

**Uno sguardo ai gruppi di supporto  
all'aborto in Italia, tra dimensione online  
e offline / A focus on abortion support  
networks in Italy, between online and  
offline dimensions**

AG AboutGender  
2023, 12(24), 224-262  
CC BY-NC

Martina Facincani

University of Bari, Italy

**Abstract**

A reactionary wave is crashing down on the reproductive rights of women and pregnant persons. In facing these reactionary thrusts, (trans)feminist movements and abortion support networks around the world respond with forms of self-organisation and civil disobedience. In their information, denunciation and advocacy work, these groups are supported by digital technologies. Although telephone lines continue to be crucial, virtual spaces such as blogs and platforms like Facebook and Instagram have become fundamental tools for connection and diffusion, enabling support networks to cross national borders and bring to public attention the renegotiation of the representation of abortion practice. Even in Italy, where abortion was regulated by law 194/1978, significant application problems persist, making the existence of support groups such as *OBRES* and *Ivg, ho abortito e sto benissimo!*

---

**Corresponding Author:**

Martina Facincani  
University of Milano-Bicocca, Italy  
martina.facincani@uniba.it

DOI: 10.15167/2279-5057/AG2023.12.24.2186

necessary to expand the debate on reproductive justice and democratise medical knowledge.

**Keywords:** abortion, abortion support networks, reproductive justice, (trans)feminism, digital activism.

## 1. Introduzione<sup>1</sup>

Negli ultimi due decenni, l'alleanza transnazionale antiabortista si è resa protagonista di nuovi attacchi ai diritti sessuali e riproduttivi delle donne e delle persone gestanti<sup>2</sup> che desiderano interrompere una gravidanza<sup>3</sup>. Dagli Stati Uniti alla Polonia, dall'Ungheria all'Italia, queste offensive avvengono ora a suon di leggi e de-

---

<sup>1</sup> Il presente contributo costituisce una rielaborazione della tesina finale realizzata in conclusione del Corso di Perfezionamento in "Storia di genere, globalizzazione e democrazia della cura", Università degli Studi di Urbino Carlo Bo (a.a.2022/2023).

<sup>2</sup> Anche se non verrà ripetuta sempre, l'utilizzo dell'espressione "persone gestanti" ha l'intento di mettere in discussione il soggetto centrale nelle mobilitazioni per un aborto sicuro, gratuito e legale - le donne cisgender -, per riconoscere spazio di parola anche alle persone trans e non binarie. Su questo punto, mi è stato utile rivolgermi al dibattito argentino (si veda Montenegro 2020), dove la legge sull'aborto del 2020 nomina anche le persone con altre identità di genere: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115> (consultato il 1 ottobre 2023). In Italia, a parlare di "persone gestanti" è la raccolta firme lanciata dai Radicali e dalla campagna *Libera di abortire* per provare a portare all'attenzione la modifica della legge 194: <https://radicali.it/firma/aborto/> (consultato il 1° ottobre 2023).

<sup>3</sup> In un bellissimo capitolo di *Donne, razza e classe*, Angela Davis ricostruisce le radici razziste della campagna per il controllo delle nascite nordamericana, ricordandoci che la questione della giustizia riproduttiva non può limitarsi alla sola rivendicazione dell'interruzione volontaria di gravidanza, o a considerare la riproduzione una questione individuale. Per questo si parla di giustizia riproduttiva, "as the human right to maintain personal bodily autonomy, have children, not have children, and parent the children we have in safe and sustainable communities", così come definita dal collettivo SisterSong: <https://www.sistersong.net/reproductive-justice> (consultato il 22 dicembre 2022). Il movimento per il diritto alla riproduzione nasce nel 1994, poco prima dell'International Conference on Population and Development, quando un gruppo di donne nere di Chicago si rese conto che il movimento per i diritti delle donne, guidato e rappresentato da donne bianche benestanti della classe media, non era in grado di rappresentare le esigenze delle donne non bianche e di altri gruppi marginalizzati (Federici 2023). Si veda anche Davis, A. (1998), "Surrogates and Outcast Mothers: Racism and Reproductive Policies in the Nineties", in James, J. (ed. by), *The Angela Y. Davis Reader*, Malden, Blackwell, pp. 210-221.

creti, ora attraverso il progressivo, lento svuotamento delle leggi esistenti e l'infiltrazione di gruppi *pro-life*<sup>4</sup> nelle strutture ospedaliere e nelle amministrazioni comunali, come accade nel caso italiano (Settembrini e Obiezione Respinta 2020). In particolare, dopo l'annullamento della storica sentenza *Roe vs. Wade* negli Stati Uniti<sup>5</sup>, il tema dell'aborto è tornato a occupare ampiamente lo spazio pubblico, configurandosi come terreno di scontro politico.

La criminalizzazione dell'aborto colpisce soprattutto categorie già oppresse da disuguaglianze strutturali, amplificando le disparità nell'accesso alle cure abortive (Torrise 2023, 5). Ancora oggi, scrive Claudia Torrise, oltre il 40% delle donne vive in un paese dove l'aborto volontario è illegale (*Ibidem*). D'altra parte, assistiamo anche a vittorie storiche<sup>6</sup> e a forme di auto-organizzazione, spesso legate a collettive femministe e transfemministe, che in tutto il mondo continuano ad animare spazi di sostegno - online e offline - per un accesso all'aborto sicuro e autodeterminato, a volte muovendosi nell'ambito della legalità, altre volte ai margini del sistema<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> Sulla scelta di utilizzare l'espressione *pro-life* rimando a Balzano 2021.

<sup>5</sup> Il Guttmacher Institute ha realizzato una mappa interattiva per monitorare le politiche sull'aborto negli Stati Uniti dopo la cancellazione della *Roe vs. Wade*. La mappa rivela una panoramica sempre più frammentata e polarizzata, con molti Stati dove sono già in vigore restrizioni e divieti severi, e Stati che si sono mobilitati per proteggere diritti riproduttivi e accesso all'aborto: <https://states.guttmacher.org/policies/> (consultato il 15 novembre 2022). L'ultimo bersaglio dei movimenti antiabortisti è il mifepristone, la pillola utilizzata per gli aborti farmacologici: [https://www.ansa.it/sito/notizie/mondo/nordamerica/2023/04/08/usa-battaglia-a-colpi-di-sentenze-sulla-pillola-abortiva\\_41a9e46c-3d29-4957-a6a9-d9a7a93633cc.html](https://www.ansa.it/sito/notizie/mondo/nordamerica/2023/04/08/usa-battaglia-a-colpi-di-sentenze-sulla-pillola-abortiva_41a9e46c-3d29-4957-a6a9-d9a7a93633cc.html) (consultato il 10 aprile 2023).

<sup>6</sup> Solo per citarne due, basti pensare ai riconoscimenti legislativi ottenuti in Argentina nel 2020 (legge 27.610) e, più recentemente, in Colombia (sentenza *Causa Justa* C-055 del 2022). In entrambi i paesi, le campagne e le manifestazioni per il diritto all'aborto non possono essere separate dalla dimensione di massa assunta dal movimento *Ni Una Menos*. Per il caso argentino, si veda Gago 2022; per il caso colombiano: <https://causajustaporelaborto.org/> (consultato il 30 dicembre 2022).

<sup>7</sup> Si pensi, ad esempio, ai molti gruppi di accompagnamento all'aborto autogestito presenti in Latino America (Comité de Planeación 2022; Drovetta 2015; Fernández Vázquez e Szwarc 2018; Jelinska e Yanow 2017; Zurbriggen, Keefe-Oates e Gerds 2018). Il contesto latinoamericano, con le sue geografie di sperimentazioni dissidenti di autodeterminazione sessuale e riproduttiva, verrà di quando in quando richiamato perché ritengo possa suscitare interrogativi e riflessioni generativi.

Tra gli elementi comuni a questi gruppi di supporto c'è l'uso della tecnologia digitale a scopo informativo e autoformativo, intensificatosi con la pandemia da Covid-19: blog, pagine Facebook e Instagram, account Twitter si fanno spazi per diffondere informazioni e denunce, numeri utili, guide e persino protocolli per un uso sicuro del misoprostolo<sup>8</sup>.

A partire da una panoramica sullo stato di salute dell'interruzione di gravidanza in Italia, tratteggiata servendomi della letteratura scientifica disponibile e delle testimonianze dirette raccolte dalle piattaforme di *Obiezione Respinta (OBRES)*<sup>9</sup> e *Ivg, ho abortito e sto benissimo!*<sup>10</sup>, nel presente contributo intendo dunque interrogarmi, da un punto di vista situato<sup>11</sup> (Haraway 1988; Harding 1986) e transfemminista, sull'uso collettivo dello spazio digitale nell'attivismo pro aborto in Italia. Soprattutto, intendo soffermarmi sull'utilizzo di social network quali Instagram e Facebook come strumenti di connessione, organizzazione e contro-informazione, per mettere in luce gli usi "eretici, cooperativi e incarnati della rete" (le smagliatrici 2019, 34) nella risignificazione politica dell'esperienza abortiva. Le testimonianze di cui mi sono servita sono pubblicamente accessibili sulle pagine social di *OBRES* e *Ivg, ho abortito e sto benissimo!*; in alcuni casi, sono stralci di conversazioni scambiate durante gli accompagnamenti effettuati. Di ognuna si è deciso di riportare il tipo di struttura alla quale si è fatto ricorso per abortire o per procurarsi

---

<sup>8</sup> Solitamente, l'aborto medico entro il primo trimestre avviene per assunzione di una combinazione di mifepristone (in Italia, noto come RU486) e misoprostolo. Nei paesi dove l'aborto è illegale, tuttavia, la vendita del mifepristone è soggetta a restrizioni, in quanto il farmaco viene venduto esplicitamente a scopo abortivo. Al contrario il misoprostolo, che è un analogo sintetico della prostaglandina, viene venduto e utilizzato anche per curare ulcere, per il trattamento di aborti spontanei e per indurre il travaglio, ed è quindi più facilmente reperibile. Nel 2005, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha inserito misoprostolo e mifepristone nell'elenco dei farmaci essenziali.

<sup>9</sup> <https://obiezionerespinta.info/>

<sup>10</sup> <https://hoabortitoestobenissimo.blogspot.com/>

<sup>11</sup> Da ottobre 2022, sono parte della rete di *Obiezione Respinta*, dove contribuisco alla produzione di contenuti web. L'interesse verso i gruppi abortisti nasce dall'esserne venuta in contatto mentre vivevo in Bolivia, dove ho conosciuto la collettiva *Cuerpa Autònoma* e iniziato a mappare la trama di relazioni e saperi che questi gruppi producono in tutto il mondo.

la contraccezione di emergenza (farmacia, consultorio etc.) e la Regione nella quale la struttura si trova; dove segnalato, si è riportato anche l'anno. Si tratta solo di una piccolissima selezione, sicuramente parziale, delle centinaia di segnalazioni presenti, utilizzata a supporto (e a smentita) di dati e narrazioni.

Per ragioni stilistiche, nella scrittura del contributo si è scelto di utilizzare come sinonimi aborto e interruzione volontaria di gravidanza. Naturalmente, non lo sono. Il termine generico “aborto” comprende almeno tre tipi di processi: l'aborto spontaneo, l'aborto terapeutico e l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), che è l'oggetto della mia disamina<sup>12</sup>.

## **2. Lo stato di salute dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia**

La nascita della legge 194/1978, che in Italia disciplina le modalità di accesso all'aborto, è stata accompagnata da un intenso dibattito pubblico e politico (Gissi e Stelliferi 2023; Stelliferi 2022). Dopo un lungo iter parlamentare, venne approvato un testo che legalizza l'aborto solamente in determinati casi, ma non lo depenalizza, com'era stato richiesto dai movimenti femministi in nome dell'autodeterminazione femminile. Come scrivono Cecilia Nubola e Marina Garbellotti, la legge 194/1978 “scontentava e scontenta molte, perché lascia irrisolte questioni sostanziali” (Garbellotti e Nubola 2022, 20), come il rapporto, complesso e tormentato, tra autodeterminazione delle donne, controllo della riproduzione e interessi statali (Stelliferi 2022).

A più riprese, il Comitato europeo per i diritti sociali del Consiglio d'Europa ha riconosciuto che l'Italia viola i diritti delle donne per lo stato di non-applicazione

---

<sup>12</sup> In realtà, andrebbe forse segnalato anche l'aborto procurato contro la volontà della persona incinta.

della legge 194<sup>13</sup>. L'obiezione di coscienza, l'infiltrazione di gruppi *pro-life* in ospedali e consultori pubblici, la disinformazione e lo stigma sociale (Lalli 2013) che circondano la pratica rappresentano infatti barriere che contribuiscono a complicare l'applicazione della legge. Alcune di queste problematiche verranno brevemente affrontate di seguito, perché si ritiene fondamentale nominarle per evitare di assumere una posizione di mera difesa della legge 194 di fronte ai cambiamenti sociali e culturali che la interrogano (Non una di Meno; Roma 2020).

## 2.2. *Obiezione vostro onore!*<sup>14</sup>

Il boicottaggio della legge 194 avviene innanzitutto attraverso il ricorso all'obiezione di coscienza<sup>15</sup> (D'Elia e Serughetti 2017, 44), spesso esteso - impropriamente<sup>16</sup> - alla contraccezione di emergenza. Al riguardo, sono numerose le segnalazioni arrivate alla piattaforma di *Obiezione Respinta*:

Ha rifiutato la pillola del giorno dopo a una ragazza di 19 anni adducendo come motivazione del rifiuto un rischio di trombosi (Farmacia, Abruzzo, 2014).

---

<sup>13</sup> <https://www.ilpost.it/2016/04/11/sentenza-aborto-consiglio-d-europa/> (consultato il 17 settembre 2023).

<sup>14</sup> Il titolo rimanda al documentario-inchiesta sull'obiezione di coscienza in territorio romano condotta da Federica Delogu, Filippo Poltronieri, Claudia Torrisi e Sebastian Viskanec *Obiezione vostro onore* (2015), disponibile su YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=H5uU9XTyeVA> (consultato il 12 dicembre 2022).

<sup>15</sup> In base alla letteratura disponibile, l'obiezione di coscienza non è tanto legata a principi religiosi o morali individuali, quanto piuttosto a motivazioni di carriera: l'aborto è considerato una pratica medica poco interessante dal punto di vista tecnico, poco remunerativa e "sporca". Lo stigma che circonda l'aborto e la persona che sceglie di abortire, infatti, sembra trasferirsi anche al personale medico che esegue la pratica (Kustermann in Turco 2016). Il tutto contribuisce a renderlo un ambito in cui vengono fatte ben poca formazione e ricerca (De Zordo 2013 e 2016; Ferrero 2021).

<sup>16</sup> Alla contraccezione di emergenza (cosiddette "pillola del giorno dopo" e dei "cinque giorni dopo") non può essere applicata l'obiezione di coscienza, in quanto metodo contraccettivo e non abortivo (cfr. sentenza n. 8465/2001 del T.A.R. del Lazio).

Alla richiesta di un contraccettivo d'emergenza, i farmacisti hanno risposto telefonicamente nel seguente modo: 'Non siamo obiettori ma non la vendiamo per scelta' (Farmacia, Campania, anno non specificato).

La proprietaria, alla mia richiesta, risponde che lei non vende la pillola del giorno dopo [...]. Mi conferma di averla in farmacia ma che no, non me la venderà. Mi invita a tornare più tardi quando prenderà servizio un collega che non ha problemi a vendermela (Farmacia, Lazio, 2022).

In Italia, i numeri dell'obiezione sono tra i più alti d'Europa (Chavkin *et al.* 2013): nell'ultima Relazione annuale del Ministro della Salute presentata al Parlamento l'8 giugno 2022, con dati riferiti al 2020, si legge che "la quota di obiezione di coscienza risulta elevata, specialmente tra i ginecologi: 64,6% rispetto al 67,0% dell'anno precedente" (Relazione Ministro Salute 2022, 56 e Tabella 28 della stessa relazione)<sup>17</sup>. Benché l'articolo 9 della legge 194, che regola l'obiezione di coscienza, la preveda "per le attività *direttamente e specificatamente* (corsivo mio) volte all'interruzione della gravidanza", ponendo la questione su una sua corretta applicazione per quanto riguarda anestesisti e personale non medico (Lalli e Montegiove 2022), l'obiezione è presente anche tra queste categorie professionali:

Tra gli anestesisti la percentuale di obiettori è più bassa, con un valore nazionale pari a 44,6% (43,5% nel 2019). Ancora inferiore, rispetto ai medici e agli

---

<sup>17</sup> Mentre scriviamo, il Ministero della Salute ha pubblicato il report annuale relativo ai dati del 2021. Da una prima analisi, si conferma una diminuzione delle IVG notificate (63.653, -4,2% rispetto al 2020), ma aumenta il tasso di abortività fra le minorenni: nel 2021, le donne con età inferiore ai 18 anni che hanno effettuato IVG sono state 1.707, pari al 2,7% di tutte gli interventi eseguiti. Elevato rimane il tasso medio di obiezione (63,4% tra i ginecologi), mentre più contenuto quello sulla mobilità regionale. In aumento anche il ricorso all'aborto farmacologico, utilizzato nel 45,3% dei casi. Nonostante l'impegno assunto dal Ministero nel migliorare l'accesso alle informazioni su IVG e contraccezione, rimane problematico il ritardo con cui vengono resi pubblici i dati.

anestesisti, è la percentuale di personale non medico che ha presentato obiezione nel 2020, pari al 36,2% (37,6% nel 2019) (Relazione Ministro Salute 2022, 56).

Persistono poi significative variabilità per area geografica e per Regione. I dati pubblicati nella relazione ci dicono che l'obiezione di coscienza supera l'80% in Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia e provincia autonoma di Bolzano. Tuttavia, non solo questi dati erano già superati quando sono stati presentati (Lalli e Montegiove 2022), ma sono per di più dati chiusi aggregati per Regione che non tengono conto delle differenze tra singole strutture ospedaliere, come denunciato nella mappatura-inchiesta *Legge 194 Mai dati: mappa obiezione 100*<sup>18</sup>, curata dalla Docente di Storia della Medicina Chiara Lalli e dalla giornalista e informatica Sonia Montegiove per l'Associazione Luca Coscioni, diventata anche un libro (Lalli e Montegiove 2022). Tenendo conto di questo aspetto, undici Regioni risultano avere almeno un ospedale con il 100% di obiettori: Abruzzo, Basilicata, Campania, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria e Veneto. 72 ospedali, considerando tutto il territorio nazionale, hanno più dell'80% di obiettori di coscienza. Per di più, sottolineano sempre Lalli e Montegiove, il dato che riguarda i non obiettori è sovrastimato, poiché non tiene conto di un altro sottoinsieme che pure pesa nell'ecologia complessiva: quello dei non obiettori che non eseguono aborti, perché magari hanno altri incarichi o perché, semplicemente, esercitano in una struttura dove non si eseguono IVG (Ivi, 61-63; 102). Non tutte le strutture ospedaliere con reparti di ostetricia e ginecologia, infatti, effettuano IVG. La Relazione ministeriale fornisce una descrizione della distribuzione dei punti IVG per singola Regione, ma non specifica quali strutture praticino interruzioni volontarie di gra-

---

<sup>18</sup> Legge 194 Mai dati | Associazione Luca Coscioni (consultato il 20 ottobre 2022).



vidanza. Nel 2019, le strutture - ospedaliere e strutture sanitarie private autorizzate - che effettuava interruzioni volontarie di gravidanza erano 356, pari al 63,1% del totale; nel 2020 357, pari al 63,8% del totale, (lvi, 57)<sup>19</sup>.

La scarsa disponibilità di informazioni costituisce un grosso ostacolo all'accesso alla pratica, come evidenzia la seguente testimonianza, raccolta da *Obiezione Respinta* (Settembrini e Obiezione Respinta 2020, 61-62):

[...] Sono stata rimbalzata dall'ufficio informazioni di un ospedale, dove mi sono beccata una ramanzina dalla signora dietro al banco [...], dall'ASL, da un altro medico di base, da un consultorio; piangendo come una disperata mi sono messa a cercare su Internet e, giusto per peggiorare la situazione, mi sono per sbaglio imbattuta in un numero dei pro-life, l'ho scambiato per un numero verde e mi hanno fatta sentire ancora peggio. Alla fine, sono riuscita a trovare un consultorio privato abbastanza vicino a me e mi hanno fissato una visita per la settimana seguente. Tutti gli altri che ho chiamato mi hanno detto che avrei dovuto aspettare dai dieci ai quindici giorni perché erano pieni e non avevano più posto per altri appuntamenti, ma per me la velocità era essenziale [...] (struttura non specificata, Lombardia, 2020)<sup>20</sup>.

La disponibilità di informazioni è preziosa per poter scegliere, banalmente, a che ospedale rivolgersi. L'obiezione di coscienza incide infatti drasticamente sulle tempistiche del servizio, che diventano spesso molto lunghe a causa di una carenza strutturale di personale non obietto. Più del 6% delle donne che hanno interrotto

---

<sup>19</sup> L'interruzione volontaria di gravidanza può essere effettuata in una delle strutture sanitarie autorizzate indicate dalla legge 194 (art. 8). L'IVG fa inoltre parte dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). LAIGA (Libera Associazione Italiana Ginecologi non obiettori per l'Applicazione della 194) ha mappato gli ospedali che in Italia offrono il servizio di interruzione della gravidanza: <https://www.laiga194.it/mappa-degli-ospedali-italiani-che-offrono-il-servizio-di-interruzione-di-gravidanza/> (consultato il 3 gennaio 2023).

<sup>20</sup> Nel raccogliere le testimonianze, *Obiezione Respinta* sceglie di renderle anonime, omettendo i riferimenti a strutture ospedaliere o città, ma nominando le Regioni a cui le segnalazioni fanno riferimento.

la gravidanza nel 2020 ha dovuto attendere tra i 22 e i 28 giorni per la realizzazione della procedura dal momento del rilascio del certificato da parte dell'è medica; il 3,5% ha dovuto addirittura aspettare più di 28 giorni (Relazione Ministro Salute 2022, Tabella 21). Questo costringe molte donne e persone gestanti a spostarsi di territorio per accedere ad un'IVG senza eccedere il limite stabilito a novanta giorni (ossia 12 settimane e 6 giorni) dalla Legge 194/1978<sup>21</sup>, anche se la norma prevede che l'IVG debba essere garantita, nonostante l'obiezione di coscienza, “anche attraverso la mobilità del personale” (art. 9). Mobilità del personale, non delle donne, come accade più comunemente. Secondo la relazione ministeriale, la mobilità per IVG tra Regioni e Province autonome è in linea con quella relativa ad altri servizi offerti dal Sistema Sanitario Nazionale (lvi, 5), ma le testimonianze raccolte dalle piattaforme di mutuo-aiuto fanno emergere tutt'altra realtà. Secondo i dati Istat più aggiornati, nel 2021 12.660 interruzioni di gravidanza sono avvenute in un paese non di residenza<sup>22</sup>. I viaggi per effettuare un'IVG, tra l'altro, richiedono disponibilità di tempo e costi elevati, divenendo un'opzione non per tutti ugualmente praticabile. Di seguito, una testimonianza resa pubblica attraverso la piattaforma *Ivg, ho abortito e sto benissimo!*:

---

<sup>21</sup> Al riguardo, si veda l'European Abortion Access Project, ricerca europea che mira a comprendere e analizzare le barriere procedurali, sociali e legali che le donne incontrano nei propri paesi e nei viaggi - interregionali e transnazionali - intrapresi per poter accedere all'interruzione volontaria di gravidanza: <https://europeabortionaccessproject.org/it/il-nostro-progetto-2/> (consultato il 20 dicembre 2022). Interessante sarebbe analizzare l'elemento “viaggio” da una prospettiva storica: le donne hanno sempre dovuto compiere viaggi e lunghi spostamenti per accedere all'interruzione volontaria di gravidanza. Dalle “improponibili geografie della clandestinità” di cui parla Perini (2010b) non è cambiato poi molto.

<sup>22</sup> I lunghi tempi di attesa per accedere ad un'IVG non costringono solo alla mobilità intra e inter-regionale, ma incidono probabilmente sul numero delle IVG eseguite in urgenza: 14.795 nel 2020, 15.519 nel 2021: <http://dati.istat.it/> (consultato il 7 aprile 2023).

[...] Sono di 12+3. Ho fatto i 7 giorni e oggi alla preospedalizzazione mi hanno mandato via. Dicendo che non c'erano posti ho trovato un altro ospedale speriamo domani mi facciano. Ieri ho avuto un'emorragia e nessuno mi ricovera e mi fa il raschiamento (struttura e Regione non specificate, settembre 2022).

### **2.3. Aborto farmacologico, una storia di ritardi e ostruzionismo**

In paesi come la Francia o il Regno Unito, dove l'aborto farmacologico è stato introdotto già tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90, le IVG farmacologiche sono oltre il 70% del totale delle IVG eseguite<sup>23</sup>. Nei paesi del Nord Europa superano addirittura il 90%. In Italia, invece, l'aborto medico è stato introdotto solo nel 2009, quando l'AIFA ha espresso parere favorevole all'utilizzo ospedaliero di mifepristone (RU486), associato a misoprostolo (prostaglandina), fino alla settima settimana di gravidanza. Nonostante dal 2009 sia stato rilevato un progressivo incremento del ricorso all'IVG farmacologica, passata dallo 0,7% al 31,9% del totale delle IVG comunicate nel 2020, in Italia vengono eseguiti ancora molti aborti chirurgici (Torrisi 2023). Secondo la relazione ministeriale, nel 2020 si è utilizzato mifepristone e prostaglandine in combinazione nel 31,9% dei casi, solo mifepristone nell'1,8% dei casi, solo prostaglandine nell'1,4% dei casi, con grandi differenze regionali sul ricorso all'aborto farmacologico (in ospedale): “si passa dall'1,9% del Molise a oltre il 50% in Piemonte, Liguria, Emilia Romagna e Basilicata” (Relazione Ministro Salute 2022, 7).

L'aggiornamento delle linee guida per l'erogazione dell'IVG farmacologica<sup>24</sup>, avvenuto nell'agosto 2020, ha esteso la possibilità di accedere a IVG con RU486 fino alla nona settimana di amenorrea (63 giorni di gestazione). Lo scopo delle linee guida, fortemente volute anche da associazioni di ginecolog3 come LAIGA e dai

---

<sup>23</sup> [https://www.epicentro.iss.it/politiche\\_sanitarie/misoprostolo-determina-aifa-23-settembre-2022](https://www.epicentro.iss.it/politiche_sanitarie/misoprostolo-determina-aifa-23-settembre-2022) (consultato il 26 settembre 2023).

<sup>24</sup> “Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine”: [https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?id=3039&lingua=italiano](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=3039&lingua=italiano) (consultato il 28 settembre 2023).

movimenti femministi, sarebbe dovuto essere quello di incentivare la deospedalizzazione della RU486, in un momento di enorme difficoltà del Sistema Sanitario Nazionale (SNS), favorendone la somministrazione in regime di day hospital negli ospedali, nei consultori, in strutture ambulatoriali pubbliche idonee autorizzate dalla Regioni, senza l'obbligo di ricovero precedentemente fissato a tre giorni (Torrì 2023)<sup>25</sup>. Tuttavia, molte Regioni non hanno ancora recepito le linee guida e il servizio non è garantito in maniera omogenea. È il caso delle Marche, dove la maggioranza di centrodestra si è a lungo apertamente opposta alla deospedalizzazione dell'aborto farmacologico, rifiutando di recepire le linee guida<sup>26</sup>. Ma anche Piemonte, Abruzzo e Umbria hanno variamente limitato l'accesso al farmacologico, opponendosi soprattutto alla sua erogazione in consultorio.

Eppure, l'impiego dell'aborto farmacologico ovvierebbe alla mancanza strutturale di medici non obiettori che praticano aborti, traducendosi in un significativo risparmio di risorse pubbliche e decongestionando al contempo le strutture ospedaliere, in difficoltà strutturale da ben prima della Covid, a causa degli ingenti tagli alla sanità pubblica effettuati negli ultimi decenni (Mura e Perini 2023; Report Osservatorio GIMBE 2019). L'aborto con pillola RU486 è infatti una procedura meno invasiva, meno costosa (se non effettuata con ricovero), meno medicalizzata. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) non solo considera l'IVG farmacologica una pratica medica sicura, ma è addirittura favorevole all'autogestione dell'aborto medico entro la dodicesima settimana di gravidanza. Nelle *Abortion Care Guidelines* del 2022, l'OMS insiste inoltre sull'implementazione della telemedicina come buona pratica per facilitare l'aborto precoce. Mentre in altri paesi, come si dirà

---

<sup>25</sup> L'obbligo di ricovero, infatti, aveva generato il paradosso per cui in molte strutture ospedaliere era stato sospeso per primo proprio il farmacologico, favorendogli il chirurgico in day hospital.

<sup>26</sup> *Perché si parla dell'accesso all'aborto nelle Marche*, in "ilPost.it", 25 agosto 2022, <https://www.ilpost.it/2022/08/25/perche-si-parla-dellaccesso-allaborto-nelle-marche/> (consultato il 20 dicembre 2022).

più avanti, la pandemia ha accelerato la regolamentazione dell'IVG in telemedicina, in Italia la possibilità non è nemmeno contemplata, nonostante la telemedicina sia entrata a far parte del Sistema Sanitario Nazionale nel dicembre 2020<sup>27</sup>.

Per spiegare il ritardo italiano nell'introduzione dell'aborto farmacologico e la resistenza a ricorrervi, è necessario menzionare la forza che la cultura cattolica continua ad esercitare nel modellare gli immaginari sulla famiglia e le "geografie degli affetti" consentite (Balzano 2021). Com'è noto, è stata la religione cristiana, dal Medioevo in poi, a fare dell'aborto oggetto di condanna, introducendo l'idea che il feto sia una persona e che l'aborto sia paragonabile all'omicidio (Balzano 2021; Galeotti 2003). Con l'affermarsi del potere governamentale e la nascita degli Stati-nazione, poi, l'aborto diviene reato (Balzano 2021) e il corpo-feto comincia ad essere concettualizzato come una forma di vita separata indipendente dal corpo materno (Duden 1993, 1994 e 2006; Tripaldi 2023), anche grazie alla diffusione di tecnologie biomediche come l'ecografia (Haraway 1997). L'irruzione delle nuove tecnologie di visualizzazione contribuisce alla costruzione della sacralità del corpo-feto e alla medicalizzazione del corpo della donna, che diviene il destinatario di strategie di governo della popolazione sempre più stringenti (Balzano 2020 e 2021; Foucault 1978).

Per criminalizzare l'aborto, è stato dunque necessario "sottrarre alle donne saperi e pratiche elaborati in autonomia" (Balzano 2021, 29) per consegnarli all'autorevolezza del sapere medico-scientifico. Alla luce di ciò, sarà forse più facile intravedere le potenzialità a cui apre l'aborto farmacologico e capire la paura che

---

<sup>27</sup> Lo prevede l'accordo nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" - <https://www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2020/seduta-del-17122020/atti/repertorio-atto-n-215csr/> (consultato il 21 dicembre 2022). Non ci sono, però, raccomandazioni specifiche sull'aborto (Brandell *et al.* 2021). Esistono, tuttavia, alcune esperienze virtuose: la rete Pro-choice RICA (Rete Italiana Contraccezione Aborto), per esempio, insieme all'associazione Vita di donna mette a disposizione un'equipe di medici volontari contattabili per fissare un consulto telematico ed ottenere il certificato di IVG.

suscita la prospettiva che le donne possano evitare il controllo dello sguardo medico. In quanto procedura che permette più autonomia, l'aborto con RU funziona come *controdispositivo* (Foucault 1978) che rompe la complicità con lo strapotere medico-scientifico, inteso come unico sapere riconosciuto e validato, piena espressione del potere egemonico maschile, bianco, colonialista, razzista ed eteronormato (Borghi 2018, 2020 e 2022) nonché di quel *men-made-world* (Perkins Gilman 2022) che assume il corpo maschile come standard universale (Ferritti 2023). Non è un caso, scrive Verónica Gago riprendendo il lavoro della psicoanalista brasiliana Suely Rolnik (2019), che la guerra alle donne e alle soggettività femminilizzate passi oggi anche attraverso la guerra alla conoscenza del corpo, considerato “campo” di un sapere-potere subalterno, sconosciuto e marginalizzato (Gago 2022, 105-107)<sup>28</sup>.

In questo senso, guardare in prospettiva storica alle molte esperienze di “cura pirata” (Graziano *et al.* 2019) e autogestione della salute sessuale e riproduttiva praticate dai femminismi continua ad essere stimolante, perché sfidano le narrazioni istituzionali, richiamano l'attenzione del servizio pubblico e ne interrogano le responsabilità. Recuperando conoscenze spesso trascurate, queste esperienze mettono in pratica “altri modi di fare cura e occuparsi della salute” in contesti oppressivi o negligenti (Ivi, 16), nell'ottica di una

---

<sup>28</sup> È proprio a partire dalla ripresa di questi saperi subalterni e dall'epistemologia femminista, invece, che è possibile trasformare i propri corpi e il processo fisiologico dell'aborto in spazi privilegiati di circolazione e condivisione di saperi collettivi. Le esperienze di autogestione e autodeterminazione dal basso ci insegnano proprio questo: a riappropriarci dei nostri aborti, ad agire e a socializzare un sapere a lungo espropriato e silenziato, mettendo simultaneamente in evidenza i meccanismi di dominazione alla base dell'espropriazione. Naturalmente, non si intende sostenere che ogni aborto possa essere autogestito in autonomia, senza supporto medico. Quello che si intende sottolineare, però, è che l'ignoranza rispetto al processo fisiologico dell'aborto sia espressione di quella “repressione del corpo” colonial-capitalista di cui parla Rolnik. Altre pensatrici, tra cui le già citate Verónica Gago e Rachele Borghi, hanno compiuto profonde disamine sul silenziamento compiuto dal sapere dominante coloniale a danno dei saperi subalterni non canonici, riprendendo, tra gli altri, i lavori fondamentali di Gloria Anzaldúa, bell hooks, Paulo Freire. Centrale rimane anche il lavoro di Silvia Federici.

presa di consapevolezza che la salute e la vita delle donne dipendono dall'abbattimento delle barriere della segretezza e della mistificazione che le istituzioni mediche maschili e maschiliste impongono sulle menti e sui corpi femminili (Ferritti 2023, 399).

#### **2.4. Lo svuotamento della legge 194, tra gruppi pro-life e politiche regionali in favore di associazioni antiabortiste**

L'art. 1 della legge 194/1978 *“Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza”* dice che

**1. Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio. L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite. Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite.**

Il testo della legge, frutto di un compromesso tra Partito comunista italiano e Democrazia cristiana, lasciò gran parte del movimento femminista disorientato (Stelliferi 2022). Come scrive Stelliferi, “già dal titolo la 194 è una legge che tutela la maternità ma non legalizza l'aborto” (Ivi, 120, traduzione mia), se non in alcune specifiche circostanze. Il compromesso tra autonomia della donna e controllo statale (D'Elia e Serughetti 2017, 57) ha dato origine ad una legge che, se è vero che norma l'accesso all'aborto, lo fa nel quadro di una forte medicalizzazione che non riconosce quel sapere e quella competenza rivendicati in tema di maternità e diritti riproduttivi dai nodi femministi<sup>29</sup> nel dibattito che ha accompagnato la nascita

---

<sup>29</sup> Competenza che è rivendicata anche oggi dal movimento transfemminista Non Una di Meno (*Abbiamo un piano. Piano femminista contro la violenza maschile sulle donne e la violenza di genere*: [https://nonunadimeno.files.wordpress.com/2017/11/abbiamo\\_un\\_piano.pdf](https://nonunadimeno.files.wordpress.com/2017/11/abbiamo_un_piano.pdf)). Cfr. anche Botti, C.

della legge 194/1978, pur nelle differenze sostanziali di prospettiva che separarono le diverse correnti del movimento<sup>30</sup> (Calloni 2001; D’Elia e Serughetti 2017; Pisa 2012; Stelliferi 2022). Nonostante l’eterogeneità delle prospettive femministe, infatti, la questione dell’aborto è riuscita a portare in strada migliaia di donne di diversa età, estrazione sociale, provenienza politica, religiosa e culturale (Stelliferi 2022), unite dall’esigenza di rivendicare il diritto all’aborto e una contraccezione informata che le liberasse dalle imposizioni di una maternità obbligatoria<sup>31</sup>. Lo scontento attorno al testo finale della legge fu così grande che nel 1981, a pochi anni dalla sua approvazione, la legge 194 passò attraverso un duplice referendum abrogativo<sup>32</sup>.

Fin da subito, furono evidenti i limiti e i problemi di applicazione, ostacolata, come già si è detto, dall’obiezione di coscienza, ma anche dall’utilizzo strumentale fatto dai gruppi *pro-life* della funzione che la legge 194/1978 attribuisce ai consultori familiari. L’art. 2, lettera d della legge 194 incarica i consultori di “far

---

e Boiano, I. (2019), *Dai nostri corpi sotto attacco. Aborto e politica*, Roma, Ediesse. Da tempo, inoltre, NUdM sostiene la necessità di uno spazio di dibattito autonomo su maternità e genitorialità, non tanto perché maternità e aborto siano ambiti separati, quanto piuttosto perché l’una non può diventare scusa per stigmatizzare l’altro. Nel report del Tavolo *Violenza e Autodeterminazione* dell’assemblea nazionale del 29-30 ottobre 2022, NUdM scrive: “Respingiamo innanzitutto il fatto che nella legge aborto e maternità siano associati: vogliamo che l’aborto sia disgiunto dal concetto di maternità, e che la genitorialità acquisisca invece una sua specificità”: <https://nonunadimeno.wordpress.com/2022/11/22/report-tavolo-violenza-e-autodeterminazione/> (consultato il 23 dicembre 2022).

<sup>30</sup> Nota la posizione di Carla Lonzi e di Rivolta Femminile, per cui l’aborto non può essere considerato un diritto perché la sua legalizzazione (e quindi l’esistenza di una legge statale) non pone in discussione la subalternità della sessualità femminile al desiderio maschile, che impone un modello di piacere incentrato sulla penetrazione/procreazione. Per approfondimenti sul tema, tornato malamente alla ribalta dopo le dichiarazioni della ministra Eugenia Roccella, si rimanda agli Scritti di Rivolta femminile (1978), *Sputiamo su Hegel. La donna clitoridea e la donna vaginale e altri scritti*.

<sup>31</sup> “Contracezione per non abortire, aborto per non morire”, recitava lo storico slogan oggi ripreso dal movimento transfemminista Non Una di Meno. In quegli anni, in Italia si stimavano da uno a tre milioni di aborti clandestini ogni anno (Lonzi 1978; Pastorino 1964).

<sup>32</sup> Nel 1981, la 194 fu sottoposta a ben due referendum parzialmente abrogativi, ma contrapposti: uno, promosso dai Radicali, chiedeva di eliminare l’articolo 1 e di alleggerire la legge di ogni elemento dissuasivo; l’altro, di stampo opposto, voluto dal Movimento Per la Vita, primo movimento *pro-life* nato subito dopo l’approvazione della legge 194, che mirava ad un’applicazione più restrittiva, di fatto limitata al solo aborto terapeutico.



superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza". In questo compito, i consultori possono avvalersi "della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato". È proprio questo articolo a permettere ai gruppi *pro-life* di stipulare convenzioni, partecipare a bandi, aprire CAV (Centri di Aiuto alla Vita) in ospedali e consultori pubblici (Balzano 2020).

L'autodeterminazione riproduttiva è costantemente minacciata dalla galassia di movimenti tradizionalisti cattolici *pro-life* e anti LGBTQI+ e dalle alleanze che questi ultimi hanno intrecciato soprattutto con le destre populiste. Non si intende approfondire qui questo legame, ampiamente discusso, seppur da differenti punti di vista e da diversi contesti, in altri lavori (Garbagnoli e Prearo 2018; Prearo 2020; Serughetti 2021)<sup>33</sup>. Non possiamo non menzionare, però, l'infiltrazione dei gruppi *pro-life* anche nelle giunte regionali e nelle amministrazioni locali, che hanno promosso mozioni, proposte di legge e fondi a favore di associazioni antiabortiste. Emblematico il caso della città di Verona, che ha ospitato il *World Congress of*

---

<sup>33</sup> Tuttavia, riprendendo le parole della poetessa e scrittrice Audre Lorde, si potrebbe dire che "Solo all'interno di una struttura patriarcale la maternità è l'unico potere sociale agibile alle donne" (Lorde 2014, 188). I temi dell'aborto e della maternità, a lungo temi cardine per una messa in discussione dell'ordine patriarcal-capitalistico da parte dei movimenti femministi, vengono oggi ripresi in chiave repressiva, spesso giocata attorno al nodo dello scontro di civiltà (Farris 2019), per riconfermare quello stesso ordine dominante e la catena di produzione e riproduzione sociale (Cosutta 2022).

*Family (WCF)*<sup>34</sup>, dichiarata nel 2018 “città a favore della vita” con la mozione 434<sup>35</sup> del Consiglio comunale. La mozione, poi ripresa pressoché identica da diversi altri comuni italiani (insieme a quella per la sepoltura automatica del feto senza il consenso dellə genitorə<sup>36</sup>), dispone finanziamenti ad associazioni e organizzazioni che portano avanti iniziative contro le interruzioni volontarie di gravidanza, come il progetto Gemma<sup>37</sup> della Fondazione Vita Nova, radicato in tutta Italia. Un altro caso eclatante è quello di Regione Piemonte, dove è stata raddoppiata la cifra stanziata al “Fondo vita nascente”: da 460mila euro ad un milione di euro (di soldi pubblici), destinati a progetti ed associazioni operanti nel “settore della tutela materno infantile”. Nel 2022, tra le realtà di tutela materno-infantile accreditate presso le Asl destinatarie di contributo comparivano molti CAV (centri di Aiuto alla Vita) e il Movimento per la Vita di Torino<sup>38</sup>.

<sup>34</sup> Per un approfondimento sul Congresso mondiale delle famiglie e sul legame internazionale tra movimenti estremisti “pro-life”, si veda Camilli, A., *Dio, patria e famiglia: tre giorni al Congresso di Verona*, in “Internazionale.it”, 1 aprile 2019, <https://www.internazionale.it/reportage/anna-lisa-camilli/2019/04/01/congresso-famiglie-verona>; D’Elia, C. e Serughetti, G., *Verona non è il Medioevo, è un modernissimo contrattacco*, in “Femministerie”, 29 marzo 2019, <https://femministerie.wordpress.com/2019/03/29/verona-non-e-il-medioevo-e-un-modernissimo-contrattacco/comment-page-1/>; Archer, N. e Provost, C., *Revealed: dozen of European politicians linked to US “incubator for extremism”*, in “OpenDemocracy”, 27 marzo 2019, <https://www.opendemocracy.net/en/5050/revealed-dozens-of-european-politicians-linked-to-us-incubator-for-extremism/>; European Parliamentary Forum for Sexual and reproductive Rights (EPF), *“Restoring the Natural Order”: The religious extremists’ vision to mobilize European societies against human rights on sexuality and reproduction*, <https://www.epfweb.org/node/175> (consultati il 27 dicembre 2022).

<sup>35</sup> *Cosa ha deciso Verona sull’aborto*, in “IlPost.it”, 6 ottobre 2018, <https://www.ilpost.it/2018/10/06/comune-verona-mozione-contro-aborto/>. Qui è disponibile la mozione: [https://portale.comune.verona.it/media/\\_ComVR/Cdr/SegreteriaConsiglio/Allegati/mozioni/2017-2022/434\\_moz.pdf?tt=verona\\_mobile](https://portale.comune.verona.it/media/_ComVR/Cdr/SegreteriaConsiglio/Allegati/mozioni/2017-2022/434_moz.pdf?tt=verona_mobile) (entrambi consultati il 23 dicembre 2022).

<sup>36</sup> Guerra, J., *Cosa sono i cimiteri dei feti e perché la destra li sta usando per colpire le donne*, in “fanpage.it”, 3 settembre 2022, <https://www.fanpage.it/attualita/cosa-sono-i-cimiteri-dei-feti-e-perche-la-destra-li-sta-usando-per-colpire-le-donne/> (consultato il 29 dicembre 2022).

<sup>37</sup> <https://www.fondazionevitanova.it/progetto-gemma/> (consultato il 23 dicembre 2022).

<sup>38</sup> <https://www.regione.piemonte.it/web/pinforma/notizie/risorse-raddoppiate-per-vita-nascente> (consultato il 9 ottobre 2023). Più recentemente, la proposta di Regione Puglia (poi sospesa), presentata all’interno del Piano regionale per le politiche familiari, prevedeva 5mila euro per chi avesse deciso di non interrompere la gravidanza, nonché la “schedatura” delle donne che avessero richiesto un’IVG: <https://www.rainews.it/tgr/puglia/video/2023/04/tgr-puglia-web-balena---abortomxf-1052f294-fd79-4ea7-93de-aa80cc5ad639.html> (consultato il 24 aprile 2023).

Il corpo femminile, la maternità libera e l'autodeterminazione delle donne in ambito riproduttivo vengono utilizzati come terreno di scontro di opposte concezioni biopolitiche (Garbellotti e Nubola 2022). Al crocevia di questi conflitti si trovano le persone e le loro esperienze nel relazionarsi con i servizi:

Mi reco al consultorio per richiedere informazioni circa l'aborto ma dopo avermi chiesto la data dell'ultima mestruazione mi fissano appuntamento per il colloquio all'11esima settimana e al mio sgomento circa la vicinanza col termine massimo per abortire ricevo come risposta: "Noi confidiamo che lei possa cambiare idea e tenere il bambino" (consultorio, Abruzzo, 2018).

Oggi sono stata nel consultorio del mio paese ed ho ottenuto il certificato con carattere di urgenza ma il colloquio con la dottoressa è stato uno schifo dicendomi che non mi libererò mai del senso di colpa e che potrei essere punita non potendo più diventare madre... in questo momento è stato come ricevere delle pugnalate, mi chiedo perché certa gente lavori nei consultori pubblici... (testimonianza di un accompagnamento realizzato da *Ivg*, *ho abortito e sto benissimo!*, struttura e Regione non specificate, luglio 2022).

### **3. L'accesso all'aborto alla prova della Covid-19**

La pandemia da Covid-19 ha esacerbato le disuguaglianze strutturali preesistenti, impattando in maniera molto diversa sui soggetti a seconda del loro posizionamento all'intersezione degli assi di potere (Crenshaw 1989; Yuval-Davis 2006). La sindemia ha colpito in modo sproporzionato le donne (UNFPA 2020), anche a causa del loro ruolo chiave negli ambiti di cura e socio-assistenziali (Ruspini 2022). Le misure di contenimento adottate per fronteggiarla, inoltre, non hanno tenuto adeguatamente conto di una prospettiva di genere, con effetti

devastanti sulle categorie più vulnerabili. Anche nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, le discriminazioni di genere sono risultate evidenti. Le difficoltà affrontate dalle donne e dalle persone gestanti nell'accesso a salute sessuale e diritti riproduttivi sono state aggravate a livello globale dalla limitazione - in alcuni casi, si è trattato di vera e propria interruzione - di prestazioni essenziali come quella dell'interruzione volontaria di gravidanza (EPF e IPPF 2020; UNFPA 2020)<sup>39</sup>. Le misure adottate dai diversi paesi in termini di accesso all'aborto durante la COVID-19 sono state eterogenee: se per alcuni governi, come quello polacco, la pandemia è stata l'occasione per sospendere i diritti fondamentali delle donne e inasprire ulteriormente la legislazione sull'aborto (Bojovic *et al.* 2021), in altri paesi, come il Regno Unito, la Francia e l'Irlanda si è incentivato il ricorso alla telemedicina e all'assistenza a distanza per l'aborto medico (*Ibidem*; EPF e IPPF 2020, 2), favorendo la migrazione degli aborti farmacologici precoci (EMA - *early medical abortion*) in contesti "extra clinici" (Moseson *et al.* 2021).

In Italia, la circolare 7422 del 16.03.2020 recante "Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19" ha chiarito l'inderogabilità del servizio di interruzione volontaria di gravidanza. Durante la prima ondata di contagi, tuttavia, il servizio è stato fortemente ridotto, trasferito se non sospeso del tutto, lasciando di fatto alle singole strutture ospedaliere la scelta su come riorganizzarlo (Lalli e Montegiove 2022; Relazione Ministro Salute 2022). Tra reparti chiusi, scarsità di informazioni, mancanza di procedure chiare in caso di positività e restrizioni alla mobilità, la pandemia e i relativi *lockdown* hanno approfondito le disuguaglianze nell'accesso all'aborto in ospedale: uno studio condotto dall'organizzazione Wo-

---

<sup>39</sup> La sospensione dei servizi dettata dalle condizioni di "eccezionalità" della pandemia ha ben evidenziato lo strapotere della "scienza" sul corpo di donna.

men on Web (WoW), per esempio, ha messo in evidenza la condizione di particolare vulnerabilità delle adolescenti italiane, meno a proprio agio nell'orientarsi nel sistema sanitario e più propense a ritardare i contatti con i servizi, anche a causa della scarsa conoscenza dei propri diritti legali (Brandell *et al.* 2022)<sup>40</sup>. In generale, comunque, WoW ha riscontrato un aumento di richieste nei primi nove mesi di pandemia da parte di paesi dove il sistema sanitario non prevede(va) l'aborto in telemedicina.

La ricerca rivela che anche in Italia vi è una richiesta e un uso di farmaci abortivi al di fuori delle strutture ospedaliere (*Ibidem*). Questo può avvenire per molteplici motivi: tra il più comune, la maggior accessibilità dell'IVG farmacologica in telemedicina per chi ha difficoltà a spostarsi. Ma anche precarietà lavorativa, impossibilità di chiedere ferie, desiderio di privacy<sup>41</sup>. Come già sottolineato, il “turismo” medico spesso necessario per accedere ad un'IVG anche in tempi non pandemici richiede risorse - in termini di tempo e denaro - di cui non tutti dispongono:

(...) tra l'altro ho chiesto se si potesse unificare il tampone con la giornata di domani in cui sarebbe stata prevista la prima somministrazione e mi hanno detto di no. Oggi 80 Km circa solo per un tampone... un giorno di ferie difficilissimo da ottenere (...) (*Ivg, ho abortito e sto benissimo!*, struttura e Regione non specificate, giugno 2022).

---

<sup>40</sup> *Women on Web* è un'organizzazione canadese senza scopo di lucro presente in gran parte del mondo che offre sostegno a donne e persone incinte che desiderano interrompere la gravidanza, inviando loro farmaci abortivi in telemedicina: <https://www.womenonweb.org/en/page/521/who-we-are> (consultato il 30 marzo 2023). Dalla ricerca condotta dall'organizzazione emerge come la privacy sia un elemento particolarmente importante per le adolescenti, che spesso preferiscono essere accompagnate da amici piuttosto che da familiari. La normativa italiana prevede che per accedere all'IVG le minorenni necessitino del consenso dell'è genitorè o dell'è tutorè legale, con la possibilità di rivolgersi ad un'è giudice tutelare.

<sup>41</sup> <https://jacobinitalia.it/aborto-e-telemedicina/> (consultato il 4 giugno 2023).

## 4. Femminismo intersezionale e attivismo digitale

L'onda femminista diffusasi a partire dal 2016 si distingue per un rapporto privilegiato con le tecnologie digitali, che le ha conferito, nel tempo, una dimensione "mainstream" globale. Esemplificativo, il fenomeno *#MeToo* che, a partire da un'esperienza comune, ha costituito un momento di presa di parola collettiva dirompente, facilitato da un uso massivo dei social (Peroni 2018a e 2018b). Certamente, le forme di partecipazione online non possono essere disgiunte dal sistema di oppressioni di cui sono parte e che contribuiscono ad alimentare, anche quando risultano essere spazi attraversati da soggettività dissidenti e marginalizzate. Tuttavia, come suggeriscono Gajjala e Ju Oh (2012), si può guardare allo spazio digitale come ad uno spazio di ambivalenze, dove i rapporti di potere possono essere rinsaldati ma anche discussi e smantellati attraverso l'uso delle tecnologie digitali. È questo che si intende proporre nel guardare all'uso fatto durante la pandemia della rete e dei suoi strumenti - i social media, le app di messaggistica istantanea come Whatsapp e Telegram -, divenuti strumenti fondamentali per mantenersi in contatto, organizzarsi e offrire sostegno e accompagnamento alle persone che dovevano/volevano accedere all'IVG.

### 4.1. La piattaforma di *Obiezione Respinta*: dal virtuale al reale

*Obiezione Respinta* (OBRES) nasce a Pisa tra il 2016 e il 2017, all'interno dell'occupazione della Limonaia - Zona Rosa<sup>42</sup>, come progetto di mappatura dal basso dell'obiezione di coscienza in Italia, a seguito di una serie di denunce contro una farmacia pisana che si rifiutava di vendere la "pillola del giorno dopo" all3 client3 (Settembrini e Obiezione Respinta 2020). La piattaforma online di *Obiezione Respinta* raccoglie le segnalazioni riguardanti le strutture dove viene esercitata

---

<sup>42</sup> Dopo lo sgombero della Limonaia - Zona Rosa, *Obiezione Respinta* si incontra negli spazi di Exploit, altra occupazione pisana.

l'obiezione di coscienza, le farmacie che si rifiutano di vendere la contraccezione di emergenza ma anche le realtà che applicano la legge e garantiscono l'accesso a IVG e contraccezione, fornendo una panoramica - in divenire - dei servizi ginecologici e ostetrici italiani. Il progetto, parte della rete transfemminista Non Una di Meno, è ad oggi un collettivo attorno cui si raccolgono student3, activist3, medic3, persone che hanno affrontato interruzioni di gravidanza e, con esse, "lo stigma dell'aborto e dell'obiezione di coscienza" (Mizzoni e Lombardo 2019, 53), animate dalla necessità di condividere e mettere in circolo le esperienze, provando a occupare lo spazio pubblico con narrazioni sull'aborto alternative a quelle dominanti:

Parlare di aborto in una piazza online diventa quindi sovversivo. Farlo in modo differente dalla norma, ci visibilizza, irrompe, rompe la solitudine che di solito ci accompagna in questi casi (Ivi, 55).

Durante l'emergenza sanitaria, *OBRES* ha rafforzato la propria rete di mutuo aiuto aprendo, insieme a *Ivg, ho abortito e sto benissimo!*, un canale Telegram (*SOSAborto - emergenza COVID-19*), con lo scopo di monitorare l'accesso ai servizi di IVG. Il canale si è fatto mezzo per fornire, in tempo reale, informazioni utili sulla riorganizzazione del servizio di IVG nelle singole strutture ospedaliere di cui *OBRES* e *Ivg, ho abortito e sto benissimo!* ricevevano segnalazione. Contemporaneamente, *#SOSAborto* è diventata una campagna rivolta alle istituzioni perché venisse incentivato il ricorso al metodo farmacologico, anche nei consultori e fino alla nona settimana di gestazione, con l'eliminazione dell'obbligo dei sette giorni di riflessione<sup>43</sup>. L'aggiornamento delle linee guida sull'aborto medico da parte del ministro Speranza nell'agosto 2020 è stato ottenuto anche grazie al lavoro di pressione e *advocacy* compiuto da realtà come *Obiezione Respinta*, Non Una di Meno, *Ivg, ho abortito e sto benissimo!*, nonché dalla preziosa rete di activist3 *pro-choice*

---

<sup>43</sup> [https://obiezionerespinta.info/campagna\\_sos\\_aborto/](https://obiezionerespinta.info/campagna_sos_aborto/) (consultato il 9 gennaio 2023).

e dagli appelli della comunità medica alleata (Settembrini e Obiezione respinta 2020).

L'esperienza di *Obiezione Respinta* è esemplificativa di quanto l'attivismo digitale, spesso considerato uno spazio che non genera cambiamenti reali, o che rischia di intiepidire e banalizzare le istanze dei movimenti sociali (Tufekci 2017), possa invece costituire un amplificatore di istanze che hanno un impatto nella vita offline. La segnalazione alla farmacia romana del novembre 2022 riportata nel paragrafo sull'obiezione, per esempio, è diventata a tal punto virale sui social (Facebook e Instagram) da arrivare al direttore della farmacia, che ha deciso la sospensione della dipendente e provveduto all'affissione delle delibere AIFA sulla contraccezione di emergenza, dando inoltre la propria disponibilità a organizzare seminari informativi sulla contraccezione di urgenza rivolta alle farmaciste<sup>44</sup>. La dimensione online, dunque, deborda in quella offline.

Gli spazi online sono attraversati da un continuo flusso di informazioni, rappresentazioni, conoscenze, pratiche che riflettono gli accadimenti del mondo e si situano in un rapporto di interconnessione e interdipendenza con la dimensione offline (Makrygianni *et al.* 2022). Se, come sostiene DiElle (2019, 15), c'è effettivamente il rischio che "(...) l'uso intensivo dei social network stia determinando un appiattimento dell'organizzazione delle reti e delle realtà in lotta, o che fanno *advocacy* su temi specifici, sul marketing di sé stesse", le modalità di fruizione e condivisione immediate che i social media permettono rendono possibili spazi di rivendicazione e partecipazione che, come nel caso della mappa interattiva di *OBRES*, "intrecciano la dimensione individuale e collettiva, gli spazi di vita online e offline, creando una rete di relazioni che si nutre di corpi, conoscenze situate e tecnologie" (Cossutta *et al.* 2018, 11).

---

<sup>44</sup>La comunicazione è reperibile sulla pagina Facebook di *Obiezione Respinta*: <https://www.facebook.com/obiezionerespinta> (consultato il 10 gennaio 2023). Il 26 maggio 2023, si è effettivamente tenuto all'Università Sapienza di Roma il seminario intitolato "Obiezione di (in)conscienza".





Fig. 1, 2 e 3 - Alcune infografiche informative realizzate da *Obiezione Respinta* in occasione del 28 settembre 2022, giornata internazionale per un aborto libero, sicuro e gratuito<sup>45</sup>

Proprio perché riconosciamo l’ambiguità dello sguardo delle tecnologie sul corpo delle donne e delle soggettività femminilizzate (Tripaldi 2023), è interessante guardare a quelle “smagliature” (Cossutta *et al.* 2018) aperte dalla condivisione di conoscenze utili a facilitare l’accesso alla salute riproduttiva<sup>46</sup>. Volgendo lo sguardo ai lavori che analizzano i gruppi di supporto per le malattie croniche come il diabete e la vulvodinia (Ferritti 2023; Young e Miller 2019), dove il social diventa strumento per costruire comunità di senso rispetto alla propria condizione medica, diffondere conoscenza e supporto emotivo, anche nel caso dell’aborto, seppur da presupposti diversi, è possibile riconoscere un uso collettivo dello spazio online volto a co-costruire conoscenza attorno ad una

<sup>45</sup> scaricabili qui: <https://drive.google.com/drive/folders/1diNJ5ut3C-55Ase-nykPt8OmTs5gZr3Bg?usp=sharing>

<sup>46</sup> Sull’ambiguità dello sguardo delle tecnologie sul corpo femminile, basti pensare alle attività di tracciamento delle *app* utilizzate per monitorare il ciclo mestruale, che hanno spinto molte donne a disinstallarle dai propri dispositivi dopo la revoca del diritto federale all’aborto negli Usa. Al contrario, penso però anche ad esperienze come quella della collettiva *Gynepunk*, che condivide pratiche hacker e strumenti di salute femminista per riappropriarsi degli strumenti freddi, inquietanti e spaventosi che utilizzano le istituzioni mediche (DWF 2014).

tematica che ancora oggi è circondata di tabù e cattiva informazione. Esemplificativo, il fatto che non siano disponibili informazioni istituzionali chiare e precise sui singoli passaggi e sulle modalità di accesso all'IVG, ma sia demandato alle singole o alle reti di mutuo-aiuto la ricostruzione e diffusione di suddette informazioni. Nelle Fig. 1, 2 e 3 un esempio di infografiche che spiegano le modalità di accesso all'aborto realizzate da OBRES in occasione del 28 settembre 2022, giornata internazionale per un aborto libero, sicuro e gratuito. Per la stessa ricorrenza, nel settembre 2023 il collettivo ha realizzato una guida specifica sull'IVG farmacologica.



Fig. 4 - Guida all'IVG farmacologica realizzata da Obiezione Respinta in occasione del 28 settembre 2023, reperibile sulla pagina Facebook di OBRES.

## 5. Conclusioni

Sebbene molto diversi tra loro, i gruppi di supporto all'aborto, presenti in tutto il mondo, forniscono una risposta alla negligenza istituzionale, facendosi comunità di cura. Sono spazi politici non solo di difesa dell'autodeterminazione e della libertà sessuale dall'attacco di governi conservatori e galassia "anti-gender" (Garbagnoli e Prearo 2018), ma anche di legittimazione culturale dell'aborto, che interrogano lo stigma che circonda la pratica e agiscono contro-narrazioni a partire dalle esperienze delle persone che abortiscono.

Senza dimenticare che lo spazio digitale non è neutro poiché riproduce disuguaglianze strutturali (di genere, di classe, di razza, di età, di dis/abilità etc.), relazioni di potere e modelli egemonici dominanti (Cossutta *et al.* 2018; Giugni 2022), senza dubbio la dimensione online può rappresentare però anche uno spazio di cura collettiva, soggettivazione e auto educazione, soprattutto per le nuove generazioni (Mainardi 2022), per cui i social media svolgono un ruolo cruciale nella vita di tutti i giorni (boyd 2014).

L'accompagnamento alle persone che decidono di abortire non è cosa nuova: esiste una lunga tradizione di scambio di informazioni, consigli, esperienze, nomi di medici alleati. Ciò che continua ad essere dirompente, però, è la risignificazione politica della pratica (Parodi 2014). Come scrive Camila Parodi: "Così, nel momento in cui la donna incinta che decide di abortire si allontana dal quadro di sofferenza che si svolge nel terreno clandestino, individuale e privato, si costruisce un nuovo territorio di resistenza collettiva all'oppressione" (traduzione mia). Si pensi, ad esempio, alla pratica di diffondere conoscenza sull'uso abortivo del misoprostolo in quei contesti in cui le restrizioni legali costringono le persone a pratiche non sicure, con elevati costi economici e sociali, nel tentativo di cambiare le condizioni di accesso all'aborto e aprire a nuove possibilità di autodeterminazione.

In Italia, una legge che legalizza l'aborto esiste da più di quarant'anni. Tuttavia, persistono problemi di applicazione e una forte stigmatizzazione delle donne che decidono di interrompere una gravidanza, spesso biasimate per non aver assunto contraccettivi, non averlo fatto adeguatamente o per avere una condotta sessuale "irresponsabile":

Le donne che ricevono in accoglienza sono state splendide ma purtroppo la ginecologa con cui ho avuto a che fare è stata spietata. Sono stata bersagliata tutto il tempo con informazioni su contraccettivi in quanto se ero lì per quel motivo era

perché non ero stata capace di usarli. Nemmeno le mie lacrime l'hanno fermata e ha proseguito senza alcun riguardo (Consultorio, Liguria, anno non specificato).

Sono entrata per chiedere la pillola del giorno dopo. In silenzio e dopo avermi guardata con disapprovazione, la farmacista mi ha portato la confezione e mi ha fatto la seguente paternale: "Lei non può usare questo come contraccettivo, deve usare altri contraccettivi, lo sa? È la prima volta che la prende, non può mica prenderla tutte le volte, non va bene!". Tutto questo senza ovviamente sapere nulla del perché e del come io la assuma o l'abbia eventualmente assunta in passato, e comunque penso senza nemmeno il diritto di doverlo sapere. Mi sono sentita infantilizzata e umiliata, sono molto arrabbiata (Farmacia, Emilia-Romagna, 2020).

In un sistema sanitario patriarcale, dove barriere legali, morali e sociali impediscono o ostacolano l'accesso all'aborto e ai diritti riproduttivi, gli spazi digitali possono costituirsi risorsa non solo per riscrivere le narrazioni sull'aborto attraverso uno *storytelling* in grado di decostruire quelle dominanti, sfidando lo stigma e al contempo informando sulle singole realtà legislative (International Network for Reduction of Abortion Stigma; Mandolini 2022; Michie *et al.* 2018), ma anche per riappropriarsi, in un'ottica di consapevolezza e autodeterminazione, della propria salute sessuale e riproduttiva, perché tenere le persone all'oscuro rispetto un processo fisiologico che coinvolge il loro corpo è una forma di violenza:

[...] Ieri non mi hanno spiegato cosa succederà, cosa dovrò fare. Un'infermiera mi ha dato la prima pillola mi ha rimessa in sala d'attesa per ricontrollarmi la pressione dopo un'ora e mandarmi a casa. Mai visto nemmeno il medico [...] (parte di una testimonianza, poi conclusasi positivamente, di un accompagnamento effettuato da *Ivg, ho abortito e sto benissimo!*, Ragusa, 2022).

Per questo, come sostengono le compagne *socorristas* argentine, “l’aborto è contenuto pedagogico”<sup>47</sup>, che va inserito nell’educazione affettiva e sessuale e rivendicato come diritto umano fondamentale.

Infine, le realtà di cui si è discusso in questo contributo ci pare possano fornire spunti di riflessione importanti per rilanciare il dibattito attorno allo stato di salute generale di diritti sessuali e riproduttivi, cercando di riallacciare le lotte che riguardano la procreazione con quelle di giustizia ecologica, economica e sociale (Clarke e Haraway 2018).

## Riferimenti bibliografici

- Arruzza, C., Cossutta, C. e Rudan, P. (2022), in *Tavola rotonda Femminismi: teorie e pratiche*, Pisa, Scuola Normale Superiore, 21 dicembre 2022.
- Balzano, A. (2021), *Per farla finita con la famiglia. Dall’aborto alle parentele postumane*, Milano, Meltemi editore.
- Bellucci, M. (2014), *Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo*, Buenos Aires, Capital Intelectual.
- Bojovic, N., Stanisljevic, J. e Giunti, G. (2021), The impact of COVID-19 on abortion access: Insights from the European Union and the United Kingdom, in *Health Policy*, Vol. 125, Issue 7, pp. 841-858 - <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.05.005>.
- Borghi, R. (2022), Pratiche di decolonialità di una femminista bianca: verso una politica della complicità, in *Programma Visiting Professor/Scientist 2022 del Dipartimento di Ingegneria civile, ambientale e architettura*, Università di Cagliari, 16 dicembre 2022.

---

<sup>47</sup> <https://twitter.com/socorristasarg/status/1608845359413080064/photo/1> (consultato il 14 gennaio 2023).

- Borghi, R. (2020), *Decolonialità e privilegio. Pratiche femministe e critiche al sistema mondo*, Roma, Meltemi editore.
- Borghi, R. (2018), “Appunti dal margine del centro”, in Cossutta, C., Greco, V., Mainardi, A. e Voli, S. (a cura di), *Smagliature digitali. Corpi, generi e nuove tecnologie*, Milano, Agenzia X, pp. 141-154.
- Botti, C. e Boiano, I. (2019), *Dai nostri corpi sotto attacco. Aborto e politica*, Roma, Ediesse.
- boyd, d. (2014), *It's Complicated: the Social Lives of Networked Teens*, trad. it. *It's complicated: la vita sociale degli adolescenti sul web*, Roma, Castelvecchi.
- Brandell K., Vanbenschoten H., Parachini M., Gomberts, R. e Gemzell-Danielsson, K. (2022), Telemedicine as an Alternative Way to access Abortion in Italy and Characteristics of Requests during the COVID-19 Pandemic, in *BMJ Sexual & Reproductive Health*, Vol. 48, Iss. 4, pp. 252-258.
- Brigo, A. e Sousa, M. (2022), Legalizzazione e depenalizzazione sociale dell'aborto in America Latina: un'analisi comparata tra Brasile e argentina, in *Nomos. Le attualità del diritto*, vol. 2/2022 - <https://www.nomos-leattualitaneldiritto.it/wp-content/uploads/2022/10/Brigo-Souza-Legalizzazione-depenalizzazione-sociale.pdf>.
- Calloni, M. (2001), “Dabates and Controversies on Abortion in Italy, in McBride Stetson, D. (ed. by), *Abortion Politics, Women's Movements, and the Democratic State*, Oxford, Oxford University Press, pp. 181-204.
- Castells, M. (2017), *Comunicazione e potere*, Milano, Università Bocconi Editore.
- Chavkin, W., Leitman, L., Polin, K. (2013), Conscientious Objection and Refusal to provide Reproductive Healthcare: A White Paper examinig Prevalence, Health Consequences, and Policy Responses, in *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 123, Suppl. 3, pp. S40-S56 - <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020729213600028>.

- Cilumbriello, A. e Colombo, D. (2000), “The Fight for Reproductive Rights in Italy”, in Klugman, B. e Budlender, D. (eds. by), *Advocating for Abortion Access. Eleven Country Studies*, Johannesburg, Witwatersrand University Press, pp. 157-172.
- Clarke, A. e Haraway, D. (2018) (eds. by), *Making Kin not Population. Reconceiving Generations*, trad. it. *Making Kin. Fare parentele, non popolazioni*, Roma, Derive Approdi.
- Comité de Planeación (2022), *Explorando el activismo vinculado al aborto seguro a través de las experiencias e historias de feministas que integran Redes de Acompañamiento en América Latina (2020-2021). Primer informe de resultados - Mayo del 2022* - <https://www.ibisreproductivehealth.org/publications/explorando-el-activismo-vinculado-al-aborto-seguro> (consultato il 7 dicembre 2022).
- Cossutta, C., Greco, V., Mainardi, A. e Voli, S. (a cura di) (2018), *Smagliature digitali. Corpi, generi e nuove tecnologie*, Milano, Agenzia X.
- Crenshaw, K. (1989), Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics, in University of Chicago Legal Forum, Vol. 1989, n. 1, Article 8, pp. 139-167 - <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8/>.
- D’Elia, C. e Serughetti, G (2017), *Libere tutte. Dall’aborto al velo, donne nel nuovo millennio*, Roma, Edizioni minimum fax.
- Davis, A. (1998), “Surrogates and Outcast Mothers: Racism and Reproductive Policies in the Nineties”, in James, J. (ed. by), *The Angela Y. Davis Reader*, Malden, Blackwell, pp. 210-221.
- Davis, A. (1981), *Women, Race & Class*; trad. it. *Donne, razza e classe*, Roma, Edizioni Alegre.
- De Zordo, Silvia (2016), Lo stigma dell’aborto e l’obiezione di coscienza. L’esperienza e le opinioni dei ginecologi in Italia e in Catalogna, in *Medicina nei secoli. Arte e scienza*, vol. 28, n. 1, pp. 195-248.

- De Zordo, S. (2013), *I veri motivi dell'obiezione di coscienza sull'aborto* - <https://abortoinchiesta.wordpress.com/2015/05/23/obiezione-coscienza-aborto-ricerca-antropologica/> (consultato il 9 novembre 2022).
- Drovetta, R.I. (2021), La práctica del aborto en manos de feministas en los 70, in *Estudios Feministas*, vol. 29, n. 2, pp. 1-15 - <https://www.jstor.org/stable/48628350>.
- Drovetta, R.I. (2015), Safe Abortion Information Hotlines: an Effective Strategy for increasing Women's Access to Safe Abortions in Latin America, in *Reproductive Health Matters*, vol. 23, n. 45, 47-57 - <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.06.004>
- Duden, B. (2002), *Die Gene im Kopf - der Fötus im Bauch. Historisches zum Frauenkörper*, trad. it. *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Duden, B. (1994), *Il corpo della donna come luogo pubblico*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Duden, B. (1993), *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*, Cambridge, Harvard University Press.
- Dwf DonneWomenFemme (2014), *TUTTA SALUTE! Resistenze (trans)femministe e queer*, vol. 103-104, n. 3-4.
- European Abortion Access Project - <https://europeabortionaccessproject.org/de/unsere-projekt/> (consultato il 20 dicembre 2022).
- European Parliamentary Focus for Sexual and Reproductive Rights (EPF) e International Planned Parenthood Federation (IPPF EN), *Sexual and Reproductive Health and Rights during the COVID-19 Pandemic*, 22 aprile 2020 - [https://www.epfweb.org/sites/default/files/2020-05/epf\\_-\\_ipff\\_en\\_joint\\_report\\_sexual\\_and\\_reproductive\\_health\\_during\\_the\\_covid-19\\_pandemic\\_23.04.2020.pdf](https://www.epfweb.org/sites/default/files/2020-05/epf_-_ipff_en_joint_report_sexual_and_reproductive_health_during_the_covid-19_pandemic_23.04.2020.pdf).



- Farris, S. (2019), *Femonazionalismo. Il razzismo nel nome delle donne*, Roma, Edizioni Alegre.
- Fattorini, Giovanni (2014), *I consultori in Italia*, Roma, L'Asino d'Oro.
- Federici, S. (2023), *Oltre la periferia della pelle. Ripensare, ricostruire e rivendere il corpo nel capitalismo contemporaneo*, Roma, D Editore.
- Fernández V., Sandra S. e Szwarc, L. (2018), Aborto medicamentoso: transferencias militantes y transnacionalización de saberes en Argentina y América Latina, in *ReviISE, Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, Vol. 12, n. 12, pp. 163-177 - <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/280>.
- Ferrero, L. (2021), "Aborto e obiezione di coscienza: motivazioni, percezioni e posizionamenti etici dei ginecologi", in Ferrero, L. e Pulice, E. (a cura di) *Pluralismo etico e conflitti di coscienza nell'attività ospedaliera. Scelte riproduttive e dibattiti sulla genitorialità (volume primo)*, Bologna, il Mulino, pp. 63-88.
- Ferritti, V. (2023), Vulvodinia tra invisibilità e invisibilizzazione. La tortuosa strada per il riconoscimento, in *AG About Gender. International Journal of Gender Studies*, vol. 12, n. 23 - <https://riviste.unige.it/aboutgender>, pp. 397-418.
- Foucault, M. (1978), *La Volonté de savoir. Histoire de la sexualité I*, trad. it. *La volontà di sapere. Storia della sessualità 1*, Milano, Feltrinelli, 2020.
- Gago, V. (2019), *La potencia feminista: O el deseo de cambiarlo todo*, trad. it. *La potenza femminista. O il desiderio di cambiare tutto*, Alessandria, Capovolte Edizioni, 2022.
- Galeotti, G. (2003), *Storia dell'aborto*, Bologna, Il Mulino.
- Gajjala, R. e Ju Oh, Y. (2012), *Cyberfeminism 2.0*, New York, Peter Lang Publishing.
- Garbagnoli, S. e Prearo, M. (2018), *La crociata "anti-gender". Dal Vaticano alle manif pour tous*, Torino, Edizioni Kaplan.

- Giugni, L. (2022), *La rete non ci salverà. Perché la rivoluzione digitale è sessista (e come resistere)*, Milano, Longanesi.
- Gissi, A. e Stelliferi, P. (2023), *L'aborto. Una storia*, Roma, Carocci editore.
- Graziano, V., Cangiano, S., Fragnito, M. e Romano, Z. (2019), *Cure ribelli. Tecnologie aperte per una cura come bene comune* - <http://wemake.cc/digital-social/cure-ribelli/>
- Haraway, D (1997), *Modest-Witness@Second-Millennium. FemaleMan- Meet- OncoMouse: Feminism and Technoscience*, Routledge, trad. it., *Testimone-moderata@femaleman-incontra-Oncotopo. Femminismo e tecnoscienza*, Milano, Feltrinelli.
- Haraway, D. (1988), Situated Knowledges: the Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective, in *Feminist Studies*, Vol. 14, n. 3, pp. 575-599.
- Haraway, D. (1985), *A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century*, trad. it. *Manifesto cyborg. Donne, tecnologie e biopolitiche del corpo*, Milano, Feltrinelli.
- Harding, S. (1986), *The Science Question in Feminism*, Milton Keynes, Cornell University Press.
- Inroads (International Network for Reduction of Abortion Stigma) - <https://www.makeinroads.org/>.
- Ivg, ho abortito e sto benissimo! - <http://hoabortitoestobenissimo.blogspot.com/>.
- Jelinska, K. e Yanow, S. (2018), Putting Abortion Pills into Women's Hands: realizing the Full Potential of Medical Abortion, in *an International Reproductive Health Journal Contracepcion*, Vol. 97, n. 2, pp. 86-89 - <https://doi.org/10.1016/j.contracepcion.2017.05.019>.
- Lalli, C. (2013), *La verità, vi prego, sull'aborto*, Roma, Fandango.
- Lalli, C. e Montegiove, S. (2022), *Mai dati. Dati aperti (sulla 194). Perché sono nostri e perché ci servono per scegliere*, Roma, Fandango.

- Legge 22 maggio 1978, n. 194 *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza* - <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=22302> (consultato il 28 ottobre 2022).
- Le smagliatrici (2019), "Lo spazio imprevisto. Legami femministi in ambiente digitale", in DWF DonnaWomenFemme (a cura di), *#Femministe. Corpi nella rete*, vol. 3, n. 123, Roma, Editrice Associazione Utopia, pp. 32-38.
- Lorde, A. (2014), *Sorella outsider. Gli scritti politici di Audre Lorde*, trad. Giacobino, M. e Gianello Guida, M., Milano, Il Dito e La Luna.
- Mainardi, A. (2022), *Digital Girls. Le ragazze e la ridefinizione dei rapporti di genere online e offline*, Pisa, Edizioni ETS.
- Makrygianni, V., Kamal, A., Rossi, L. e Galis, V. (2022), "Migrant Digital Space: Building an Incomplete Map to Navigate Public Online Migration", in Sandberg, M., Rossi, L., Galis, V., Bak Jørgensen, M. (eds), *Research Methodologies and Ethical Challenges in Digital Migration Studies. Approaches to Social Inequality and Difference*. Palgrave Macmillan, pp. 25-51 - [https://doi.org/10.1007/978-3-030-81226-3\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-81226-3_2).
- Mandolini, N. (2022), *Comics for Choice. Fumetto, giustizia riproduttiva e il potere del visual storytelling*, in "Studi sulla Questione Criminale online", 5 settembre 2022 - <https://studiquestionecriminale.wordpress.com/2022/09/05/comics-for-choice-fumetto-giustizia-riproduttiva-e-il-potere-del-visual-storytelling/>.
- Michie, L., Balaam, M., McCarthy, J., Osadchij, T. e Morrissey, K. (2018), From Her Story, to Our Story: Digital Storytelling as Public Engagement around Abortion Rights Advocacy in Ireland, in *2018 CHI Conference* - <https://doi.org/10.1145/3173574.3173931>.
- Mizzoni, E. e Lombardo, C. (2019), "Oltre la denuncia. Creare comunità in rete", in DWF DonnaWomenFemme (a cura di), *#Femministe. Corpi nella rete*, vol. 3, n. 123, Roma, Editrice Associazione Utopia, pp. 51-56.

- Moseson, H., Jayaweera, R. Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I.A., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Motana, R., Bercu, C., Carbone, S. e Gerdts, C. (2021), 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, in *The Lancet Global Health*, vol. 10, n. 1, pp. E105-E113 - [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00461-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00461-7).
- Montenegro, E. (2020), *Desandar el cissexismo en el camino a la legalización del aborto*, Buenos Aires, Puntos suspensivos ediciones.
- Mura, B. (2021), “I paradossi del (non) essere in guerra. Ma davvero si può scegliere tra sanità, salute e cura?”, in Farina, F. (a cura di), *Siamo in guerra. L'anno che per poterci curare non andammo da nessuna parte*, Milano-Udine, Mimesis editore.
- Obiezione Respinta - <https://obiezionerespinta.info/>.
- OMS, *Abortion Care Guideline* (2022) - <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483> (consultato il 31 ottobre 2022).
- Parodi, C. (2014), Soccoristas en red: parteras de nuevo feminismo, in *Revista Furias* - <https://revistafurias.com.ar/socorristas-en-red-parteras-nuevos-feminismos/> (consultato il 19 dicembre 2022).
- Pastorino, M. (1964), *Controllo all'italiana. Le interruzioni di maternità*, Milano, Milano Edizioni Avanti!.
- Perini, L. (2010a), Quando l'aborto era un crimine. La costruzione del discorso in Italia e negli Stati Uniti (1965-1973), in *Storicamente*, vol. 6, n. 41 - DOI: 10.1473/stor454.
- Perini, L. (2010b), Quando la legge non c'era. Storie di donne e aborti clandestini prima della legge 194, in *Storicamente*, 6, n. 7 - DOI: 10.1473/stor81.
- Perkins Gilman, C. (2002), *The Man-Made World or our Androcentric Culture*, Berkeley, West Margin Press.

- Peroni, C. (2018a), *#metoo e la presa di parola femminile. Intervista a Ida Dominijanni*, in “Studi sulla Questione Criminale online”, 8 marzo 2018 - <https://studiquestionecriminale.wordpress.com/2018/03/08/metoo-e-la-presa-di-parola-femminile-intervista-a-ida-dominijanni/>.
- Peroni, C. (2018b), *da #metoo a #wetogether: di stormi, maree e ricomposizioni possibili*, in “Effimera.org” - <http://effimera.org/metoo-wetogether-stormi-maree-ricomposizioni-possibili-caterina-peroni/>.
- Pisa, B. (2012), “Un’esperienza di femminismo laico e libertario: il Movimento di liberazione della donna”, in Pisa, B. e Boscato, S. (a cura di), *Donne negli anni Settanta. Voci, esperienze, lotte*, Milano, Franco Angeli, pp. 13-53.
- Prearo, M. (2020), *L’ipotesi neo-cattolica. Politologia dei movimenti anti-gender*, Milano, Mimesis Edizioni.
- Relazione Ministro Salute attuazione Legge 194/78 tutela sociale maternità e interruzione volontaria di gravidanza - dati definitivi 2020 (2022)* - <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioPublicazioni-Donna.jsp?lingua=italiano&id=3236> (consultato il 23 dicembre 2022).
- Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge 194/78 tutela sociale della maternità e per l’interruzione volontaria di gravidanza - dati 2021 (2023)*, - [https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=3367](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3367) (consultato il 9 ottobre 2023).
- Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019, *Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale* - [https://www.gimbe.org/osservatorio/Report\\_Osservatorio\\_GIMBE\\_2019.07\\_Definanziamento\\_SSN.pdf](https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2019.07_Definanziamento_SSN.pdf) (consultato il 14 giugno 2023).
- Roccella, Eugenia (a cura di) (1975), *Aborto facciamolo da noi!*, Roma - <https://archive.org/details/Aborto-FacciamoloDaNoi/mode/2up?view=theater> (consultato il 20 dicembre 2022).

- Roma, T. (2020), “Dai consultori italiani al Parlamento Europeo. Neofondamentalismo pro-life: storia, alleanze, tecniche e discorsi”, in Settembrini, C. e Obiezione respinta (a cura di), *Obiezione respinta! Diritto alla salute e giustizia riproduttiva*, Novate Milanese, Prospero Editore, pp. 159-172.
- Rolnik, S. (2019), *Esferas de la insurrección. Apuntes para descolonizar el inconsciente*, Buenos Aires, Tinta Limón.
- Ruspini, E. (2020), L'emergenza Covid-19 attraverso la lente di genere, in *Sicurezza e Scienze Sociali*, n. 2, pp. 42-58.
- Serughetti, G. (2021), *Il vento conservatore. La destra populista all'attacco della democrazia*, Bari-Roma, tempi nuovi Laterza.
- Settembrini, C. e Obiezione respinta (2020) (a cura di), *Obiezione respinta! Diritto alla salute e giustizia riproduttiva*, Novate Milanese, Prospero Editore.
- Stelliferi, P. (2022), “‘An Apparent Victory’? The Struggle for Abortion in Italy prior to the 194/1978 Law”, in Garbellotti, M. e Nubola, C. (a cura di), *Maternità negata, maternità rifiutata. L'aborto nei secoli XX-XXI/Motherhood Denied, Motherhood Rejected. Abortion in the 20th-21st Centuries*, Annali dell'Istituto storico italo-germanico in Trento/Jahrbuch des italienisch-deutschen historischen Instituts in Trient, 48, 2022/2.
- Torrì, C. (a cura di) (2023), *Aborto farmacologico in Italia. Tra ritardi, opposizioni e linee guida internazionali* - <https://medicidelmondo.it/the-impossible-pill-laborto-farmacologico-in-italia>
- Tripaldi, C. (2023), *Gender Tech. Come la tecnologia controlla il corpo delle donne*, Bari-Roma, tempi nuovi Laterza.
- Tufekci, Z. (2017), *Twitter and Tear Gas. The Power and Fragility of Networked Protest*, New Heaven, Yale University Press.
- Turco, L. (2016), *Per non tornare al buio. Dialoghi sull'aborto*, Roma, Ediesse.

- UNFPA (2020), COVID-19: a Gender Lens, Technical Brief protecting Sexual and Reproductive Health and Right and promoting Gender Equality - <https://www.unfpa.org/resources/covid-19-gender-lens>
- Yuval-Davis, N. (2006), Belonging and the Politics of Belonging, in *Patterns of Prejudice*, vol. 40, n. 3, pp. 196-213.
- Young, A.L. e Miller, A.D (2019), “The Girl is on Fire”. Sensemaking in an Online Health Community for Vulvodynia, in *Proceedings of the 2019 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, pp. 1-13 - <https://doi.org/10.1145/3290605.3300359>
- Zurbriggen, R., Keefe-Oates, B. e Gerdtz, C. (2018), “Accompaniment of Second-trimester Abortions: the Model of the Feminist Socorrista Network of Argentina”, in *an International Reproductive Health Journal Contracepcion*, vol. 97, n. 2, pp. 108-115 - <https://doi.org/10.1016/j.contracepcion.2017.07.170>