molto precaria, vuole sottoporsi a un aborto volontario. Dopo un lungo percorso di dibattimenti e di accessi dibattiti che hanno interessato anche l'opinione pubblica, la Corte ha sancito il diritto della donna di scegliere della sua gravidanza in linea con il principio alla *privacy* e alla libertà personale contenuti nel 14° emendamento della Costituzione americana (Kaczor, 2015; Greasley, 2017; Wilson, 2013). Ed è così che negli Usa, diversamente a quanto accaduto in molti Paesi europei, l'aborto è stato dichiarato un diritto costituzionale che ha restituito alle donne il diritto di controllare la loro capacità procreativa in virtù del non riconoscimento al feto dello *status* di persona (Dworkin et al., 1994; Flamigni, 2008).

***A war that never ends* sui vissuti e le esperienze delle donne che scelgono di abortire e dei medici non obiettori**

A partire dagli anni '70 del Novecento un gran numero di Paesi occidentali ha riformato le legislazioni sull'aborto volontario, de-penalizzandolo. Ciononostante, da allora, molte delle normative entrate in vigore sono state contestate, aggiornate e o sottoposte a verifiche inerenti la loro validità attuale. Questo dimostra che il tema continua a sollecitare aspre controversie e divisioni che producono 'una guerra senza fine' (i.e., *a war that never ends*; The Economist, 2003), ovvero una guerra che spesso si

riverbera negativamente sulle donne che scelgono di interrompere la propria gravidanza e su coloro che, nel contesto medico, la realizzano (Turco, 2016; Norris et al., 2011). Entrambi, infatti, per motivazioni parzialmente diverse, riportano di essere vittime di episodi di svalutazione, etichettamento negativo e azioni - più o meno esplicite - di discriminazione che dimostrano quanto la tutela giuridica non sia in grado di proteggere, da sola, dai processi di stigmatizzazione (Kumar et al., 2009; Harris et al., 2011).

I dati emersi dagli studi condotti in ambito psicosociale sul tema dello stigma nei confronti dell'aborto, hanno messo in evidenza che le donne che scelgono di abortire, consapevoli della condanna sociale e morale nei loro confronti, immaginano uno scarso supporto da parte delle persone a loro vicine (Cockrill & Weitz, 2010; Cockrill & Nack, 2013; Shellenberg et al., 2011; Sorhaindo et al., 2014), anticipano il giudizio negativo al quale potrebbero essere esposte qualora la loro decisione venisse resa nota (i.e., *stigma percepito*; Link, Struening, Rahav, Phelan, & Nuttbrock, 1997) e frequentemente, proprio in virtù della paura del discredito, silenziano la loro esperienza (Shellenberg & Tsui, 2012; Beynon-Jones, 2017; Major & Gramzow, 1999). Nel silenziamento le donne che scelgono di abortire individuano la strategia più efficace per sfuggire alla riprovazione e all'isolamento: tuttavia le evidenze scientifiche indicano come, nascondere la propria esperienza di aborto sopprimendo i pensieri a essa associati, conduce a un aumento dello stress psicologico impattando dunque, in modo tutt'altro che positivo, sulla salute di chi si sottopone alla pratica ginecologica (Major et al., 1999).

Lo stigma percepito non è l'unico fenomeno al quale sono soggette le donne che scelgono di abortire. L'esposizione ripetuta a visioni culturali e narrazioni negative del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza può portare alla sperimentazione di emozioni spiacevoli, quali la vergogna, il rimorso e il senso di colpa, o alla percezione di sé stesse come donne immorali, irresponsabili, egoiste, crudeli e promiscue (i.e., *stigma interiorizzato*; Cocrkill & Nack, 2013; Shellenberg et al., 2011; Atsbury-Ward et al., 2012; Sorhaindo et al., 2014). Tali aspetti mettono in evidenza un aspetto cruciale per la comprensione delle dinamiche di stigmatizzazione: lo stigma abortivo si annida in un duplice ambito, quello che si riferisce alla violazione degli stereotipi di genere e quello relativo alla moralità (Pacilli, Giovannelli, Spaccatini, Vaes & Barbaranelli, 2018). Nel primo caso, la condanna emerge dal fatto che le donne che scelgono di abortire sembrano contravvenire ad alcuni archetipi femminili, quali l'inevitabilità della maternità, la cura degli altri e la sessualità ai soli fini procreativi (Kumar et al., 2009), mentre, nel secondo dalla sfida verso l'ordine morale che, per chi ne è contrario, porta a considerare l'aborto

equiparabile a un omicidio e chi lo realizza a un'assassina (Norris et al., 2011; Pollit, 2014).

Dagli studi qualitativi sullo stigma nei confronti dell'aborto volontario emergono anche indicazioni relative alle azioni, più o meno esplicite, subite dalle donne che scelgono di abortire (i.e., *stigma agito o subito*; Cockrill & Nack, 2013). Coloro che interrompono la loro gravidanza riportano di essere oggetto di commenti negativi da parte di amici, partner, familiari o operatori socio-sanitari che, invece di operare nell'ottica della tutela e promozione della salute delle loro pazienti, attuano azioni di *sorveglianza morale*, altamente giudicanti e non orientate all'accoglienza e all'ascolto che spetterebbe loro (Cockrill & Nack, 2013; Shellenberg et al., 2011). A fianco di queste manifestazioni più sottili dello *stigma agito o subito*, si collocano gesti più manifesti e plateali, come ad esempio, le aggressioni fisiche nei confronti di chi a diverso titolo è implicato nella pratica ginecologica o, ancora, le proteste e i picchetti anti-aborto (Shellenberg & Tsui, 2012) durante i quali non è raro imbattersi in slogan colpevolizzanti o in rappresentazioni altamente umanizzate del futuro nascituro, spesso frutto di un'abile e strumentale modifica delle immagini provenienti dalle ecografie fetali. Ad aprire la strada a quest'ultima strategia comunicativa, non sono state solo le scoperte scientifiche che si sono verificate a partire dagli anni '60 del Novecento e che hanno reso sempre più pubblico il corpo delle donne, ma anche i progetti, come quello del fotografo svedese Lennart Nilsson (1965) - *The Drama of life before birth* - che hanno creato una finestra sull'utero delle donne sollecitando un dibattito, tutto emotivo, sul tema dell'interruzione volontaria di gravidanza (Duden, 1994; Furedi, 2016). Le ricadute dell'umanizzazione del feto sull'atteggiamento nei confronti della pratica ginecologica sono state recentemente approfondite da alcuni studi nell'ambito della psicologia sociale. Dai risultati è emerso che l'attribuzione al feto della capacità di sperimentare emozioni, come la felicità o la paura, si associa a un atteggiamento più negativo nei confronti dell'interruzione volontaria di gravidanza, indipendentemente dal posizionamento politico delle persone (MacInnis, McLean, & Hodson, 2014) e, ancora, che quando le persone scelgono di usare l'etichetta linguistica "bambino" – invece che "feto" – per descrivere l'immagine di un'ecografia tendono ad attribuire al concepito una maggiore capacità di provare sentimenti e a presentare un atteggiamento più negativo nei confronti dell'aborto, al netto del conservatorismo politico e del grado di religiosità (Bilewicz, Mikolajczak & Babinska, 2017).

Indipendentemente dall'utilizzo di immagini a forte impatto emotivo, due studi americani hanno messo in evidenza che l'esposizione a presidi anti-aborto, organizzati dai movimenti *no-choice* (anche spesso definiti con la discutibile etichetta *pro-life*) impatta negativamente sulla salute psicologica delle donne nella fase post-abortiva in termini di depressione ed emozioni negative (Cozzarelli & Major, 1994; Cozzarelli, Major, Karrasch, & Fuegen, 2000). Tali risultati, seppur parzialmente, sostengono le evidenze scientifiche secondo le quali le difficoltà psicologiche che si possono sperimentare dopo essersi sottoposte a un'interruzione volontaria di gravidanza non sono il frutto di una sindrome post-abortiva dovuta all'intervento in sé, quanto piuttosto a processi di stigmatizzazione altamente lesivi per la dignità delle donne (American Psychological Association Task Force on Mental Health and Abortion, 2008; Furedi, 2016; Francescato & Prezza, 1979; Arcidiacono, 1983; Lalli, 2013; Pacilli, Giovannelli, & Spaccatini, 2018).

Sebbene la maggior parte delle ricerche sul tema della stigmatizzazione nei processi abortivi abbia preso in considerazione il punto di vista delle donne che hanno interrotto la loro gravidanza, alcuni studi hanno esaminato la prospettiva di coloro che le stigmatizzano fornendo indicazioni interessanti: le donne che decidono di interrompere una gravidanza vengono definite con aggettivi sprezzanti, come ad esempio, promiscue o assassine (Shellenberg et al., 2011), vengono percepite come meno desiderabili per un appuntamento o un futuro matrimonio (Weidner & Griffit, 1984) e, ancora, elicitano elevati livelli di indignazione morale che, a loro volta, le porta a essere considerate meno umane in base alla due dimensioni di umanità individuate dallo studioso australiano Nick Haslam, quali l'unicità umana (tratti relativi alla capacità di controllo e razionalità) e la natura umana (aspetti legati al calore e all'emotività) (Pacilli, Giovannelli, Spaccatini, Vaes & Barbaranelli, 2018).

Le donne che scelgono di abortire sono indubbiamente il bersaglio principale dei processi di stigmatizzazione ma, a discapito di quanto si possa pensare, non sono le uniche; a loro si affianca anche il personale sanitario coinvolto nella pratica abortiva (Norris et al., 2011; Kumar et al., 2009). Per il fatto di realizzare aborti – anche nel totale rispetto delle leggi nazionali che lo garantiscono e, dunque, di supportare le donne nella loro decisione - i ginecologi che praticano interruzioni volontarie di gravidanza divengono spesso vittime del cosiddetto *stigma-by-association* (i.e., *stigma per associazione*; Goffman, 1963; Kulik, Bainbridge, & Cregan, 2008), ovvero vengono screditati da altri operatori del campo socio-sanitario o dalle persone del contesto sociale

di riferimento, subiscono aggressioni verbali e fisiche da gruppi generalmente contrari alla pratica dell'aborto (Joffe, 2009) e sperimentano vissuti di marginalizzazione che li conduce, proprio come per avviene per le donne, a nascondere la loro esperienza professionale (Martin, Debbink, Youatt, & Harris, 2014a; Martin, Debbink, Youatt, & Harris, 2014b; Harris, Debbink, Martin, & Hassinger, 2011; O'Donnel, Weitz, & Freedman, 2011). Se il silenziamento delle donne che decidono di abortire sollecita la distorsione e la sottostima della prevalenza della pratica ginecologica (i.e., *paradosso di prevalenza*; Kumar et al., 2009), quello portato avanti dai medici che praticano IVG ha un altro effetto, cioè la diffusione della falsa credenza secondo la quale l'interruzione volontaria di gravidanza è rara nel contesto ginecologico e, per questa sua marginalità, poco legittima (i.e., *paradosso della legittimità*; Harris, Martin, Debbink, & Hassinger, 2013).

Gli studi relativi alla relazione tra lo stigma sperimentato dai medici non obiettori e il benessere professionale, evidenziano scenari poco rassicuranti. Questi, infatti, hanno messo in evidenza una relazione tra i processi di stigmatizzazione e lo scarso benessere lavorativo-personale che si esplica nella diminuzione del piacere a svolgere il proprio lavoro, nell'aumento delle sensazioni di inefficacia, nell'incremento dell'insonnia e pensieri negativi ricorrenti e, ancora, nella forte diffidenza nei confronti dei componenti delle reti sociali di cui si è parte (Joffe, 1995, 2010; Martin, Debbink, Youatt, & Harris, 2014a; Harris et al., 2011). Tuttavia, il supporto sociale offerto dai colleghi e la forte dedizione per il proprio lavoro, possono aiutare i medici che praticano IVG a resistere allo stigma e mantenere un'immagine positiva di loro stessi come professionisti che, al di là delle pressioni sociali, degli stereotipi e dei pregiudizi che li riguardano, operano per la promozione della salute delle donne e la tutela dei loro diritti riproduttivi (Harris, Debbink, Martin, & Hassinger, 2011).

Conclusioni

L'iter storico delineato nei paragrafi precedenti, oltre a mettere in evidenza le trasformazioni che si sono avvicendate nel corso del tempo in relazione alla concezione e alla legislazioni sull'interruzione volontaria di gravidanza, permette di aprire una riflessione sul fatto che la de-penalizzazione della pratica, da sola, non è in grado di incidere positivamente sull'atteggiamento che le persone mettono in atto verso chi ne è direttamente o indirettamente coinvolto (Becker & Diaz-Olavarrieta, 2012). Come più volte ribadito da studiose e studiosi che da anni si occupano dell'argomento, lo stigma

nei confronti dell'aborto è un fenomeno talmente complesso che non può essere affrontato e de-strutturato se non si attivano interventi e strategie che agiscono contemporaneamente a livelli differenti (Kumar et al., 2009). La de-penalizzazione e la garanzia di un accesso sicuro all'aborto volontario per tutte le donne, senza distinzione alcuna, è indubbiamente il primo, cruciale e imprescindibile passo verso la de-costruzione dello stigma ma, a questo primo passo, devono seguirne ulteriori, quali ad esempio la realizzazione di interventi sia a livello istituzionale e comunitario, che potrebbero inglobare un piano specifico di formazione dei medici che si avviano a intraprendere la carriera ginecologica e una maggiore diffusione di informazioni inerenti i servizi presenti sul territorio, sia a livello individuale con l'obiettivo di comprendere e ri-significare i pregiudizi, gli stereotipi e le false credenze sulla pratica abortiva e su chi ne è coinvolto. In questo senso, assumono un ruolo centrale tutte quelle azioni o quei programmi di *advocacy* che mirano, in modo più o meno formale, a promuovere una maggiore conoscenza del ricorso alla pratica e delle persone che la scelgono con la finalità ultima di normalizzare l'esperienza piuttosto che rappresentarla come qualcosa di inusuale e, dunque, di deviante (LeTorneau, 2016; Norris et al., 2011).

Riferimenti bibliografici

- Astbury-Ward, Edna, Parry, Odette, & Carnwell, Ros (2012). Stigma, abortion, and disclosure – findings from a qualitative study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9, 3137-3147.
- American Psychological Association Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: American Psychological Association. Disponibile online all'indirizzo: <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>.
- Banotti, Elvira (1971). *La sfida femminile. Maternità e aborto*. Bari: De Donato Editore.
- Becker, Davida & Díaz Olavarrieta, Claudia (2013). Decriminalization of abortion in Mexico City: the effects on women's reproductive rights. *American Journal of Public Health*, 103(4), 590-593.
- Beynon-Jones, Sian M. (2017). Untroubling abortion: A discourse analysis of women's accounts. *Feminism & Psychology*, 27(2), 225-242.
- Bernardi, Walter & Miniati, Silvia (2006). Nihil novi...Lo statuto embrionale fra polemiche attuali e riflessioni storiche. In F. Abbri, M. Bucciantini (a cura di),

Toscana e Europa. Nuova scienza e filosofia tra '600 e '700, pp. 9-82. Milano: Franco Angeli.

Bertilotti, Teresa & Scattigno, Anna (2005). *Il femminismo degli anni settanta*. Roma: Viella.

Boltanski, Luc (2007). *La condizione fetale. Una sociologia della generazione e dell'aborto*. Milano: Feltrinelli.

Browder, Clifford (1988). *The Wickedest Woman in Town: Madame Restelle the Abortionist*. Hamden, CT: Archon Press.

Buzzi, Serena (2014). Il corpo in embrione e l'organogenesi imperfetta in Malacarne (1744-1816). *Metamorfosi dei Lumi*, 7(7), 89-105.

Bernardo Colombo Franco, Bonarini, & Fiorenzo, Rossi, F. (1977). Sulla diffusione degli aborti illegali in Italia. *Medicina & Morale*, 1-2, 17-78.

Calderone, Mary Steichen. (1958). *Abortion in the United States*. New York: Hoeber-Harper.

Cozzarelli, Catherine, Major, Brenda, Karrasch, Angela, & Fuegen, Kathleen (2000). Women's experiences of and reactions to anti-abortion picketing. *Basic and Applied Social Psychology*, 25, 265-275.

Cozzarelli, Catherine, & Major, Brenda (1994). The effects of anti-abortion demonstrators and pro-choice escorts on women's psychological responses to abortion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 404-427.

Crocker, Jennifer, Major, Brenda, Steele, Claude (1998). Social stigma. In D.T. Gilbert, S.T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology - 4th Ed.*, Vol. 2, pp. 504-533. Boston: McGraw-Hill.

Cockrill, Kate, Weitz, Tracy A. (2010). Abortion Patients' Perceptions of Abortion Regulation. *Women's Health*, 20, 12-19.

D'Elia, Cecilia & Serughetti, Giorgia (2017). *Libere tutte. Dall'aborto al velo, donne nel nuovo millennio*. Roma: Minimum fax.

Devereux, George (1954). *A typological study of abortion in 350 primitive, ancient and pre industrial societies*. New York: Julian Press Inc.

Duden, Barbara (1994). *Il corpo della donna come luogo pubblico: sull'abuso del concetto di vita*.

Torino: Bollati Boringhieri.

Dworkin, Ronald. M., Maffettone, Sebastiano, & Bagnoli, Carla (1994). *Il dominio della vita: aborto, eutanasia, e libertà individuale*. Roma: Edizioni di Comunità.

David, Henry P., Fleischhacker, Jochen, & Hohn, Charlotte (1988). Abortion and eugenics in Nazi Germany. *Population and Development Review*, 81-112.

Dayton, Cornelia Hughes (1991). Taking the Trade: Abortion and Gender Relations in an Eighteenth-Century New England Village. In Judith Walzer Leavitt (a cura di), *Women and Health in America: Historical Readings*, pp. 12-37. Madison, Wisconsin: The University of Wisconsin Press.

Flamigni, Carlo (2008). *L'aborto. Storia e attualità di un problema sociale* (Vol. 1). Bologna: Edizioni Pendragon.

Francescato, Donata, & Prezza, Miretta (1979). *Le condizioni della sessualità femminile. Maternità, aborto, consultorio*. Bari: De Donato.

Francescato, Donata, & Arcidiacono, Caterina (1983). Le principali ricerche sull'IVG. In D. Francescato (a cura di), *Verso una prevenzione dell'aborto. Contributi di ricerca sugli aspetti psicosociali dell'aborto procurato*, pp. 9-44. Roma, Reggio Calabria: Casa del Libro Editrice.

Furedi, Ann (2016). *The moral case of abortion*. London, UK: Palgrave Macmillan.

Galeotti, Giulia (2003). *Storia dell'aborto*. Bologna: Il Mulino.

Greasley, Kate (2017). In Defense of Abortion Rights. In Kate Greasley & Cristopher Kaczor (a cura di), *Abortion Rights: For and Against*, pp. 1-85. Cambridge: Cambridge University Press.

Greenhouse, Linda & Siegel, Reva B. (2010). *Before Roe v. Wade: Voices That Shaped the Abortion Debate before the Supreme Court's Ruling*. USA: Kaplan Publishing.

Gordon, Linda (1977). *Woman's body, woman's right: A social history of birth control in America*. Harmondsworth: Penguin

Harris, Lisa Hope, Debbink, Michelle, Martin, Lisa, & Hassinger, Jane (2011). Dynamics of stigma in abortion work: findings from a pilot study of the Providers Share Workshop. *Social Science & Medicine*, 73(7), 1062-1070.

Harris, LisaHope, Martin, Lisa, Debbink, Michelle, & Hassinger, Jane (2013). Physicians, abortion provision and the legitimacy paradox. *Contraception*, 87, 11-16.

- Hunt, John (1999). Out of respect for life: Nazi abortion policy in the eastern occupied territories. *Journal of Genocide Research*, 1(3), 379-385.
- Luehrmann, Sonja (2018). Innocence and Demographic Crisis: Transposing Post-Abortion Syndrome into a Russian Orthodox Key. In Silvia De Zordo, Joanna Mishtal, & Lorena Anton (a cura di) *A fragmented landscape. Abortion Governance and Protest Logics in Europe*, pp. 103-123. Milano: Feltrinelli.
- LeTourneau, Kate (2016). *Abortion stigma around the world: A synthesis of the qualitative literature*. A technical report for members of The International Network for the Reduction of Abortion Discrimination and Stigma (Inroads). Chapel Hill, NC: inroads.
- Link, Bruce G., Struening, Elmer L., Rahav, Michael, Phelan, Jo C., & Nuttbrock, Larry (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 177-190.
- Major, Brenda, & Gramzow, Haven Richard (1999). Abortion as stigma: cognitive and emotional implications of concealment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 735-745.
- Marcozzi, Vittorio (1971). La moralità dell'aborto. *La civiltà cattolica*, 560-568.
- Marella, Maria Rosaria (2009). Corpo soggettività sessualità: brevi note sulla costruzione giuridica del biologico. *Marea. Donne ormezz rotte approdi*, III, 61-69.
- Martin, Lisa A., Debbink, Michelle, Hassinger, Jane, Youatt, Emily, & Harris, Lisa H. (2014). Abortion providers, stigma and professional quality of life. *Contraception*, 90(6), 581-587.
- Massey, Lyle (2005). Pregnancy and pathology: picturing childbirth in eighteenth-century obstetric atlases. *The Art Bulletin*, 87(1), 73-91.
- Myrdal, Gunnar (1940). *Population: A Problem for Democracy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Means, Cyril C. (1968). The Law of New York concerning abortion and the status of the fetus. 1664-1968. *New York Law Forum*, 14, 411-514.
- Mohr, James C. (1979). *Abortion in America: The origins and evolution of national policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Mori, Maurizio (2008). *Aborto e morale. Capire un nuovo diritto*. Torino: Einaudi.

- Morison, Tracy (2013). Heterosexual men and parenthood decision making in South Africa: Attending to the invisible norm. *Journal of Family Issues*, 34(8), 1125-1144.
- Norris, Allison, Bessett, Danielle, Steinberg, Julia R., Kavanaugh, Megan L., De Zordo, Silvia, & Becker, Davida (2011). Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences. *Women's Health Issues*, 21, S49-S54.
- Norton, Mary E., Scoutt, Leslie M., & Feldstein, Vickie A. (2018). *Callen - Ecografia in ostetricia e ginecologia*. Perignano: Edra.
- Pacilli, Maria Giuseppina, Giovannelli, Ilaria, Spaccatini, Federica, Vaes, Jeroen, Barbaranelli, Claudio (2018) Elective Abortion Predicts the Dehumanization of Women and Men through the Mediation of Moral Outrage. *Social Psychology*, 49(5), 287-302.
- Pacilli, Maria Giuseppina, Giovannelli, Ilaria, & Spaccatini, Federica. (2018). Interruzione volontaria di gravidanza, normatività sociale della maternità e processi di stigmatizzazione.
- In Maria Giuseppina Pacilli & Fiorella Giaccone (a cura di), *Dal personale al politico: il genere in un'ottica interdisciplinare*, pp. 75-92. Santarcangelo di Romagna, Rimini: Maggioli Editore.
- Payne, Caroline M., Debbink, Michelle Precourt, Steele, Ellen A., Buck, Caroline T., Martin, Lisa A., Hassinger, Jane A., & Harris, Lisa H. (2013). Why women are dying from unsafe abortion: narratives of Ghanaian abortion providers. *African Journal of Reproductive Health*, 17(2), 118-128.
- Passerini, Luisa (1983). Donne operaie e aborto nella Torino fascista. *Italia Contemporanea*, 151/152, 83-109.
- Percovich, Luciana (2005). *La coscienza nel corpo: donne, salute e medicina negli anni Settanta (Vol. 6)*. Milano: Franco Angeli.
- Perini, Lorenza (2010a). Quando la legge non c'era. Storie di donne e aborti clandestini prima della legge 194. *Storicamente*, 6. Disponibile online all'indirizzo: https://storicamente.org/sites/default/images/articles/media/1316/aborto_clandestino.pdf
- Perini, Lorenza (2010b). Quando l'aborto era un crimine. La costruzione del discorso in Italia e negli Stati Uniti (1965-1973). *Storicamente*, 6. Disponibile online all'indirizzo:

https://storicamente.org/sites/default/images/articles/media/1500/perini_aborto_italia_usa.pdf. Ultima consultazione: 30 settembre 2018

- Peterson, Anna M. (2012). From commonplace to controversial: the different histories of abortion in Europe and the United States. *Origins, Current Events in Historical Perspective*, 6(2), 1-2.
- Pollitt, Katha (2014). *Pro: Reclaiming abortion rights*. Picador.
- Poznanski, Maria Caterina (2013). I corpi delle donne. Le riflessioni di Alice Schwarzer sul tema dell'aborto in Germania tra arbitrio pubblico e scelta privata. In M. Durst, & S. Sabelli (a cura di), *Questioni di genere. Tra vecchi e nuovi pregiudizi e nuove o presunte libertà*, pp. 131-155. Pisa: Edizioni ETS.
- Quattrocchi, Carmelo (1968). L'aborto procurato. *La Clinica Ostetrica e Ginecologica*, 70, 163-192.
- Reagan, Leslie J. (1998). *When abortion was a crime. Women, Medicine, and Law in the United States, 1867-1973*. Berkley: University of California Press.
- Reichlin, Massimo (2007). *Aborto: la morale oltre il diritto*. Roma: Carocci.
- Roseneil, Sasha, Crowhurst, Isabel, Hellesund, Tone, Santos, Ana Cristina, & Stoilova, Mariya (2013). Changing landscapes of heteronormativity: The regulation and normalization of same-sex sexualities in Europe. *Social Politics*, 20(2), 165-199.
- Rossi-Doria, Anna (1989). Individualità e valore di genere nel pensiero politico suffragista. *Reti. Pratiche e saperi di donne*, 3-4, 100-110.
- Siegel, Reva B. (2012). Abortion and the "Woman Question": Forty years of debate. *Indiana Law Journal*, 89, 1365-1380.
- Scirè, Giambattista (2008). *L'aborto in Italia: storia di una legge*. Milano: Mondadori.
- Shellenberg, Kristen M., & Tsui, Amy O. (2012). Correlates of perceived and internalized stigma among abortion patients in the USA: an exploration by race and Hispanic ethnicity. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118, S152-S159.
- Shellenberg, Kristen M., Moore, Ann M., Bankole, Akinrinola, Juarez, Fatima, Omideyi, Adekunbi Kehinde, Palomino, Nancy & Tsui, Amy O. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Global Public Health*, 6(1), S111-S125.
- Spruill, Marjorie J. (2008) Gender and America's Right Turn: The 1977 IWY Conferences and the Polarization of American Politics. In Bruce J. Schulman & Julian E. Zelizer (a cura di), *Rightward Bound: Making America Conservative in the 1970s*, pp. 71 -89. Cambridge: Harvard University Press.

- Sorhaindo, Annik Mahalia, Juárez-Ramírez, Cleotilde, Olavarrieta, Caroline D., Aldaz, E., Mej.a Pi.eros, M. C., & Garcia, S. (2014). Qualitative evidence on abortion stigma from Mexico City and five states in Mexico. *Women & Health, 54*, 622-640.
- Taussing, Frederick J. (1936). *Spontaneous and induced abortion, medical and social aspects*. St. Louis, MO: C.V. Mosby.
- Teodori, Massimo (1971). Aborto senza colpa. *L'Astrolabio, 9*, 38-39.
- Thornton, John L. & Want, Patricia. C. (1974). William Hunter's "the Anatomy Of The Human Gravid Uterus" 1774–1974. *Obstetrical & Gynecological Survey, 29*(7), 447-449.
- Visca, Danila (1978). *Il sesso infecondo: Contraccezione, aborto e infanticidio nelle società tradizionali*. Roma: Bulzoni.
- Jordan, Brigitte (1985). Sistemi natali ed etno-ostetricia: frammenti di una ricerca transculturale. In AA.VV. (a cura di) *Le culture del parto*, pp. 73-84. Milano: Feltrinelli.
- Walsh, Mary Roth (1977). *Doctors wanted: No women need apply: Sexual barriers in the medical profession, 1835-1975*. New Haven, CT: Yale University Press
- Goffman, Erving. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Penguin books, 1974.
- O'Donnell, Jonathan, Weitz, Tracy A., & Freedman, Lori R. (2011). Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work. *Social science & medicine, 73*(9), 1357-1364.
- Joffe, Carole (2009). Abortion and medicine: a sociopolitical history. In Paul Maureen, Steve Lichtenberg, Lynn Borgatta, David A. Grimes, Phillip G. Stubblefield, Mitchell D. Creinin (a cura di), *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Oxford: Wiley-Blackwell, pp. 1-9. Chicago: Wiley Blackwell.
- Kulik, Carol T., Bainbridge, Hugh T., Cregan, Bainbridge, & Cregan, Christina (2008). Known by the company we keep: Stigma-by-association effects in the workplace. *Academy of Management Review, 33*(1), 216-230.
- Haslam, Nick (2006). Dehumanization: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review, 10*, 252–264.
- Weidner, Gerdi, & Griffitt, William (1984). Abortion as a stigma: In the eyes of the beholder. *Journal of Research in Personality, 18*, 359-371.

- Wilson, Joshua C. (2013). *The Street Politics of Abortion: Speech, Violence, and America's Culture Wars*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Kumar, Akash, Hessini, Lukas, & Mitchell, E. Michael. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11, 625-639.
- Kaczor, Christopher (2014). *The ethics of abortion: Women's rights, human life, and the question of justice*. New York and London: Routledge.
- Saurette, Paul, & Gordon, Kelly (2015). *The changing voice of anti-abortion movement. The rise of pre-woman rhetoric in Canada and the USA*. Toronto, Buffalo, London: University of Toronto Press.
- Smuraglia, Carlo (1970). *Aborto: un dilemma del nostro tempo*. Milano: Etas Kompass.
- Scattigno, Anna (1997). La figura materna tra emancipazione e femminismo. In Maria D'Amelia (a cura di) *Storia della maternità* (pp.273-299). Bari: Laterza.
- Vacchi, Luigi (1971). *Aborto al buio*. Panorama, 11 febbraio.

Ilaria Giovannelli is a psychologist and Ph.D. student in Politics, Public Policies, and Globalization at the Department of Political Sciences of the University of Perugia. Among her research interests, the stigma towards women who decide to interrupt their pregnancy and physician who practice abortions.

Ilaria Giovannelli è psicologa e dottoranda in Politica, Politiche Pubbliche e Globalizzazione presso il Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Perugia. Tra i suoi principali interessi di ricerca il tema dello stigma nei confronti sia delle donne che scelgono di interrompere la propria gravidanza sia dei medici che realizzano aborti.

Maria Giuseppina Pacilli is associate professor at the Department of Political Science of the University of Perugia where she teaches Social psychology and Social psychology of prejudices and discrimination. Among her research interests, the dehumanization and the stigma towards women who decide to interrupt their pregnancy and physician who practice abortion.

Maria Giuseppina Pacilli è professore associato presso il Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Perugia nel quale insegna psicologia sociale e psicologia dei pregiudizi e delle discriminazioni. Tra i suoi interessi di ricerca il tema della deumanizzazione e dello stigma nei confronti delle donne che scelgono di interrompere la propria gravidanza e dei medici che praticano aborti.

