

*L'impatto della pandemia di Covid-19  
sull'interruzione di gravidanza  
L'aborto farmacologico in tre diverse realtà nazionali*

**Giulia Zanini**

Università Ca' Foscari di Venezia  
[Giulia.Zanini@alumni.eui.eu]

**Alessandra Brigo**

Centro Latinoamericano em Sexualidade e Direitos Humanos  
[alessandrafbrigo@gmail.com]

**Anastasia Martino**

[anastasiamartino@hotmail.com]

*Abstract*

*The Impact of the Covid-19 Pandemic on Pregnancy Termination. Medical Abortion in Three Different National Contexts*

During the Covid-19 pandemic medical abortion has been at the centre of a public debate about the possibility of continuing to grant abortion access in different countries. Through a comparative analysis of the British, Brazilian and Italian national contexts, this paper will examine emergent claims by feminist pro-choice movements and scientific societies and the multiple policies and practices developed around this practice. Such an investigation will shed lights on the cultural, political and social components characterising the use of medical abortion before and during the pandemic and the emergent process of (de)medicalisation.

*Key-words:* abortion, Covid-19, comparative analysis, healthcare policies

*Introduzione<sup>1</sup>*

Durante il mese di febbraio 2020 quella che sarebbe stata definita più tardi una pandemia da virus SARS-CoV-2 ha iniziato a circolare in Europa. Nel giro di poche settimane numerosi paesi hanno introdotto una serie di misure eccezionali allo scopo di rallentare la diffusione del virus e ge-

stire il trattamento di un numero sempre crescente di persone affette da Covid-19, l'infezione provocata dal virus. Le misure introdotte, simili in molti i paesi d'Europa (HIRSCH 2020; ECDC 2022), hanno presto diminuito la mobilità della popolazione attraverso l'implementazione di obblighi più o meno severi: lasciare il proprio domicilio solo per motivi strettamente necessari, lavorare da remoto, ove possibile, fino alla chiusura delle scuole e di qualsiasi attività commerciale e produttiva considerata non essenziale, nella primavera del 2020. In questo periodo, le restrizioni alla mobilità, la chiusura di alcuni reparti ospedalieri, la riduzione dei servizi sanitari hanno influito negativamente sulla disponibilità dell'assistenza medica in molti settori di cura. I sistemi sanitari nazionali sono stati riorganizzati per permettere il ricollocamento del personale sanitario allo scopo di assistere i pazienti affetti da Covid-19, gli interventi non urgenti sono stati sospesi, mentre le prestazioni considerate non differibili sono state mantenute con l'introduzione di specifici protocolli individuati allo scopo. Nella fase dell'emergenza, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) includeva esplicitamente l'aborto tra le prestazioni sanitarie essenziali, provocando intensi dibattiti politici a livello nazionale. In diversi paesi del mondo i movimenti a favore del diritto all'aborto (anche noti con il termine *pro-choice*), più o meno formalizzati, chiedevano la garanzia che l'accesso all'aborto fosse facilmente accessibile nonostante la pandemia in corso, anche attraverso la promozione dell'aborto farmacologico nel primo trimestre e la riduzione delle visite di persona, sostituite da consulenze da remoto o in telemedicina (AA.VV. 2020). L'accesso all'aborto in telemedicina è stato descritto come l'accesso ad una consulenza sanitaria da remoto (al telefono o tramite videochat), cioè senza che la paziente si rechi in ospedale o ambulatorio, e la possibilità di assumere i due farmaci previsti per l'interruzione della gravidanza (mifepristone e misoprostolo, vedi in seguito per chiarimenti su ciascuno dei due farmaci) a casa ed in autonomia. In alcuni paesi, i governi e le autorità sanitarie hanno risposto rapidamente assecondando queste richieste, in altri invece le risposte sono state lente, evasive, inconcludenti o opposte.

Questo saggio si propone di analizzare i discorsi e le narrazioni emersi nel periodo pandemico riguardo all'aborto farmacologico nel primo trimestre di gravidanza. A questo scopo si esaminano le richieste da parte dei movimenti *pro-choice*, delle prese di posizione di organi internazionali di salute pubblica, delle società medico-scientifiche nazionali di ostetricia e ginecologia, delle risposte istituzionali, e delle politiche messe in atto durante la pandemia riguardo all'accesso all'interruzione di gravidanza. Focalizzare

la nostra attenzione sull'aborto farmacologico nella fase pandemica ci sembra particolarmente interessante, dal momento che la procedura è storicamente emersa all'esterno del settore formalizzato dell'assistenza sanitaria abortiva, ovvero in luoghi e in presenza di attori non legati all'ambiente ospedaliero o clinico, e che il suo uso in un regime di telemedicina o di somministrazione autogestita dei farmaci si è consolidato inizialmente al di fuori del contesto formale dell'assistenza sanitaria. Vogliamo qui indagare se e come tale metodo abortivo sia stato formalmente facilitato, implementato o ostacolato, secondo un regime di supporto da remoto e/o di autogestione o in presenza, proprio in un periodo in cui la struttura sanitaria ospedaliera è stata messa a dura prova dalla pandemia.

A tale scopo ci dedichiamo all'esame di tre diverse realtà nazionali: quella inglese, quella brasiliana e quella italiana, prendendo in considerazione il periodo pre pandemico e quello decorso da marzo 2020 a giugno 2021. Di queste esperienze nazionali vogliamo mettere in luce come nel periodo pandemico si siano generati o consolidati processi discorsivi e pratici di medicalizzazione e/o demedicalizzazione (HALFMANN 2012) dell'aborto dentro o fuori dai confini istituzionali e come una mobilitazione a favore o meno dell'aborto farmacologico abbia rappresentato l'uno o l'altro fenomeno. Vogliamo analizzare le narrazioni e i significati che hanno supportato tali processi ed esplorare come la situazione pregressa alla pandemia abbia agevolato o ostacolato determinati interventi da parte dei diversi attori presi in esame. Attraverso quest'esame comparativo, vogliamo studiare, in ultima analisi, in che modo lo Stato, che durante la pandemia si è reso protagonista di interventi socio-sanitari importanti per la gestione dell'infezione, sia stato più o meno coinvolto nel dibattito sollevato dai movimenti *pro-choice* sul tema dell'aborto farmacologico, quale ruolo sia stato giocato al suo interno dalle società medico-scientifiche dei professionisti della salute, e quali spazi si siano negoziati per una nuova configurazione dell'accesso all'aborto.

Per prima cosa analizzeremo il caso del Regno Unito, dove l'aborto farmacologico gestito in regime di telemedicina è stato introdotto a livello istituzionale proprio all'inizio della pandemia attraverso una modifica nell'interpretazione della legge ed una pronta riorganizzazione dei servizi abortivi. Mostriamo come questo cambiamento, apparso come tempestivo, sia stato generato dalla convergenza di lunga data tra le richieste dei movimenti *pro-choice* e le posizioni delle società scientifiche e *provider* nazionali, che da tempo erano allineati nella sua promozione. Ci sposteremo poi in Brasile, dove invece le restrizioni relative all'accesso all'aborto non

sono state rese meno severe nel periodo della pandemia. In questo contesto mostreremo come i movimenti femministi si siano dedicati a garantire, per quanto possibile, l'accesso sia ai servizi sia all'aborto attraverso l'assunzione illegale di farmaci. Concluderemo con l'esperienza italiana, sottolineando come un approccio esitante, e inegualmente distribuito sul territorio nazionale, alla procedura farmacologica nel contesto dei servizi abortivi in periodo pre-pandemico ed una certa immobilità del governo a riguardo abbiano portato le società medico-scientifiche in campo ginecologico ad allinearsi con i movimenti nazionali nella richiesta pubblica di una modifica dei protocolli in favore di un regime che privilegiasse la demedicalizzazione dei luoghi e modi preposti all'evento abortivo.

### *Antropologia dell'aborto*

L'impostazione di regole che istituiscono una specifica definizione di aborto e lo inseriscono all'interno di un sistema di norme sia giuridiche sia socio-culturali sono oggetto di accurata riflessione critica da parte di studiose impegnate nell'analisi giuridica femminista (CARUSO 2020; ENRIGHT, McNEILLY, DE LONDRAS 2020; FLETCHER 2018; KRAJEWSKA 2021; SHELDON 1997).

Nel loro celebre intervento *The Politics of Reproduction* Faye Ginsburg e Rayna Rapp (1991) hanno osservato per la prima volta come il fenomeno biologico di riproduzione dei corpi sia strettamente intrecciato con quello della riproduzione sociale. In questa prospettiva, hanno sottolineato come le sfide e i dibattiti socio-politici legati al processo riproduttivo siano da considerarsi come conflitti e riflessioni riguardo alla riproduzione delle comunità e al futuro politico e socio-culturale delle stesse. Proponendo questo nuovo approccio teorico, le studiose hanno di fatto aperto la strada ad un fiorire di studi che hanno situato l'analisi dei processi riproduttivi all'interno di un più ampio campo di ricerca che analizza le norme di genere, la nozione di persona e le relazioni di potere basate sulla normazione dei corpi riproduttivi, in base a specifiche definizioni localizzate di moralità, normalità e modernità. Un numero sempre crescente di studiose si è dedicato all'analisi del fenomeno dell'aborto in contesti socio-culturali molto diversi, definendo quello che oggi si configura come un vero e proprio corpus di studi che chiamiamo di antropologia dell'aborto.

L'antropologia dell'aborto guarda a fenomeni di intersezione e combinazione di tecniche, retoriche, esperienze, strumenti, valori e conoscenze a

livello globale e locale. Lo sguardo si focalizza sulle esperienze incorporate delle persone gestanti, sulle relazioni di potere che caratterizzano la disponibilità, la reperibilità o l'assenza di strumenti, competenze, materiali e assistenza relativi alla pratica di interruzione di una gravidanza. Indaga i significati attribuiti alla gravidanza e alla sua interruzione da parte dei soggetti coinvolti (MATTALUCCI 2018; HAN *et al.* 2017; RAPP 1999) e quali concetti ed emozioni, anche di matrice religiosa, si leghino a queste definizioni, da una parte, e alle pratiche attraverso cui queste si realizzano, dall'altra (MATTALUCCI 2018; WHITTAKER 2010). Adottando questo punto di vista epistemologico, diverse studiose si sono dedicate all'analisi della regolamentazione della pratica dell'aborto con le relative definizioni, restrizioni e punizioni (BLYSTAD *et al.* 2019; SINGER 2016; WHITTAKER 2010), dell'organizzazione più o meno formale dei servizi e delle pratiche di assistenza (CAPELLI 2019; DE ZORDO 2018; GINSBURG 1989; MAFFI 2020; MISHTAL 2015; QUAGLIARIELLO 2018), delle reti e movimenti che si oppongono alla disponibilità di servizi abortivi (AVANZA 2020; MATTALUCCI 2012), di retoriche e pratiche da parte dei soggetti coinvolti (KASSTAN, UNNITHAN 2020; PATEL 2007; PUREWAL 2010) e dei movimenti sociali (DE ZORDO, MISTHAL, ANTON 2017; MATTALUCCI, MISHTAL, DE ZORDO 2018), e dell'emersione di reti e pratiche resistenti alla norma (BARBOSA, ARILHA 1993; DE ZORDO *et al.* 2021; MISHTAL 2015; ZANINI *et al.* 2021). Questi lavori ragionano, più in generale, sulla percezione dei corpi, dei saperi e dei ruoli sociali che ciascun soggetto pratica o respinge, delle relazioni di potere e di genere in atto, e di come la riproduzione dei corpi in un determinato contesto sia terreno di dibattito e di controllo rispetto alla riproduzione sociale.

Assumendo questa prospettiva, il presente saggio si propone di individuare nella pandemia di Covid-19 un caso di studio attraverso il quale indagare in che modo una crisi dei sistemi sanitari nazionali abbia creato le condizioni affinché un dibattito sulla gestione dei corpi e delle loro funzioni riproduttive emergesse e si risolvesse in maniera diversa in contesti nazionali differenti. La pandemia di Covid-19, caratterizzata da un alto tasso di infezioni, da una pressione improvvisa sui servizi di emergenza sanitaria e dall'introduzione di misure drastiche di repressione e rallentamento della diffusione del virus, ha mostrato come i diversi sistemi sanitari e le istituzioni nazionali si siano dovuti velocemente adattare alla necessità di offrire assistenza alla salute riproduttiva in modo efficace in un contesto definito emergenziale. Se quella di Covid-19 è da considerarsi, come suggeriscono le colleghe Chiara Moretti e Chiara Quagliariello, che ospitano questo numero monografico, una sindemia, così come invocato anche

da Richard Horton in *The Lancet* nel settembre 2020, allora è necessario guardare alle circostanze che prima e durante la diffusione dell'infezione da Covid-19 hanno caratterizzato le possibilità o le difficoltà di accesso a determinati servizi di salute e di espressione della giustizia sociale, tra i quali l'aborto. In questo saggio useremo il termine "aborto" per indicare l'interruzione di una gravidanza attraverso delle pratiche volte a questo scopo. Mentre il termine italiano aborto può includere diverse situazioni, come quello di un'interruzione della gravidanza non intenzionale o quella di un'interruzione giustificata da certificate malformazioni fetali, non intendiamo entrare, in questa sede, nell'analisi specifica di queste altre circostanze né della terminologia che le distingue dalla pratica in esame. Allo stesso modo, non vogliamo qualificare il fenomeno al centro di questo saggio come aborto volontario, poiché la sola volontà di interrompere una gravidanza non è sufficiente a coprire la diversità di esperienze che caratterizzano le persone che agiscono al fine di interrompere la propria gravidanza (CHAE *et al.* 2017).

### *Politiche sanitarie riproduttive, medicalizzazione e demedicalizzazione*

Per questo saggio, proponiamo un approccio ispirato all'antropologia delle politiche (*anthropology of policy*), che emerge da una concettualizzazione delle politiche come luogo di produzione e riproduzione culturale, grazie alla loro capacità di essere informate da significati, norme e identità e di generarne a loro volta (TATE 2020). Per politiche si intende «le forme simboliche e le pratiche istituzionali attraverso cui governi locali, agenzie internazionali, organizzazioni pubbliche e del Terzo settore strutturano e naturalizzano precisi modi di pensare e di agire, classificano i soggetti [...], e codificano norme sociali che plasmano diverse sfere della vita individuale e collettiva» (TARABUSI, ZINN 2023). Le politiche, anche quelle sanitarie, interpretate come il risultato di continue interazioni tra attori sociali diversi, permettono di analizzare le relazioni di potere che si creano tra questi in determinati momenti storici e i concetti e le narrazioni che vengono mobilitati allo scopo di occupare lo spazio politico e determinarne la normalizzazione di pratiche specifiche (TATE 2020).

Seguendo quest'approccio, per la stesura di questo saggio ci basiamo principalmente sull'analisi di documentazione legale, comunicati stampa, comunicazioni ufficiali, siti internet di istituzioni, *abortion providers* e movimenti

sociali a sostegno dell'accesso all'interruzione di gravidanza in Gran Bretagna, Brasile e Italia nel periodo preso in esame. Di fronte alle numerose difficoltà di condurre un lavoro di campo, fatto di frequentazione assidua di attori e luoghi sociali, dovute alle restrizioni legali e socio-sanitarie implementate durante la pandemia, ci è sembrato importante non abbandonare l'opportunità di analizzare i termini del confronto che si è creato in questo periodo nell'ambito della salute riproduttiva e come questo sia risultato o meno nell'emanazione di politiche sanitarie specifiche. Abbiamo voluto, in questa sede, esaminare quali significati si sono dati ad attori, pratiche e narrazioni riproduttive all'interno di interventi pubblici, da parte di diversi soggetti. Come premesso, abbiamo voluto focalizzare la nostra attenzione sulla pratica di aborto farmacologico e sull'offerta sanitaria di questa pratica in ambito ospedaliero, ambulatoriale, in telemedicina o di autogestione. Recenti studi sono concordi nell'affermare come questa pratica abbia il potenziale di rendere porosi i confini tra sicurezza per la salute e medicalizzazione dell'aborto (BERCU *et al.* 2022; MOSESON *et al.* 2022), data la versatilità di attori e luoghi potenzialmente coinvolti e i bassi rischi per la salute ad essa associati (vedi paragrafo sull'aborto farmacologico per maggiori dettagli).

L'analisi dei fenomeni di medicalizzazione di determinate esperienze di salute e di vita, incluse quelle riproduttive, è stata oggetto di innumerevoli studi socio-antropologici a partire dall'inizio degli anni Settanta. In un tentativo di caratterizzare questo processo, Conrad ha sottolineato come esso derivi da un processo socioculturale di definizione in termini medici di un determinato problema e delle sue possibili soluzioni, che può coinvolgere o meno il personale medico (CONRAD 1992). Più tardi, numerosi studiosi si sono dedicati all'analisi del fenomeno della de-medicalizzazione di alcune circostanze, problemi o pratiche, intendendolo come l'inverso del processo sopra descritto. Alcuni hanno invece focalizzato l'attenzione su come nessuno di questi due fenomeni fosse presente o assente ma come questi fossero piuttosto da ritenersi parte di un'unica dinamica che si esplicita attraverso momenti di medicalizzazione e de-medicalizzazione in riferimento ad aspetti specifici del processo analizzato (HALFMANN 2012). La salute riproduttiva si presta all'osservazione di questo andamento in maniera particolarmente appropriata, giacché, a partire dagli anni Sessanta, la sua gestione è stata trasferita in maniera massiccia dalla dimensione privata o a carico di gruppi di mutuo aiuto o di assistenti informali e comunitarie alle competenze del personale medico, soprattutto in contesti cosiddetti Occidentali (DAVIS-FLOYD 1992; DUDEN 1993; FREIDENFELDS 2020; HALFMANN 2012; QUAGLIARIELLO 2021).

L'assistenza in gravidanza e durante il parto ha visto, sempre a partire dagli anni 60, lo sviluppo e il crescente utilizzo di tecnologie di diagnosi fetale, l'incremento degli interventi clinici durante il travaglio e parto, lo spostamento quasi completo del processo di cura alla struttura ospedaliera, e la progressiva sostituzione di figure di supporto formatesi nel seno della comunità, come le levatrici, con personale qualificatosi nell'ambito di istituzioni universitarie o parauniversitarie (medici e ostetriche) (DAVIS-FLOYD 1992; QUAGLIARIELLO 2021). Questi eventi hanno accompagnato la diffusione di una nuova percezione dell'esperienza riproduttiva come richiosa per la donna e/o per il feto o neonato (LANE 2008), e quindi l'incremento massiccio di processi clinici e tecnologici di monitoraggio e controllo della sfera riproduttiva femminile (DUDEN 1994). Nel frattempo si è affermato un processo progressivo di rivendicazione di autonomia durante la gravidanza e il parto, soprattutto da parte della classe media, che ha portato al progressivo aumento della ricerca di esperienze di parto cosiddette alternative a quella altamente medicalizzata (QUAGLIARIELLO 2017; ZADOROZNYJ 1999), a riprova del fatto che i due processi di medicalizzazione e demedicalizzazione rappresentano uno spettro ampio di approccio alla salute riproduttiva, dentro il quale discorsi, organizzazioni e attori si muovono in contemporanea rivendicando spazi di potere ed azione.

La storia dell'aborto, inteso come interruzione intenzionale della gravidanza, non è estranea a questa stessa dinamica. Nella maggior parte dei paesi europei, l'aborto è stato reso legale durante gli anni Sessanta e Settanta attraverso la delega al personale medico non solo del processo clinico, ma anche del ruolo di garanti dell'idoneità delle interessate ad accedere al trattamento, sia in termini clinici che sociali. In alcuni casi, come quello del Regno Unito e dell'Italia che descriveremo più sotto, il massiccio coinvolgimento del personale medico a scrutinio delle circostanze ideali e legali per l'ottenimento dell'assistenza all'aborto ha portato alcune studiose ad osservare come tutte le interruzioni siano di fatto qualificate come "terapeutiche" (CARUSO 2020; SHELDON 1997).

Nel frattempo, come osservato nella sezione sull'aborto farmacologico, e come mostreremo nella sezione sul Brasile, non sono mancati esempi contemporanei di gestione della pratica abortiva al di fuori della sfera istituzionale e medica, specialmente da parte di soggetti immersi in realtà in cui l'accesso legale all'aborto veniva o viene ostacolato.



### *L'aborto farmacologico*

Per aborto farmacologico si intende l'interruzione di una gravidanza attraverso l'assunzione di uno o due farmaci, il mifepristone (ormone steroideo anti-progestinico) e il misoprostolo (prostaglandina). La combinazione dei due farmaci è considerata il metodo più efficace per interrompere una gravidanza (OMS 2022), con una percentuale di successo del 95% dei casi (RAYMOND, HARRISON, WEAVER 2019). In caso di mancanza di disponibilità di mifepristone, il solo misoprostolo, se assunto in dose più elevata e utilizzato entro la dodicesima settimana di gravidanza, raggiunge un'efficacia abortiva dell'85% dei casi (MORENO-RUIZ *et al.* 2007). Le ultime linee guida dell'OMS, indicano esplicitamente che questi farmaci possono essere autosomministrati (OMS 2022).

I due farmaci hanno una storia molto diversa. Il mifepristone, sviluppato in un laboratorio francese negli anni Settanta, è stato commercializzato dal 1978 con lo scopo principale di inibire lo sviluppo embrionale e oggi continua ad essere di difficile reperibilità al di fuori delle strutture ospedaliere o degli ambulatori medici dedicati alla gravidanza (ZAMBERLIN *et al.* 2012).

Il misoprostolo invece è stato inizialmente prodotto e commercializzato per il trattamento e la prevenzione delle ulcere gastroduodenali. Alla fine degli anni Ottanta la potenzialità abortiva del farmaco (basata sulla capacità del principio attivo di provocare delle contrazioni uterine) è stata riconosciuta per la prima volta in Brasile, dove l'aborto era e continua ad essere severamente vietato in quasi tutte le circostanze. Data la sua efficacia, con il tempo il misoprostolo è stato adottato in maniera informale prima dalle donne, e poi dal personale sanitario, anche in molti altri paesi del mondo dove l'interruzione della gravidanza è illegale (BARBOSA, ARILHA 1993; COÊLHO, TEIXEIRA *et al.* 1994).

A partire dalla fine degli anni Ottanta l'utilizzo combinato di mifepristone e misoprostolo è entrato nei protocolli standard dei servizi abortivi in molti contesti in cui l'aborto è legale – i primi Paesi ad introdurre legalmente l'aborto farmacologico sono stati Francia e Cina nel 1988, il Regno Unito nel 1991 e la Svezia nel 1992 (JONES, HENSHAW 2002).

Nel 2012 l'OMS ha dichiarato l'utilizzo dei farmaci un metodo sicuro, mentre nel 2015 li ha inseriti nella lista dei medicinali essenziali. Nel frattempo, questi farmaci (soprattutto il misoprostolo, di più facile reperibilità) sono stati protagonisti di numerose campagne e iniziative da parte di gruppi femministi in diverse parti del mondo, che li hanno utilizzati per garantire

accesso all'aborto in situazioni di locale illegalità. È proprio nell'ambito di alcune di queste iniziative che si sono sviluppati protocolli di somministrazione e gestione dell'evento abortivo che nel corso del tempo sono stati confermati dall'OMS. Tra questi ci sono l'aborto in telemedicina e autogestito.

Dal 2005 è attiva la piattaforma internazionale *Women on Web* (WoW), che offre assistenza all'aborto in telemedicina, condividendo protocolli e linee guida, supporto in chat online e inviando farmaci laddove possibile. Da allora numerose altri gruppi si sono impegnati nel sostegno all'aborto farmacologico da remoto, impiegando strategie analoghe, mettendo a disposizione linee telefoniche di supporto e producendo materiale utile all'auto-somministrazione dei farmaci, anche in situazioni di illegalità dell'aborto. Il *Colectivo Salud de la Mujeres*<sup>2</sup> in Ecuador e il collettivo *Lesbianas y Feministas* e la rete *Socorristas en Red* presenti in Argentina, sono tra questi. Linee telefoniche e manuali di supporto all'aborto autogestito sono stati replicati in numerosi altri Paesi dell'America Latina, come Cile, Repubblica Dominicana, Messico, Uruguay, Honduras, Venezuela e Perù (BRIGO, SOUZA 2022).

La metodologia farmacologica non è la prima ad essere utilizzata in sicurezza da collettivi femministi per assistere l'aborto in situazioni di illegalità<sup>3</sup>, ma certamente rappresenta, nell'epoca contemporanea, lo strumento attraverso il quale il processo abortivo sta subendo, in alcuni contesti, una traiettoria di riappropriazione di conoscenze, esperienze, narrative e condivisione da parte delle persone gestanti. Forti delle esperienze di autogestione della pratica abortiva all'inizio della diffusione del misoprostolo, le articolazioni femministe latino americane, soprattutto argentine, hanno agito negli ultimi anni, su due fronti: da un lato, presentando vari progetti di legge per legalizzare l'aborto; dall'altro, creando reti di accompagnamento all'interruzione di gravidanza. Secondo i dati resi pubblici dalle *Socorristas en Red* (2020), queste hanno monitorato, tra gennaio e ottobre 2020, 13.408 aborti autogestiti (attraverso l'utilizzo dei farmaci). Delle donne accompagnate durante la procedura, nove su dieci non hanno avuto bisogno di accedere ai servizi sanitari dopo l'aborto.

I dati raccolti da questi gruppi vengono utilizzati e diffusi al triplice scopo di dimostrare come la pratica abortiva sia normalizzata tra le persone potenzialmente gestanti, di fare pressione per il riconoscimento legale dell'aborto e di produrre evidenze scientifiche sulla sicurezza dei protocolli abortivi adottati in questi contesti. In effetti, le pubblicazioni scientifiche realizzate sulla base dell'operato di tali gruppi hanno portato l'OMS a isti-

tuzionalizzare l'aborto farmacologico come pratica sanitaria sicura e raccomandata, incluso al di fuori del contesto ospedaliero o ambulatoriale (OMS 2022) con l'assistenza di personale non-medico se adeguatamente formato. Ciononostante, nei contesti nazionali in cui viene utilizzata in maniera legale formale, la pratica di aborto farmacologico continua ad essere affidata esclusivamente al personale medico (principalmente medici in ostetricia e ginecologia) e, in rari casi, ad altri operatori, come il personale ostetrico.

Anche chi vive in paesi dove l'aborto è legalizzato, incluso in Europa, richiede il supporto delle organizzazioni internazionali di supporto all'aborto autogestito (AIKEN *et al.* 2018; BRANDELL *et al.* 2021), a dimostrazione che l'accesso all'interruzione di gravidanza in una struttura sanitaria può essere reso difficile da una serie di barriere, tra cui, per esempio, la difficoltà di organizzarsi con il lavoro o i figli, la distanza dei servizi rispetto alla residenza, la disponibilità limitata di appuntamenti, ed eventuali costi (AIKEN *et al.* 2018). Inoltre spesso le donne hanno paura dei giudizi del personale sanitario oppure preferiscono preservare la loro privacy o vivono in situazioni di abuso domestico o di lavoro di cura particolarmente intenso, cosa che rende la visita alla struttura sanitaria particolarmente problematica (AIKEN *et al.* 2018). Diversi studi (BARBOSA, ARILHA 1993; DROVETTA 2016; AIKEN *et al.* 2018) dimostrano anche come la disponibilità di assistenza all'aborto limitato alle strutture sanitarie possa ostacolare un accesso tempestivo al servizio, proprio per la natura dell'organizzazione dei servizi e la delega al personale e alla struttura sanitaria della supervisione del processo abortivo.

### *Gran Bretagna*

Nel Regno Unito, l'aborto è regolato da diverse fonti nei diversi stati. L'*Abortion Act*, introdotto nel 1967 e valido in Gran Bretagna (Inghilterra, Galles e Scozia), non ne cancella la natura di reato in assoluto, ma dispone delle eccezioni entro le quali la legalità dell'intervento è stabilita a condizione che questo venga realizzato nei luoghi e secondo i modi previsti dalla legge (SHELDON, WELLINGS 2020). L'Irlanda del Nord costituisce un caso a parte. Qui l'aborto è stato legalizzato secondo dei criteri diversi da quelli previsti dall'*Abortion Act* solo dopo che il governo del Regno Unito è subentrato a quello locale nella giurisdizione della procedura nell'ottobre 2019, in seguito all'applicazione di uno specifico articolo di legge che prevedeva

l'entrata in vigore di una serie di misure (tra cui la legalizzazione dell'aborto) nel caso in cui i lavori di governo fossero stati rallentati dalla mancata formazione dell'esecutivo locale.

*L'Abortion Act* ammette l'interruzione di gravidanza entro le prime 24 settimane nel caso in cui esistano situazioni di rischio per la salute fisica o psichica della gestante o di qualsiasi bambino già nato nella sua famiglia. In caso di grave rischio per la vita o la salute della gestante o di grave malformazione fetale, il limite delle 24 settimane decade. La legge prevede che due medici certifichino che le condizioni legali per l'accesso all'interruzione siano soddisfatte.

La situazione della Gran Bretagna è particolarmente interessante nella misura in cui, nonostante la legge non sia cambiata dal 1967, l'interpretazione e le procedure di applicazione della stessa e quindi anche di interruzione della gravidanza, hanno subito modifiche sostanziali nel corso degli anni (SHELDON, WELLINGS 2020), favorendo un rapido cambiamento anche durante le prime settimane di pandemia.

In Gran Bretagna, le prime misure di confinamento casalingo (*lockdown*) sono state introdotte a livello nazionale tra il 23 e il 26 marzo 2020. Tra il 23 e il 24 marzo, un insieme di società medico-scientifiche nel campo della salute riproduttiva, tra cui il *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG), il *Royal College of Midwives* (RCM) e la *British Society of Abortion Care Providers* (BSACP), hanno lanciato, in collaborazione con la *Faculty of Sexual and Reproductive Health* (FSRH), le nuove linee guida per l'assistenza all'aborto in maniera sicura durante la pandemia di Covid-19 (FSRH *et al.* 2020a; RCOG 2020). Con la partecipazione di altri *abortion provider*, hanno anche inviato una lettera rivolta al Ministero della salute con la richiesta di emendare *l'Abortion Act* come misura emergenziale (FSRH *et al.* 2020b). In questi documenti si chiedevano, in particolare: la possibilità, per le persone in gravidanza, di assumere mifepristone e misoprostolo in un luogo di propria elezione, anche nel proprio domicilio, la possibilità di un consulto da remoto, invece che in presenza, prima di ricevere i farmaci, e la possibilità di soprassedere sulla necessità di firma da parte di due medici per accedere alla procedura.

Queste richieste, riprese immediatamente dai movimenti sociali a favore dell'aborto, andavano nella direzione di un approccio meno medicalizzato alla procedura abortiva attraverso il riconoscimento di luoghi e persone nuove da coinvolgere nell'assistenza abortiva. Facendo leva sull'esistenza di protocolli di assistenza elaborati in contesti non-clinici ma validati

attraverso canali istituzionali di salute pubblica, e sulla propria posizione di “esperti” nel campo, questi professionisti della salute, incluse alcune organizzazioni di medici, hanno legittimato agli occhi del governo una gestione dell'aborto in cui il proprio coinvolgimento si modificava, riducendo proprio l'intervento dei medici a favore di altre figure assistenziali.

Quattro giorni più tardi, il 30 marzo 2020, le loro richieste hanno visto parziale accoglimento. Gli *abortion provider* inglesi hanno ottenuto di poter introdurre un protocollo di aborto farmacologico fino a dieci settimane di gravidanza che prevedesse, nella maggior parte dei casi, una consulenza telefonica e l'autosomministrazione di entrambi i farmaci abortivi in ambito domestico o non clinico, dopo averli ricevuti per posta o ritirati personalmente in clinica o farmacia (PORTER ERLANK, LORD, CHURCH 2021). In termini tecnici, la modifica è intervenuta su una nuova interpretazione di quali luoghi fossero adibiti all'espletamento della pratica abortiva. La casa, *home* o “luogo di dimora”, sono stati riconosciuti come luoghi legali in cui espletare la procedura abortiva, dopo l'avvenuta consultazione, anche da remoto, con un'operatrice sanitaria (ostetrica o medica ginecologa) locata in una struttura adibita alla prescrizione di farmaci.

Ciò che interessa nell'ambito dell'analisi che stiamo avanzando, è il riconoscimento, relativamente rapido, in fase pandemica, della sicurezza della dimora per lo svolgimento di una procedura che fino al giorno precedente era considerata un reato penale, se svolta negli stessi termini nello stesso luogo. Al contrario, la richiesta di esentare le pazienti dalla necessità di ottenere due firme da parte di personale medico non è stata assecondata, a dimostrazione del fatto che un intervento formale di riduzione del coinvolgimento di questa categoria di persone nella supervisione dell'evento abortivo è stato considerato eccessivo.

In ogni caso, l'accettazione relativamente rapida della nuova procedura da parte di un governo conservatore come quello inglese, non deriva unicamente dalle domande mosse in periodo pandemico da parte delle società scientifiche, ma, da un lato, affonda le radici in una storia di campagne e battaglie femministe che hanno continuato a mantenere vive le richieste di riforma, e dall'altro, si fonda su una specifica organizzazione strutturale dei servizi.

Nel tempo, campagne molto frequentate e coordinate da parte di gruppi di attiviste e di associazioni femministe, come *Abortion Rights Campaign*, *Doctors for Choice UK*, e *Abortion Support Network*, e sostenute dalle maggiori associazioni di *abortion providers*, come *Bpas* e *Msi Choice UK*, e appoggiate

dalle società scientifiche nazionali di ostetricia e ginecologia (RCOG) e di ostetricia (RCM) hanno portato ad interpretazioni sempre più liberali del contenuto della legge, e all'attuazione di una serie di pratiche di demedicalizzazione dell'evento abortivo che includevano la firma digitale da remoto da parte dei medici di cartelle cliniche compilate dalle sole ostetriche in fase di consulenza con le pazienti. Da qualche anno, era già possibile, per chi lo desiderasse, accedere ad una consulenza telefonica prima di recarsi in clinica per assumere i farmaci. Dal 2017, prima in Scozia e poi in Inghilterra e Galles, si è reso possibile per chi lo volesse assumere il misoprostolo a casa o in un luogo a scelta (protocollo noto col nome *abortion at home*), onde evitare che il farmaco espulsivo facesse effetto durante il viaggio dalla clinica alla propria abitazione, come avveniva spesso con il regime precedente, che richiedeva due visite ad una struttura sanitaria a distanza di 24-48 ore l'una dall'altra. Questi ripetuti interventi nella gestione del servizio, pur nel rispetto dell'Act del 1967, combinato all'organizzazione dei servizi abortivi in generale aveva portato gli aborti farmacologici a costituire il 73% di tutti gli aborti effettuati in Inghilterra e Galles nel 2019 (DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL CARE 2020).

Benché il 90% degli aborti sia finanziato dal servizio sanitario nazionale, quasi il 90% degli aborti effettuati avvengono in cliniche afferenti a quello che chiamano *independent sector* ovvero gestite da organizzazioni no profit, che hanno uno stampo *pro-choice* molto marcato e che lavorano di concerto con le organizzazioni e associazioni femministe *pro-choice*. Questo sistema ha creato le condizioni affinché molti dei medici afferenti all'ordine nazionale dei ginecologi e molte ostetriche fossero favorevoli nel tempo all'introduzione di tecniche all'avanguardia, sempre meno invasive e dispendiose, e a fare pressione, appena iniziata la pandemia, affinché l'offerta di assistenza abortiva fosse modificata nei termini sopra descritti.

La pandemia ha rappresentato, in questo caso, l'occasione per il compimento, almeno parziale, di un passaggio fondamentale di significato della pratica abortiva: da procedura puramente medicalizzata a pratica semi-autogestita, a livello istituzionale nazionale. Questo cambiamento ha nella pratica autorizzato un processo che risulta in teoria ancora rientrare nella categoria del reato, che è quello dell'autogestione del processo abortivo attraverso l'assunzione di farmaci. La sottile linea che separa i due rimane l'autorità medica che è tutt'ora chiamata ad apporre due firme digitali da remoto prima dell'inizio della procedura.

Dal caso della Gran Bretagna possiamo trarre due osservazioni principali in relazione ai temi in esame in questo saggio. Per prima cosa possiamo notare come, in un contesto giuridico in cui la classe medica ha la responsabilità di concedere o meno un accesso legittimo all'interruzione della gravidanza, questa si è trovata, nel tempo, a sperimentare in maniera proattiva, promuovere e implementare un modello di assistenza che privilegi il coinvolgimento di personale non-medico, come infermiere e ostetriche, e a rifiutare, nella sostanza, la posizione di garanti della decisione stessa di interrompere la gravidanza, prevista invece dalla legge (LEE *et al.* 2018). I termini di legge rimangono a favore di una medicalizzazione della procedura per quanto riguarda l'“eccezionale autorità” (JACKSON 2001: 71) attribuita e mantenuta dalla classe medica in relazione all'accesso all'aborto e in relazione alla definizione mantenuta nel tempo dell'aborto come prestazione sanitaria. Contemporaneamente, quello della Gran Bretagna è un esempio di demedicalizzazione per quanto riguarda l'evoluzione delle procedure, dei luoghi e delle attrici coinvolte nell'assistenza all'aborto. In secondo luogo, il caso descritto evidenzia come l'avvento della pandemia e la conseguente necessità di elaborare in maniera tempestiva politiche di gestione dell'infezione e di trattamento sanitario su scala massiccia degli infetti abbia creato le condizioni politiche per trasformare in procedura istituzionale un protocollo fino ad allora utilizzato principalmente in contesti informali e al di fuori di un contesto di legalità, ancorché legittimato da organi internazionali di salute pubblica.

### *Brasile*

In Brasile l'aborto è illegale, salvo in tre casi estremi, cioè rischio di vita per la gestante, gravidanza in seguito a violenza sessuale e anencefalia fetale. Nel periodo che ha preceduto la pandemia, l'accesso alla procedura non era necessariamente garantito neanche nei casi previsti dalla normativa (ANJOS, PESSOA, CORTÊZ 2014). La prestazione veniva eseguita da personale medico specializzato in ginecologia, ma l'elevato indice di obiezione di coscienza all'interno della categoria, generava una mancanza di personale disponibile al punto che alcuni centri autorizzati a praticare l'interruzione di gravidanza non riuscivano a garantire la prestazione (PEREIRA MADEIRO, DINIZ 2016). Inoltre, negli anni si sono verificati numerosi casi in cui il personale sanitario ha denunciato le pazienti sospette di aborto autoprovocato, al punto che molte persone non si rivolgono agli ospedali

neanche in caso di aborto spontaneo proprio per paura di essere denunciate (GUIMARÃES, VERAS 2018).

La criminalizzazione dell'aborto e l'estrema difficoltà di accesso ai percorsi legali si è sovrapposta allo sviluppo di collettivi femministi di accompagnamento, che aiutano le persone gravide ad abortire attraverso l'assunzione di misoprostolo, e, se reperibile, mifepristone, in situazione di illegalità. Grazie al lavoro di questi collettivi, il numero di decessi in seguito ad aborto illegale e insicuro è drasticamente diminuito negli anni (DROVETTA 2016). A differenza di ciò che accade in altre realtà latinoamericane, le reti brasiliane di accompagnamento all'aborto operano in un contesto particolarmente ostile. Il lavoro che fanno è considerato un reato e l'approvvigionamento di farmaci abortivi risulta particolarmente ostico all'interno del territorio brasiliano. L'utilizzo del misoprostolo al di fuori del contesto clinico, una pratica diffusa nel paese dalla fine degli anni Ottanta, è stato condannato al punto che dal 1998 il farmaco non è più disponibile nelle farmacie del paese e la sua distribuzione è rigorosamente controllata. Attualmente chi commercializza o distribuisce il misoprostolo all'esterno delle strutture sanitarie rischia una pena di 15 anni di carcere.

In questo contesto, il lavoro dei collettivi si concentra sull'aiutare le persone gravide ad accedere ai farmaci e ad usarli correttamente. A questo scopo, le accompagnanti<sup>4</sup> si formano seguendo le linee guida dell'OMS e apprendendo le pratiche di altri collettivi. Le donne riescono ad entrare in contatto con le accompagnanti soprattutto tramite contatti personali o tramite reti di accompagnamento che hanno una presenza pubblica più marcata, come quelle argentine, le quali, grazie alla loro visibilità internazionale, ricevono richieste anche da altri paesi, come il Brasile. Le accompagnanti offrono informazioni e sostegno prima, durante e dopo l'esperienza abortiva in cambio di un contributo volontario, generalmente impiegato nell'acquisto dei farmaci o per supportare assistenza sanitaria privata (per esempio visite ecografiche) a chi ne abbia bisogno (BRIGO, SOUZA 2022).

La pandemia di Covid-19 ha messo in evidenza come, in questo panorama di difficoltà strutturale d'accesso ai servizi abortivi e di ostilità politica e istituzionale, l'attività di accompagnamento abortivo da parte di collettivi attivisti abbia costituito un supporto particolarmente prezioso per chi avesse necessità di interrompere la gravidanza.

Poco dopo che la pandemia aveva preso piede in Cina e in Europa, nel marzo 2020 il Brasile registrava il suo primo caso di SARS-CoV-2. Il presidente Bolsonaro, agguerrito oppositore dell'aborto, non ha mai condiviso



la posizione dell'Oms sull'essenzialità di mantenere accessibili i servizi di salute sessuale e riproduttiva durante la pandemia, al contrario di quanto avvenuto in altri paesi latinoamericani. Il Ministro della Salute, in alcune note tecniche emanate per la gestione dell'infezione, ha limitato l'obbligo di mantenere attiva l'assistenza sanitaria solamente alla gravidanza e al puerperio, escludendo la contraccezione e l'aborto. In seguito a queste politiche, nel pieno della pandemia, alcune persone vittime di violenza sessuale si sono viste rifiutare l'accesso all'aborto nelle loro città di residenza, nonostante questa fattispecie fosse prevista dalla legge in vigore. Al contrario, nell'agosto 2020 lo stesso ministero ha pubblicato un decreto che rendeva obbligatoria la denuncia alla polizia da parte del personale medico nel caso di aborto per violenza sessuale (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2022), una politica che scoraggia le donne a richiedere la procedura (EVANS *et al.* 2023).

Solamente il 55% degli ospedali che normalmente eseguono l'aborto nell'intero paese (76 complessivamente) ha mantenuto il servizio durante la pandemia, secondo un sondaggio della *Mapa do Aborto Legal*, delle riviste *Articolo 19*, *Revista AzMina* e *Gênero e Número* (vedi <https://mapaabortolegal.org/>). Tra questi, l'ospedale Pérola Byington di São Paulo, aveva, come altri, sospeso il servizio all'inizio della pandemia, ma, grazie alla mobilitazione dei movimenti e all'intervento dell'Ufficio dei Difensori Pubblici e dell'Ufficio del Pubblico Ministero dello Stato di San Paolo, ha riaperto dopo poco solo alle prestazioni in presenza (BERTHO 2020).

Da agosto 2020 nello Stato di Minas Gerais è stato attivato l'unico servizio legale di aborto farmacologico in telemedicina del paese, all'interno del nucleo di assistenza alle vittime di violenza sessuale (Nuavidas) dell'ospedale dell'Università Federale di Uberlandia (AA.VV. 2021; BRANDALISE 2021). Questo servizio ha ricevuto diversi attacchi da parte dei movimenti conservatori, non ha ricevuto l'approvazione del Consiglio Federale di Medicina e dalla direzione della Febrasgo (Federazione Brasiliana delle Associazioni di Ginecologia e Ostetricia). L'implementazione del servizio è costato alla dottoressa Paro, che ne è la responsabile, una investigazione da parte del Comitato Etico del Consiglio Federale di Medicina dello Stato di Minas Gerais, in seguito alla quale lui rischia di perdere l'abilitazione professionale (PROVEZAN 2023).

Mentre l'accesso legale ai servizi abortivi è stato agevolato dalle politiche sanitarie federali e nazionali, i collettivi che operavano nell'illegalità si sono trovati a gestire la richiesta di accompagnamento in un contesto di

crescenti difficoltà di circolazione, di diffusione dell'infezione e di isolamento internazionale (GATTO BOUERI 2020). In questo periodo sono emerse criticità specialmente in relazione alla reperibilità dei farmaci e alla quasi impossibilità di incontrare fisicamente le persone accompagnate per la consegna degli stessi (PLANNING COMMITTEE 2022). Questa situazione ha esposto le persone coinvolte ad un rischio maggiore di essere intercettate dalla polizia postale che, negli ultimi anni, ha aumentato i controlli (BRIGO, SOUZA 2022). Nonostante le difficoltà, queste reti hanno continuato ad agire durante la pandemia.

Il Brasile è stato protagonista di un massiccio processo di demedicalizzazione dell'esperienza abortiva sia in termini spaziali che sociali. L'utilizzo dei farmaci al di fuori del contesto clinico, il supporto da remoto, la nascita di reti di accompagnamento e l'autogestione della procedura abortiva da parte delle persone gestanti hanno portato alla trasformazione dell'ambiente domestico in un luogo idoneo e desiderabile per interrompere una gravidanza, mentre la vicinanza di personale non-medico si è rivelata, in questo contesto, una risorsa cognitiva ed emotiva importante. Nonostante ciò, la pandemia di Covid-19 ha evidenziato ulteriormente come la criminalizzazione della pratica, la mancanza di interventi a sostegno di un accesso più agevole ai servizi formali, e l'introduzione dell'obbligo per il personale sanitario di denuncia nei casi di violenza sessuale abbiano reso particolarmente precario non solo l'accesso all'aborto ma anche l'operato di chi ha cercato di garantire assistenza.

### *Italia*

In Italia, l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG) è regolata dalla legge 194 del 22 maggio 1978. Secondo questa legge, l'accesso all'interruzione di gravidanza, è subordinato alla certificazione medica della gravidanza e della necessità di aborto, e, in particolare, alla certificazione del «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» (Legge 194/1978, Art. 4)<sup>5</sup>.

La legge prevede dunque un ruolo centrale della figura del medico non solo nella gestione della procedura, ma anche nel determinare l'accesso al servizio tramite suddetta certificazione. La stessa legge introduce inoltre un periodo di 7 giorni, durante i quali la gestante è invitata a soprassedere

sulla propria decisione, prima di ripresentarsi per l'intervento. Anche in questo caso, è del medico certificante il potere di annullare questo periodo obbligatorio di attesa, attraverso una dichiarazione d'urgenza della procedura.

La legge, inoltre, riconosce il diritto all'obiezione di coscienza, tutelando il ginecologo nella scelta di non effettuare questo tipo di pratica clinica, per motivazioni di ordine etico e morale. L'interpretazione della legge estende questa possibilità ad altre figure professionali coinvolte nell'assistenza abortiva, al punto che nel periodo precedente alla pandemia il tasso di obiezione di coscienza sul territorio nazionale era del 67,0% per i ginecologi, del 43,5% per gli anestesisti e del 37,6% per il personale non medico, secondo dati ministeriali del 2019 (MINISTERO DELLA SALUTE 2021). Il Ministero osservava come questi fossero «valori in leggera diminuzione rispetto a quelli riportati per il 2018 e che presentano ampie variazioni regionali per tutte e tre le categorie» (*ivi*: 7).

La carenza di medici disposti a fornire il servizio dell'interruzione della gravidanza implica, in generale, una carenza di servizi su tutto il territorio nazionale e rende spesso complesso riuscire a trovare servizi disponibili all'interno delle limitazioni temporali all'accesso previste dalla legge (DE ZORDO 2016; LALLI 2011; LALLI, MONTEGIOVE 2022).

A questo si aggiungono altre criticità, tra cui: lunghi periodi di attesa prima di ottenere l'appuntamento per il ricovero, la necessità di doversi recare nelle strutture preposte alla gestione di questo servizio più di una volta (da un minimo di 2 a una media di 3 diverse visite prima dell'intervento), difficoltà e complicazioni nel reperire il certificato medico che attesti la presenza di una gravidanza e la volontà della donna ad interromperla (CAPELLI, MARTINO 2020).

L'insorgenza della pandemia di Covid-19, che ha colpito l'Italia in maniera particolarmente pesante a partire dal febbraio 2020, ha generato la necessità di una riorganizzazione massiccia dei servizi sanitari, inclusi quelli di salute sessuale e riproduttiva (ZANINI, QUAGLIARIELLO 2023). Il 9 marzo 2020, il governo ha introdotto delle misure di confinamento (*lockdown*) valide su tutto il territorio nazionale, proibendo la maggior parte degli spostamenti, mentre il servizio sanitario nazionale si è riorganizzato per la gestione del numero crescente degli infetti, cancellando e postponendo visite ed interventi non urgenti o di natura elettiva. In un primo momento il governo non ha emanato alcuna indicazione riguardo all'accesso ai servizi di IVG, tanto che alcuni sono stati trasferiti in altre

strutture o chiusi. Solo il 30 marzo, il Ministero della salute ha inserito l'aborto tra i servizi non deferibili durante l'emergenza Covid-19, senza però modificare in nessun modo le linee guida allora esistenti in cui si richiedevano ripetute visite a strutture sanitarie, e soprattutto a quelle ospedaliere, per ciascuna fase del trattamento, non facilitando di fatto l'accesso ai servizi, ed esponendo pazienti e operatori sanitari ad ulteriori rischi legati al contagio.

Di fronte a questa situazione, numerosi attori si sono mobilitati per richiedere un cambiamento all'interno delle linee guida ministeriali. Le richieste avanzate si sono concentrate, in particolare, sulla facilitazione all'accesso all'aborto farmacologico nel primo trimestre di gravidanza.

L'aborto farmacologico è accessibile in Italia dal 2009, a seguito dell'immissione in commercio del mifepristone o RU486, con grande ritardo e con grandi restrizioni rispetto ad altri paesi europei. Nel periodo precedente alla pandemia per l'assunzione dei farmaci abortivi era richiesta, in media, una prima visita e due ricoveri in day hospital a distanza di 48h poiché ogni fase del trattamento doveva avvenire sotto controllo medico. L'accesso alla procedura farmacologica era poi stata autorizzata solo entro le prime 7 settimane di gravidanza, nonostante la letteratura clinica internazionale fosse concorde nel promuoverne l'efficacia e la sicurezza fino a 10 settimane. Nonostante ciò, in Italia l'aborto farmacologico continuava ad essere poco utilizzato: solo nel 27,8% delle interruzioni di gravidanza nel 2019. Inoltre, su tutto il territorio nazionale, le strutture in cui era possibile accedere a questa procedura rappresentavano una minoranza, con grandi differenze tra le regioni del Sud e quelle del Centro-Nord (MINISTERO DELLA SALUTE 2021).

Le difficoltà di movimento e i rischi dovuti all'infezione da Covid-19 hanno portato i movimenti femministi *pro-choice* italiani a mettere in discussione i protocolli esistenti e a chiedere attraverso delle iniziative pubbliche, la loro tempestiva modifica. In particolare, si sono avanzate due petizioni (PRO-CHOICE RICA *et al.* 2020; SNOQ 2020) che chiedevano di: promuovere l'accesso all'aborto farmacologico in regime ambulatoriale e in telemedicina, portare il limite della prescrizione farmacologica dalle 7 settimane alle 9 settimane di gravidanza ed eliminare il regime di ricovero previsto dalle linee guida ministeriali del 2010 in materia.

Le società scientifiche nazionali di ostetricia e ginecologia hanno immediatamente fatto proprie queste istanze. In risposta, ad agosto 2020, il Ministero della salute ha emanato nuove linee di indirizzo che prevedono

la possibilità di aborto farmacologico fino 9 settimane, incluso in regime ambulatoriale (ovvero con la possibilità di presa in carica consultoriale) ed eliminano l'obbligo di ricovero su tutto il territorio nazionale.

Nel 2020 gli aborti completati con il metodo farmacologico hanno raggiunto in media il 35,1% del totale degli aborti, ma il numero è aumentato nell'ultimo trimestre dell'anno (42%) rispetto al primo (29,6%). La relazione ministeriale relativa a questo periodo riporta che 24 IVG nella regione Toscana sono state eseguite in regime ambulatoriale (MINISTERO DELLA SALUTE 2022).

Durante il periodo preso in esame, in Italia è risultata evidente la marcata difficoltà politica e istituzionale di modificare la gestione dei servizi al fine di garantire l'interruzione della gravidanza, almeno nel primo trimestre. In particolare, gli interventi istituzionali effettuati non si sono espressi nella direzione di modificare in maniera strutturale la gestione dei servizi medici, e non hanno mai incluso l'espressa possibilità di assistenza in telemedicina né l'assunzione in autonomia di entrambe le pillole abortive al di fuori del contesto ospedaliero, nonostante la chiara presa di posizione delle società scientifiche nazionali a favore della pratica.

La ritenuta centralità di luoghi clinici e di personale medico nella gestione dell'aborto si inserisce in un percorso storico in cui la legalizzazione dell'aborto è passata attraverso una forte medicalizzazione della pratica. Nonostante lo stesso movimento femminista e *pro-choice*, che ha giocato un ruolo centrale nella legalizzazione dell'aborto, fosse partito proprio da un forte coinvolgimento nell'utilizzo di pratiche di auto-gestione del corpo femminile, il portato di questa esperienza si è interrotto e sembra essere quasi scomparso con l'approvazione della Legge 194 (CARUSO 2022).

La pandemia ha rappresentato un'occasione per i movimenti *pro-choice* attuali di revisione dello *status quo* della gestione dell'evento abortivo e di riappropriazione di discorsi e proposte che vanno nella direzione di una maggiore autonomia nell'approccio all'esperienza abortiva. A questo scopo, la richiesta di facilitare l'accesso all'aborto farmacologico attraverso la telemedicina, mutuata da esperienze di altri movimenti internazionali, ha costituito un momento importante di coesione attorno ad una richiesta di demedicalizzazione. Il contesto pandemico ha facilitato, inoltre, l'allineamento tra queste richieste e le istanze portate avanti proprio dalle società scientifiche di ginecologica e ostetricia, che per la prima volta, dalla legalizzazione dell'aborto, si sono espresse ufficialmente e pubblicamente a favore di ampliare la varietà di luoghi atti alla procedura, e soprattutto

hanno legittimato spazi di medicina territoriale, come i consultori, come luoghi idonei all'evento abortivo. La ripresa parziale, da parte del Ministero, di queste richieste va nella direzione di una demedicalizzazione, almeno teorica, dei luoghi dell'aborto, mentre ribadisce la scelta di mantenere invariato il grado di medicalizzazione della pratica per quanto riguarda gli attori responsabili dell'accesso e della gestione del servizio.

### *Conclusioni*

L'aborto farmacologico con supporto da remoto (aborto in telemedicina) o autogestito, rappresenta uno degli esempi di come la pratica abortiva si sia modificata negli ultimi trent'anni. Un insieme di collettivi femministi locali e internazionali hanno espanso le proprie attività di comunicazione, supporto e accompagnamento, elaborando protocolli condivisi di assistenza all'aborto farmacologico al di fuori di contesti clinici formali. Nel frattempo, molto più recentemente, l'aborto in telemedicina è entrato a far parte dell'offerta formale dei servizi abortivi in alcuni contesti nazionali, anche grazie alle politiche introdotte durante la pandemia. Questa dinamica ha visto, da una parte, la progressiva standardizzazione e medicalizzazione di una procedura sviluppatasi e affermata principalmente al di fuori dei sistemi sanitari formali, e dall'altra, una graduale demedicalizzazione del processo per quanto riguarda gli spazi e le attrici e gli attori coinvolti in contesti istituzionali di assistenza abortiva.

L'analisi congiunta del periodo pre pandemico e pandemico nei tre contesti nazionali che abbiamo preso in considerazione ci permette di osservare come la disponibilità e l'utilizzo della metodologia di aborto farmacologico in ciascun contesto sia strettamente legata all'inquadramento giuridico, e agli attori e attrici e agli spazi ritenuti idonei o, al contrario, inadatti all'aborto, in ciascuna circostanza. L'emergenza della pandemia ha messo in discussione quei modelli di assistenza abortiva basati fortemente sul coinvolgimento di personale medico, specialmente in contesto ospedaliero, e sulle ripetute visite al contesto clinico da parte delle pazienti. Alla luce di questo, i movimenti *pro-choice* e le società medico-scientifiche di salute riproduttiva di alcuni contesti nazionali hanno richiesto l'implementazione, a livello formale, proprio di quelle pratiche di aborto farmacologico consolidate e raffinate in contesti di illegalità e poi standardizzate tramite la legittimazione di organismi internazionali di salute pubblica (come l'OMS).

La nostra analisi ha mostrato come queste richieste siano state parzialmente accolte secondo modalità e tempi molto diversi in Gran Bretagna e in Italia, ma come in entrambi i casi, si siano aperti inediti spazi di negoziazione rispetto al significato a livello giuridico e culturale del concetto di spazio idoneo all'aborto. L'introduzione di politiche e linee guida volte all'ammissibilità di luoghi altri rispetto a quello clinico o ospedaliero per l'espletamento della pratica abortiva, ha rappresentato un passo verso il riconoscimento di un'esperienza abortiva meno medicalizzata.

Allo stesso tempo, abbiamo però potuto sottolineare come la transizione verso una modalità di accesso all'aborto caratterizzata da un grado di demedicalizzazione marcato, è stata possibile solo nel contesto della Gran Bretagna, dove movimenti *pro-choice* e femministi avevano condotto numerose campagne in questa direzione nel periodo prepandemico. In questo contesto, infatti, erano già state introdotte negli anni una serie di misure di demedicalizzazione della procedura, come il protocollo *abortion at home*, il coinvolgimento di personale non medico nelle diverse fasi del trattamento, e l'utilizzo della telemedicina per la collezione delle firme dei due medici necessarie all'autorizzazione della procedura. Durante la pandemia, la demedicalizzazione del processo abortivo ha raggiunto in Gran Bretagna livelli inediti per un contesto istituzionale di assistenza, includendo, per esempio la rimozione, in alcuni contesti, dell'ecografia di routine nel caso di aborto farmacologico del primo trimestre.

Nel contesto italiano, invece, nessun intervento istituzionale ha mai incluso la possibilità di assistenza in telemedicina né l'assunzione in totale autonomia delle pillole abortive al di fuori del contesto ospedaliero, a dimostrazione che il rischio pandemico non è risultato sufficiente, agli occhi delle autorità, per implementare una gestione dell'evento abortivo esterna allo spazio sanitario formale (QUAGLIARIELLO, ZANINI 2022). Al contrario, un alto livello di medicalizzazione della pratica abortiva, fortemente basata sul coinvolgimento quasi esclusivo di personale medico in contesti quasi sempre ospedalieri, ha lasciato spazio, durante il periodo emergenziale, solo alla possibilità di estensione della gestione della pratica allo spazio ambulatoriale. In questo contesto, però, la pandemia ha creato le condizioni affinché i movimenti femministi e *pro-choice* trovassero dei nuovi ambiti di rivendicazione per l'accesso ai diritti sessuali e riproduttivi, creando rinnovate alleanze con le società medico-scientifiche locali.

La comparazione di queste due realtà nazionali con quella brasiliana, ha messo in luce come la forte demedicalizzazione dell'aborto, sviluppatasi in

risposta alla situazione di illegalità vigente nel paese da molti anni, abbia preparato i collettivi ad un'assistenza continua anche durante il periodo pandemico. Anche in questo contesto, la pandemia ha provocato una forte mobilitazione per garantire l'accesso all'aborto, che però si è concentrata principalmente sulla richiesta di tenere aperti i pochi servizi già esistenti, sul garantire l'accompagnamento e l'accesso ai farmaci in regime di illegalità e sull'introduzione della telemedicina in un caso isolato.

In conclusione, l'analisi comparativa ha messo in luce come l'emergenza pandemica abbia creato le condizioni affinché sia i movimenti *pro-choice* internazionali e nazionali, sia le società medico-scientifiche nazionali di salute riproduttiva si confrontassero con le modalità d'accesso all'aborto in maniera propositiva. L'aborto farmacologico e la sua somministrazione in regime di telemedicina o assistenza da remoto è stato uno dei protagonisti delle proposte avanzate in ciascun contesto. L'analisi ha anche sottolineato come tali istanze si basassero sul riconoscimento di nuovi attori e luoghi come idonei all'esperienza in una direzione di demedicalizzazione dell'aborto. Come visto nei diversi contesti, laddove delle modifiche alle politiche pre-pandemiche sono state accolte, queste si sono concentrate principalmente sull'ammissione di spazi inediti per la gestione della procedura abortiva, lasciando invariati gli attori ritenuti responsabili e garanti della legittimità della pratica. In nessuno dei contesti analizzati si è concessa alcuna deroga al principio di "eccezionale autorità" (JACKSON 2001: 71) di cui è rivestito il personale medico, seppur in maniera diversa, nei contesti inglesi e italiano di aborto legalizzato. Il confronto con il Brasile è servito a sottolineare come, anche in un contesto di difficile accesso all'aborto, gli sforzi dei movimenti e di una parte del personale sanitario si siano concentrati sulla necessità di mantenere un accesso ai farmaci abortivi e di mettere in piedi protocolli di assistenza formali che legittimassero, ancora una volta, spazi domestici e non-clinici come adatti all'esperienza abortiva.

In un momento in cui lo spazio clinico è stato occupato da preoccupazioni e pressioni strutturali dovuti alla rapida diffusione dell'infezione da Covid-19, si sono verificate le condizioni per una diffusa, seppur di grado variabile, demedicalizzazione degli spazi abortivi. Rimane da indagare in che modo le persone gravide, gli operatori, e le accompagnanti abbiano vissuto questa dinamica, durante e dopo il periodo pandemico.



## Note

<sup>(1)</sup> L'idea per questo saggio, le correzioni e la rilettura sono di tutte le autrici. GZ ha scritto l'introduzione e le sezioni "Antropologia dell'aborto" e "Politiche sanitarie riproduttive, medicalizzazione e demedicalizzazione", "Gran Bretagna" e "Conclusioni", AB ha scritto "l'aborto farmacologico" e "Brasile", AM ha scritto "Italia".

<sup>(2)</sup> Per maggiori informazioni su questa prima esperienza di linea telefonica attiva in America Latina, si veda <https://www.womenonwaves.org/es/page/2244/at-the-same-time-in-ecuador> (consultato il 30 maggio 2023).

<sup>(3)</sup> Si veda il metodo Karman utilizzato dai collettivi femministi italiani negli anni Settanta prima della legalizzazione dell'aborto in questo contesto. Ringraziamo Elena Caruso per il suo lavoro e l'ininterrotto scambio di idee su questo tema.

<sup>(4)</sup> Nel testo utilizziamo "accompagnanti" come traduzione dello spagnolo "acompañantes" e del portoghese "acompanhantes". L'introduzione di questo termine nel linguaggio italiano ci permette di identificare in maniera specifica questa figura rispetto ai più generici "accompagnatrici" o "assistenti", esistenti nel vocabolario italiano per qualificare altri soggetti.

<sup>(5)</sup> Dopo il primo trimestre, l'aborto è consentito solo nei casi in cui un medico rilevi e certifichi che la gravidanza costituisce un grave pericolo per la vita della donna o per la sua salute fisica o psichica (ad esempio: a causa di gravi anomalie genetiche e/o di malformazioni dell'embrione o del feto, o a causa di gravi patologie materne come tumori o patologie psichiatriche). Viene definito terapeutico l'aborto praticato oltre il novantesimo giorno di gestazione. La legge 194 non definisce un limite di epoca gestazionale per l'aborto terapeutico ma raccomanda che, nel caso in cui il feto abbia raggiunto uno stadio di sviluppo che ne permette la sopravvivenza al di fuori dell'utero, il medico metta in atto tutti gli interventi per salvaguardarne la vita.

## Bibliografia

Aa.Vv. (2020), *Joint Civil Society Statement: European Governments Must Ensure Safe and Timely Access to Abortion Care During the COVID-19 Pandemic*, <https://www.hrw.org/news/2020/04/08/joint-civil-society-statement-european-governments-must-ensure-safe-and-timely> (consultato il 20 maggio 2022).

Aa.Vv. (2021), *Aborto legal via telessaúde: orientações para serviços de saúde*. LetrasLivres, Brasília.

Abortion Act (1967), *CHAPTER 87. An Act to Amend and Clarify the Law Relating to Termination of Pregnancy by Registered Medical Practitioners*, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87> (consultato il 30 maggio 2023).

AIKEN A.R.A., GUTHRIEC K.A., SCHELLEKENS M., TRUSSELL J., GOMPERT R. (2018), *Barriers to Accessing Abortion Services and Perspectives on Using Mifepristone and Misoprostol at home in Great Britain*, "Contraception", Vol. 97(2): 139-148.

ANJOS A.B., PESSOA G.S., CORTÉZ N. (2014), *Dor em dobro*, "Publica", <https://apublica.org/2014/05/dor-em-dobro-2/> (consultato il 30 maggio 2023).

- AVANZA M. (2020), *Using a Feminist Paradigm (Intersectionality) to Study Conservative Women: The Case of Pro-life Activists in Italy*, "Politics & Gender", Vol. 16(2): 552-580.
- BARBOSA R. M., ARIILHA M. (1993), *A experiência brasileira com o Cytotec*, "Revista Estudos Feministas", Vol. 2: 408-517.
- BERCU C, MOSESON H, McREYNOLDS-PÉREZ J, WILKINSON SALAMEA E, GROSSO B, TRPIN M, ZURBRIGGEN R, CISTERNAS C, MEZA M, DÍAZ V, AND KIMPORT K. (2022), *In-Person Later Abortion Accompaniment: A Feminist Collective-Facilitated Self-Care Practice in Latin America*, "Sexual and Reproductive Health Matters", Vol. 29(3): 2009103.
- BERTHO H. (2020), *Principal hospital de aborto legal de SP interrompe o serviço na crise do coronavírus*, "Revista Azmina" <https://azmina.com.br/reportagens/aborto-legal-sao-paulo-interrompe-servico-crise-coronavirus/> (consultato il 30 maggio 2023).
- BLYSTAD A., HALDIS H., GETNET T., HAALAND M.E.S., SAMBAIGA R., MUMBA ZULU J., MOLLAND M.K. (2019), *The Access Paradox: Abortion Law, Policy and Practice in Ethiopia, Tanzania and Zambia*, "International Journal for Equity in Health", Vol. 18: 1-126.
- BRANDALISE C. (2021), *Médica de MG cria primeiro serviço de aborto legal por telemedicina do país*, in *Universa*, <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2021/04/07/teleaborto.htm> (consultato il 30 maggio 2023).
- BRANDELL H., VANBENSCHOTEN H., PARACHINI M., GOMPERS R., GEMZELL-DANIELSSON K. (2021), *Telemedicine as an Alternative Way to Access Abortion in Italy and Characteristics of Requests During the COVID-19 Pandemic*, "BMJ Sexual & Reproductive Health", Vol. 48: 252-258.
- BRIGO A., SOUZA M.C. DE (2022), *Legalizzazione e depenalizzazione sociale dell'aborto in America Latina: un'analisi comparata tra Brasile e Argentina*, "Nomos", Vol. 2: 1-21.
- CAPELLI I. (2019), *Non-Marital Pregnancies and Unmarried Women's Search for Illegal Abortion in Morocco*, "Health Hum Rights", Vol. 21(2): 33-45.
- CAPELLI I., MARTINO A. (2020), *I tempi dell'interruzione di gravidanza in Italia: legge, servizi ed esperienze*, VIII Convegno Nazionale Società Italiana di Antropologia Applicata (SIAA), *Fare (in) tempo. Cosa dicono gli antropologi sulle società dell'incertezza*, Università di Parma (Italia), conferenza online.
- CARUSO E. (2021), *«It Was Like a Knockout Blow» The Implementation of the Italian Abortion Law 194 and the Collapse of the Feminist Movement (1978-1981)*, Institute for Feminist Legal Studies, Osgoode Law School, University of York, Ontario, Canada.
- CARUSO E. (2020), *The Ambivalence of Law: Some Observations on the Denial of Access to Abortion Services in Italy*, "Feminist Review", Vol. 124(1): 183-191.
- CARUSO E. (2022) *Sull'aborto farmacologico in telemedicina: spunti di riflessione per un dibattito in Italia*, "Annali dell'Istituto storico italo-germanico in Trento - Jahrbuch des italienisch-deutschen historischen Institut in Trient", Vol. 2: 169-188.
- CHAE S., DESAI S., CROWELL M., SEDGH G. (2017), *Reasons Why Women Have Induced Abortions: A Synthesis of Findings From 14 Countries*, "Contraception", Vol. 96(4): 233-241.
- COELHO H. L., TEIXEIRA A. C., DE FÁTIMA CRUZ M., GONZAGA S. L., ARRAIS P. S., LUCHINI L., LA VECCHIA C., TOGNONI G. (1994), *Misoprostol: The experience of women in Fortaleza, Brazil*, "Contraception", Vol. 49(2): 101-110.
- CONRAD P. (1992), *Medicalization and Social Control*, "Annual Review of Sociology", Vol. 18: 209-232.
- DAVIS J.E. (2006), *How Medicalization Lost Its Way*, "Society", Vol. 43(6): 51-56.

- DAVIS-FLOYD R. (1992), *Birth as an American Rite of Passage*, University of California Press, Berkeley.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL CARE (2020), *Abortion Statistics England and Wales: 2019*, [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/891405/abortion-statistics-commentary-2019.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/891405/abortion-statistics-commentary-2019.pdf) (consultato il 25 maggio 2022).
- DE ZORDO S. (2016), *Lo stigma dell'aborto e l'obiezione di coscienza: l'esperienza e le opinioni dei ginecologi in Italia e in Catalogna (Spagna)*, pp. 195-248, in LALLI C. (a cura di), *Aborto: stigma, senso di colpa, silenzio. Si può parlare di aborto?*, "Medicina nei Secoli", Vol. 28.
- DE ZORDO S. (2018), *From Women's "Irresponsibility" to Foetal "Patience"*: *Obstetricians-Gynaecologists' Perspectives on Abortion and Its Stigmatisation in Italy and Cataluña*, "Global Public Health", Vol. 13(6): 711-723.
- DE ZORDO S., ZANINI G., MISHTAL J. et al. (2021), *Gestational Age Limits for Abortion and Cross-Border Reproductive Care in Europe: A Mixed Methods Study*, "BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology", Vol. 128(5): 838-845.
- DE ZORDO S., MISHTAL J., ANTON L. (2017), *A Fragmented Landscape Abortion Governance and Protest Logics in Europe*, Berghahn Books, New York-Oxford.
- DINIZ D., BRITO L., RONDON G. (2022), *Comment Maternal Mortality and the Lack of Women-Centered Care in Brazil During COVID-19: Preliminary Findings of a Qualitative Study*, "The Lancet Regional Health – Americas", Vol. 10(100239): 100-239.
- DO CARMO LEAL M., DA SILVA A.A.M., DIAS, M.A.B. et al. (2012), *Birth in Brazil: National Survey into Labour and Birth*, "Reproductive Health", Vol. 9(15): 1-8.
- DROVETTA R.I. (2016), *Líneas telefónicas de información sobre aborto seguro: una estrategia efectiva para incrementar el acceso de las mujeres a los abortos seguros en América Latina*, "Temas de Salud Reproductiva", 9: 124-135.
- DROVETTA R.I. (2021), *The Practice of Abortion in the Hands of Feminists in the 70s*, "Revista Estudos Feministas", Vol. 29(2): 1-15.
- DUDEN B. (1993), *Disembodying Women. Perspectives on Pregnancy and the Unborn*, Harvard University Press, Cambridge (MA).
- DUDEN, B. (1994), *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Torino, Bollati Boringhieri.
- ECDC (2022), *Data on country response measures to COVID-19*, <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/download-data-response-measures-covid-19> (consultato il 20 maggio 2022).
- ENRIGHT M., MCNEILLY K., DE LONDRAS F. (2020), *Abortion Activism, Legal Change, and Taking Feminist Law Work Seriously*, "Northern Ireland Legal Quarterly", Vol. 71(3): 1-38.
- EVANS DP, SCHNABEL L, WYCKOFF K, NARASIMHAN S. (2023), "A Daily Reminder of an Ugly Incident...": *Analysis of Debate on Rape and Incest Exceptions in Early Abortion Ban Legislation in Six States in the Southern US*, "Sexual and Reproductive Health Matters", Vol. 31(1): 2198283.
- FERRERO L., PULICE E. (2021), *Pluralismo etico e conflitti di coscienza nell'attività ospedaliera. Volume I. Scelte riproduttive e dibattiti sulla genitorialità*, Il Mulino, Bologna.
- FLETCHER R. (2018), *#RepealedThe8th: Translating Travesty, Global Conversation, and the Irish Abortion Referendum*, "Feminist Legal Studies", 26(3): 233-259.
- FREIDENFELDS L. (2020), *The Myth of the Perfect Pregnancy. A History of Miscarriage in America*, Oxford University Press, Oxford.

- FSRH, RCOG, RCM, BSACP (2020a), *FSRH, RCOG, RCM and BSACP Launch Joint Guidance on COVID-19 and Abortion Care*, <https://www.fsrh.org/news/fsrh-rco-and-bsacp-guidance-on-covid-19-abortion/> (consultato il 30 maggio 2023).
- FSRH, RCOG, RCM, Ms, NUPAS, BPAS, BSACP (2020b), *Appeal to Legalise the Certification of Abortion with One Signature During COVID-19 Outbreak*. <https://www.fsrh.org/news/amend-abortion-act-1967-covid19-coronavirus/> (consultato il 30 maggio 2023).
- GATTO BOUERI A. (2020), *Na pandemia, redes feministas se tornam ainda mais fundamentais para as mulheres que abortam na América Latina*, “GN”, <https://www.generonumero.media/pandemia-redes-feministas-aborto-america-latina/> (consultato il 30 maggio 2023).
- GINSBURG F. (1989), *Contested Lives: The Abortion Debate in an American Community*, University of California Press, Berkeley.
- GINSBURG F., RAPP R. (1991), *The Politics of Reproduction*, “Annual Review of Anthropology”, Vol. 20: 311-343.
- GUIMARÃES V. (2018), *Brasil registra um processo por autoaborto todo dia*, “Caterinas”, <https://caterinas.info/brasil-registra-um-processo-por-autoaborto-todo-dia/> (consultato il 30 maggio 2023).
- GOES E.F., RAMOS DE OLIVEIRA D., FERREIRA FORTES A.J. (2020), *Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19*, “Trabalho, Educação e Saúde”, Vol. 18(3): 1-7.
- HALFMANN D. (2012), *Recognizing Medicalization and Demedicalization: Discourses, Practices, and Identities*, “Health”, Vol. 16(2): 186-207.
- HAN S., BETSINGER T., SCOTT A. (2017), *The Anthropology of the Fetus: Biology, Culture and Society*, Berghahn, New York.
- HIRSCH C. (2020), *Europe’s Coronavirus Lockdown Measures Compared. Ways of Enforcing Social Distancing Differ from Country to Country*, <https://www.politico.eu/article/europes-coronavirus-lockdown-measures-compared/> (consultato il 20 maggio 2022).
- KASSTAN B., UNNITHAN M. (2020), *Arbitrating Abortion: Sex-selection and Care Work among Abortion Providers in England*, “Medical Anthropology”, Vol. 39(6): 491-505.
- KRAJEWSKA A. (2021), *Rupture and Continuity: Abortion, the Medical Profession, and the Transitional State—A Polish Case Study*, “Feminist Legal Studies”, <https://research.birmingham.ac.uk/en/publications/rupture-and-continuity-abortion-the-medical-profession-and-the-tr> (consultato il 25 maggio 2022).
- JACKSON E. (2001), *Regulating Reproduction, Law, Technology and Reproduction*, Hart Publishing, Oxford.
- JONES R., HENSHAW K. (2002), *Mifepristone for Early Medical Abortion: Experiences in France, Great Britain and Sweden*, “Perspectives on Sexual and Reproductive Health”, Vol. 34(3): 154-161.
- LALLI C. (2011), *C’è chi dice no. Dalla leva all’aborto come cambia l’obiezione di coscienza*, Il Saggiatore, Milano.
- LALLI C., MONTEGIOVE S. (2022), *Mai dati. Dati aperti (sulla 194). Perché sono nostri e perché ci servono per scegliere*, Fandango Libri, Roma.
- LANE, K. (2008), *The Medical Model of the Body as Site of Risk: A Case Study of Childbirth*, pp. 157-164, in MALACRIDA C., LOW J. (a cura di), *Sociology of the Body: A Reader*, Oxford, Oxford University Press.
- LEE E., SHELDON S. MACVARISH J. (2018), *The 1967 Abortion Act Fifty Years on: Abortion, Medical Authority and the Law Revisited*, “Social Science & Medicine”, Vol. 212: 26-32.

Legge 22 maggio 1978, n. 194, *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=22302&completo=true> (consultato il 30 maggio 2023).

LEITE T.H., SOUZA MARQUES E., ESTEVES-PEREIRA A.P., FISHER NUCCI M., PORTELLA Y., LEAL M.D.C. (2022), *Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil*, "Ciência & Saúde Coletiva", Vol. 27(2): 483-491.

LUTÉSCIA COÊLHO H., TEIXEIRA A.C., CRUZ M.D.F., GONZAGA S.L., ARRAIS P.S., LUCHINI L., LA VECCHIA C., TOGNONI G. (1994), *Misoprostol: The experience of women in Fortaleza, Brazil*, "Contraception", Vol. 49(2): 101-110.

MAFFI I. (2020), *Abortion in Post-Revolutionary Tunisia, Politics, Medicine and Morality*, Berghahn Books, Oxford-New York.

MATTALUCCI C. (2012), *Pro-Life Activism, Abortion and Subjectivity Before Birth: Discursive Practices and Anthropological Perspectives*, "Mediterranean Journal of Social Sciences", Vol. 3(10): 109-118.

MATTALUCCI C. (2018), *Abortion and Women's Bodily and Mental Health: the Language of Trauma in the Public Debate on Abortion in Italy*, "Antropologia", Vol. 5(2): 75-96.

MATTALUCCI C., MISHTAL, J., DE ZORDO, S. (2018), *Emerging Contestations of Abortion Rights: New Discourses and Political Strategies at the Intersection of Rights, Health and Law*, "Antropologia", Vol. 5(2): 7-12.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2020), *Portaria no 2.282, de 27 de agosto de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS*, Diário Oficial da União 2020, 28 agosto.

MINISTERO DELLA SALUTE (2021), *Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati definitivi 2019*.

MINISTERO DELLA SALUTE (2022), *Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78), Dati definitivi 2020*.

MISHTAL J. (2015), *The Politics of Morality the Church, the State, and Reproductive Rights in Postsocialist Poland*, Ohio University Press.

MORENO-RUIZ N.L., BORGATTA L., YANOW S., KAPP N., WIEBE E.R., WINIKOFF B. (2007), *Alternatives to Mifepristone for Early Medical Abortion*, "International Journal of Gynecology and Obstetrics", Vol. 96: 212-218.

MOSESON H., BULLARD K.A., CISTERNAS C., GROSSO B., VERA V., GERDTS C. (2020), *Effectiveness of Self-Managed Medication Abortion Between 13 And 24 Weeks Gestation: A Retrospective Review of Case Records from Accompaniment Groups in Argentina, Chile, and Ecuador*, "Contraception", Vol. 102(2): 91-98.

MOSESON H., JAYAWEEERA R., EGWUATU I., GROSSO B., KRISTIANINGRUM IA., NMEZI S., ZURBRIGGEN R., MOTANA R., BERCU C., CARBONE S., GERDTS C. (2022), *Effectiveness of Self-Managed Medication Abortion with Accompaniment Support in Argentina and Nigeria (SAFE): A Prospective, Observational Cohort Study and Non-Inferiority Analysis with Historical Controls*, "The Lancet Global Health", Vol. 10(1): e105-113.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (2022), *Abortion Care Guideline*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316> (consultato il 25 maggio 2023).

PATEL T. (2007), *Sex-Selective Abortion in India: Gender, Society and New Reproductive Technologies*, Sage, New Delhi-London.

- PEREIRA MADEIRO A., DINIZ D. (2016), *Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional*, “Ciência & Saúde Coletiva”, Vol. 21(2): 563-572.
- PIOVEZAN S. (2023), *Aborto legal com auxílio de telemedicina tem uso restrito no Brasil apesar de recomendação da OMS. Hospital de Uberlândia adotou o método devido à falta de leito para o procedimento; CFM é contra*, Folha de Sao Paulo, <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/04/uso-de-telemedicina-para-auxiliar-aborto-gera-debate-no-brasil.shtml> (consultato il 30 maggio 2023).
- PLANNING COMMITTEE (2022), *Exploring Safe Abortion Activism through the Experiences and Stories of Feminist Members of Latin American Accompaniment Networks (2020-2021)*, Report, maggio 2022.
- PORTER ERLANK C., LORD J., CHURCH K. (2021), *Acceptability of No-Test Medical Abortion Provided Via Telemedicine During Covid-19: Analysis of Patient-Reported Outcomes*, “BMJ Sexual & Reproductive Health”, Vol. 47: 261-268.
- PROCHOICE-RICA *et al.* (2020), *Firmiamo per l'aborto farmacologico durante l'emergenza COVID-19! Petizione Online lanciata il 4 Aprile 2020*, [https://secure.avaaz.org/community\\_petitions/it/presidente\\_del\\_consiglio\\_dei\\_ministri\\_ministero\\_de\\_aborto\\_farmacologico\\_durante\\_emergenza\\_covid19/](https://secure.avaaz.org/community_petitions/it/presidente_del_consiglio_dei_ministri_ministero_de_aborto_farmacologico_durante_emergenza_covid19/) (consultato il 30 maggio 2023).
- PUREWAL NAVTEJ K. (2010), *Son Preference: Sex Selection, Gender and Culture in South Asia*, Berg, Oxford-New York.
- QUAGLIARIELLO C. (2017), *L'accouchement naturel contre l'hôpital moderne? Une étude de cas en Italie*, “Anthropologie & Santé”, Vol. 15: 1-18.
- QUAGLIARIELLO C. (2018), *Beyond Medical Bureaucracy: An Inquiry into Women's Right to Abortion in Italy*, “Antropologia”, Vol. 5(2): 95-111.
- QUAGLIARIELLO C. (2021), *L'isola dove non si nasce. Lampedusa tra esperienze procreative, genere e migrazioni*, Unicopli, Milano.
- QUAGLIARIELLO C., ZANINI G. (2022), *Preservare le nascite durante la pandemia: analisi delle contraddizioni inerenti la gestione della salute riproduttiva durante l'emergenza da Covid-19*, pp. 25-53, in GENTILE L., QUAGLIARIELLO C. SESTITO R. (a cura di), *Coronial. Antropologia della riproduzione e delle sessualità al tempo del Covid-19*, Franco Angeli, Milano.
- RAYMOND E.G., HARRISON M.S., WEAVER M.A. (2019), *Efficacy of Misoprostol Alone for First-Trimester Medical Abortion: A Systematic Review*, “Obstetrics and Gynecology”, Vol. 133(1): 137-147.
- RAPP R. (1999), *Testing Women, Testing the Fetus. The Social Impact of Amniocentesis in America*, Routledge, London.
- RCOG (2020), *Coronavirus (COVID-19) Infection and Abortion Care. Information for Health Professionals*, <https://www.rcog.org.uk/media/bbhpl2qa/2020-07-31-coronavirus-covid-19-infection-and-abortion-care.pdf> (consultato il 30 maggio 2023).
- SANTOS PEREIRA DOS ALVES, M., SILVA NERY J., GOES FREITAS E., DA SILVA A., SILVA DOS SANTOS A.B., BATISTA L.E., DE ARAÚJO E.M. (2020), *População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde*, “Estudos Avançados”, Vol. 34(99): 225-243.
- SENONORAQUANDO? COORDINAMENTO NAZIONALE COMITATI *et al.* (2020), *Misure urgenti per l'interruzione volontaria di gravidanza al tempo del coronavirus. Petizione online lanciata ad aprile 2020*, <https://www.change.org/p/ministro-della-salute-roberto-speranza-misure-urgenti-per-l-interruzione-volontaria-di-gravidanza-al-tempo-del-coronavirus> (consultato il 30 maggio 2023).
- SHELDON S. (1997), *Beyond Control: Medical Power and Abortion Law*, Pluto Press, London.
- SHELDON S., WELLINGS K. (2020), *Decriminalising Abortion in the UK: What Would It Mean?*, Bristol University Press, Bristol.

- SINGER E. (2016), *From Reproductive Rights to Responsibilization: Fashioning Liberal Subjects in Mexico City's New Public Abortion Program*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 31(4): 445-463.
- SOUZA M.C. DE (2012), *'No estás sola': Aborto seguro e acompanhado como estratégia feminista para a descriminalização social na América Latina*, Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- TARABUSI F., ZINN D. (2023), *Antropologia e politiche pubbliche: ricerche e prospettive*, "Rivista di Antropologia Contemporanea", [https://www.siacantropologia.it/wp-content/uploads/2022/11/Antropologia-e-Politiche\\_TarabusiZinn-RAC.pdf](https://www.siacantropologia.it/wp-content/uploads/2022/11/Antropologia-e-Politiche_TarabusiZinn-RAC.pdf) (consultato il 30 maggio 2023).
- TATE W. (2020), *Anthropology of Policy: Tensions, Temporalities, Possibilities*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 49: 83-99.
- WHITTAKER A. (2010), *Abortion in Asia: Local dilemmas, global politics. Fertility, Reproduction, and Sexuality*, Berghahn Books, Oxford-New York.
- ZADOROZNYJ M. (1999), *Social Class, Social Selves and Social Control in Childbirth*, "Sociology of Health & Illness", Vol. 21(3): 267-289.
- ZAMBERLIN N., ROMERO M., RAMOS S. (2012), *Latin American Women's Experiences with Medical Abortion in Settings Where Abortion Is Legally Restricted*, "Reproductive Health", Vol. 9(34): 1-11.
- ZANINI G., MISHTAL J., DE ZORDO S., ZIEGLER A.K., GERDTS C. (2021), *Abortion Information Governance and Women's Travels across European Borders*, "Women's Studies International Forum", Vol. 87, 102496: 1-8.
- ZANINI G., QUAGLIARIELLO C. (2023), *Reproductive Healthcare During the Covid-19 Outbreak in Italy*, "Etnografia e Ricerca Qualitativa", Vol. 16(1): 153-173.
- ZURBIGGEN R., VACAREZZA N. L., ALONSO G., GROSSO B., TRPIN M. (2018), *El aborto con medicamentos en el segundo trimestre de embarazo. Una investigación socorrista feminista*, La Parte Maldita, Buenos Aires.

## Scheda sulle Autrici

Giulia Zanini è un'antropologa interessata alle pratiche e politiche riproduttive. Ha condotto ricerche sull'aborto, sulla donazione di gameti, e sull'infertilità permanente, e, in particolare, sulle pratiche transnazionali di accesso alla salute riproduttiva. Dopo il dottorato ha lavorato in diverse Università europee.

Alessandra Brigo si occupa di salute e diritti sessuali e riproduttivi, in particolare di aborto e movimento transfemministi. Ha conseguito un dottorato in Antropologia Sociale e Culturale presso l'Università di Milano-Bicocca e in Saúde Coletiva presso l'Istituto de medicina social (UERJ), ed è ricercatrice associata del Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos.

Anastasia Martino ha conseguito il dottorato di ricerca in Antropologia Sociale e Culturale presso l'Università di Milano-Bicocca. Ha condotto ricerche in Messico e in Italia sulle politiche statali di controllo demografico, sulle esperienze delle donne in relazione alla contraccezione, alla gravidanza e all'aborto, e sulle difficoltà di accesso a questo servizio medico.

## Riassunto

*L'impatto della pandemia di Covid-19 sull'interruzione di gravidanza. L'aborto farmacologico in tre diverse realtà nazionali*

Durante la pandemia di Covid-19, l'aborto farmacologico è stato al centro di un dibattito pubblico rispetto alla possibilità di garantire l'accesso ai servizi di interruzione della gravidanza in diverse realtà nazionali. Attraverso la comparazione tra i contesti nazionali inglese, brasiliano e italiano, in questo saggio si mettono in evidenza le mobilitazioni da parte di movimenti femministi *pro-choice* e/o società medico-scientifiche e le diverse politiche e pratiche di implementazione di questa procedura abortiva. L'analisi sottolinea le componenti culturali, politiche e sociali che hanno caratterizzato l'utilizzo dell'aborto farmacologico prima e durante la pandemia e le dinamiche di (de)medicalizzazione ad esse associate.

*Parole chiave:* aborto, Covid-19, analisi comparativa, politiche sanitarie

## Resumen

*El impacto de la pandemia de Covid-19 en la interrupción del embarazo. Aborto farmacológico en tres realidades nacionales diferentes*

Durante la pandemia de Covid-19, el aborto farmacológico estuvo en el centro de un debate público sobre la posibilidad de garantizar el acceso a los servicios de interrupción del embarazo en diferentes realidades nacionales. A través de la comparación entre los contextos nacionales inglés, brasileño e italiano, este ensayo destaca las movilizaciones de los movimientos feministas a favor del aborto y/o de las sociedades médico-científicas y las diferentes políticas y prácticas de implementación de este procedimiento abortivo. El análisis se enfoca en las componentes culturales, políticos y sociales que caracterizaron el uso del aborto farmacológico antes y durante la pandemia y las dinámicas de (des)medicalización asociadas.

*Palabras claves:* aborto, Covid-19, análisis comparativo, políticas sanitarias

## Resumé

*L'impact de la pandémie de Covid-19 sur l'interruption de grossesse. L'avortement pharmacologique dans trois réalités nationales différentes*

Pendant l'émergence de la pandémie de Covid-19, l'avortement médicamenteux a été au centre du débat public autour de la possibilité de garantir l'accès à l'interruption de grossesse dans des contextes nationaux différents. A travers l'analyse comparative des contextes Anglais, Brésilien et Italien, cette éssaie met en lumière les revendications des mouvements féministes *pro-choice* et des sociétés scientifiques et le politiques et pratiques multiples qui se sont développées autour de cette méthode. Il examine les composants culturelles, politiques et sociales qui caractérise l'usage de cette méthode d'avortement et le processus de (de)médicalisation y associé.

*Mots-clés:* avortement, Covid-19, analyse comparative, politique de santé