

# Le criticità etico-deontologiche e giuridiche della contraccezione d'emergenza

■ **Fabio Cembrani**<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Direttore Unità Operativa Medicina, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento*

## ABSTRACT

The Author examines the problems concerning emergency contraception and analyzes them in relation with levonorgestrel (LNG) mechanism of action and with different ethical implications surrounding the starting of life.

**Keywords:** levonorgestrel, emergency contraception

*Ethical, deontological and legal aspects of emergency contraception.*  
*Pratica Medica & Aspetti Legali 2007; 1(3): 135-140*

## ■ PREMESSA

La contraccezione d'emergenza (EC), o post-coitale, non è una pratica medica nuova, nonostante il levonorgestrel (LNG) sia un farmaco disponibile in Italia soltanto dal 2000, anno in cui il Ministero della Sanità ne ha autorizzato la commercializzazione e la dispensazione vincolandola, tuttavia, alla presentazione di ricetta medica.

Anche se già intorno al 1920 era stato dimostrato che gli estrogeni possono interferire, se somministrati precocemente, con la prosecuzione della gravidanza nei cani e nei cavalli, il primo caso di utilizzo di tali principi attivi su una donna vittima di violenza sessuale in un periodo presumibilmente ovulatorio risale alla seconda metà degli anni '60. Il primo target della contraccezione di emergenza è stato rappresentato proprio dalle donne vittime di violenza sessuale e, fino al 1990, più di un terzo dei farmaci utilizzati nella contraccezione di emergenza ha avuto questa indicazione d'uso anche se, dopo l'autorizzazione alla commercializzazione di LNG nel nostro Paese, il suo utilizzo è incrementato in maniera esponenziale (Tabella I).

Nonostante il suo largo utilizzo, tale pratica medica (spesso definita anche come "pillola del giorno dopo") ha sollevato numerose – e in gran parte insolite – questioni con ampi problemi aperti che testimoniano il pluralismo etico della nostra società, non fugati dalle prese di posizione assun-

te dal Comitato Nazionale per la Bioetica (maggio 2004) [1] e, più recentemente, dal presidente della FNOMCeO (dicembre 2006); ciò soprattutto a causa del meccanismo d'azione dei farmaci a tale scopo utilizzati che si esplica, nonostante esista al riguardo una confusione più ideologica che scientifica [2], con il blocco dell'ovulazione e con l'azione post-fertilizzante.

È su tali questioni che si intende qui riflettere, nel tentativo di proporre linee di comportamento che, pur tenendo conto dei molteplici fattori in gioco e delle posizioni morali ampiamente divergenti, siano coerenti con lo statuto ontologico della medicina, con le norme giuridiche che sovrintendono l'esercizio della professione medica e con le indicazioni della deontologia professionale.

Anno	Numero di confezioni vendute	Incremento %
2000	40.000	
2001	215.000	+ 437,5%
2002	240.000	+ 11,6%
2003	275.000	+ 14,6%
2004	310.000	+ 12,6%
2005	330.000	+ 6,5%
2006	345.000	+ 4,5%

**Tabella I.** *Uso della EC-LNG in Italia*

## ■ LA CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA

### I METODI DISPONIBILI E IL MECCANISMO D'AZIONE DI LEVONORGESTREL

“Contraccezione d'emergenza” non è un termine ambiguo, anche se il suo utilizzo è stato spesso, purtroppo, strumentalizzato in modo artefatto in relazione alle diverse (e contrapposte) posizioni etiche in gioco: mentre i cattolici la identificano nell'insieme delle pratiche a cui si fa generalmente ricorso dopo un rapporto sessuale presunto fecondante allo scopo di evitare la gravidanza qualora questa sia già iniziata [2,3], i laici la definiscono come l'insieme delle pratiche mediche utilizzate dopo un rapporto sessuale a rischio per ridurre la gravidanza indesiderata e l'aborto. Le due definizioni divergono non tanto riguardo al campo di impiego dei farmaci utilizzati (individuato, sempre e comunque, nel rapporto sessuale presunto fecondante e/o a rischio di gravidanza) quanto, invece, rispetto agli scopi del loro utilizzo, che per alcuni è abortigeno, interrompendo una gravidanza già iniziata, mentre per altri è preventivo potendo essere, addirittura, quest'ultimo, statisticamente calcolato, come è stato fatto negli Stati Uniti [4], in termini di riduzione del numero di gravidanze indesiderate (1,5 milioni) e di aborti volontari (800 mila).

Volendo rimanere estranei a questa *querelle* per evitare di proporre una nostra personale posizione morale sulla dibattuta questione, la contraccezione di emergenza può essere definita, coerentemente a quanto riportato nel foglietto illustrativo di Norlevo<sup>1</sup>, come l'insieme delle pratiche mediche utilizzate dopo un rapporto sessuale non protetto (in assenza di un'assunzione regolare, da parte della donna, di estro-progestinici, a seguito della rottura del condom, del non utilizzo di altri sistemi contraccettivi di barriera, ecc.), in un periodo presumibilmente ovulatorio.

Le metodiche EC oggi disponibili sono molteplici e identificabili:

- nella pillola estro-progestinica combinata, secondo lo schema di Yuzpe [5];
- nella spirale (o IUD), per lo più medicata al rame, che deve essere applicata entro 5 giorni dal rapporto presunto fecondante;
- in levonorgestrel (D-norgestrel).

<sup>1</sup> Nel foglietto illustrativo si legge: «La contraccezione d'emergenza è un metodo di emergenza che ha lo scopo di prevenire la gravidanza, bloccando l'ovulazione o impedendo l'impianto dell'ovulo eventualmente fecondato, se il rapporto sessuale è avvenuto nelle ore o nei giorni che precedono l'ovulazione, cioè nel periodo di massima probabilità di fecondazione. Il metodo non è più efficace una volta iniziato l'impianto»

Quest'ultimo farmaco, che è un progestinico sintetico per anni utilizzato a scopo contraccettivo, è in commercio, nel nostro Paese, dal 2000, con due distinti prodotti (Norlevo e Levonelle registrati con questa indicazione) contenenti due compresse da 0,750 mg da assumere, in dosi refratte, a distanza di 12 ore l'una dall'altra, entro e non oltre le 72 ore dal rapporto sessuale presunto fecondante e/o a rischio; nel marzo del 2007 sono state commercializzate confezioni contenenti una sola compressa con un dosaggio di 1,5 mg di principio attivo che, rispetto alle precedenti, a parità di effetto, ha una maggiore *compliance*.

Studi realizzati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità [6] dimostrano che levonorgestrel risulta circa tre volte più efficace dello schema di Yuzpe nel prevenire la gravidanza indesiderata, che il farmaco ha minori effetti collaterali rispetto alla combinazione estro-progestinica e che l'effetto preventivo risulta tanto più efficace quanto più precoce è stata la sua assunzione dopo il rapporto sessuale (Tabella II).

Esiste, dunque, un effetto lineare tra l'inizio del trattamento e l'efficacia del medesimo: il rischio di gravidanza, stimato nello 0,5% dei casi se LNG viene assunto dalla donna entro 12 ore dal rapporto sessuale presunto fecondante, aumenta di otto volte se l'assunzione del farmaco viene ritardata oltre le 72 ore.

Per LNG, come per altri contraccettivi di emergenza, sono stati ipotizzati i seguenti effetti conseguenti alla sua assunzione:

- inibizione o ritardo dell'ovulazione nel caso in cui il farmaco sia assunto in fase pre-ovulatoria;
- alterazioni delle caratteristiche del muco cervicale e della motilità degli spermatozoi;
- alterazioni della motilità tubarica con difficoltà di trasporto dell'ovulo fecondato (o dell'embrione);
- insufficienza luteinica (l'azione luteolitica non si manifesta nelle donne che hanno assunto solo estrogeni);
- alterazioni della fisiologia e della funzionalità dell'endometrio che rendono difficoltoso l'annidamento dell'ovulo fecondato in utero e/o addirittura lo impediscono con un'azione espletata sia a livello dei cosiddetti fattori di impianto che dello spessore endometriale.

Pur senza voler entrare nel dettaglio dei singoli effetti provocati da levonorgestrel deve esserne sottolineata, senza pregiudizi ideologici, la **pluralità dei meccanismi di azione** riconducibili a un duplice effetto:

- l'**interferenza con l'effetto ovulatorio** suscettibile di essere inibito e/o ritardato;
- la concreta possibilità di un'**azione post-ferertilizzante** connessa alla modificazione della mucosa uterina, all'alterazione della motilità tubarica e all'effetto sui fattori di impianta-

to ove la fecondazione sia effettivamente avvenuta.

Questo duplice effetto trova puntuale conferma nei foglietti illustrativi dei prodotti in commercio contenenti LNG che, dopo la commercializzazione, sono stati oggetto di una non sopita vicenda giudiziaria che, pur avendo avuto per oggetto l'informazione completa riguardo il meccanismo d'azione del principio attivo, testimonia l'ampia diversità delle posizioni etiche esistenti nel nostro Paese. Il riferimento è al ricorso presentato, nel 2001, al Tribunale Amministrativo Regionale della Regione Lazio dal Movimento per la vita e dal Forum delle Associazioni Familiari e alla sentenza del TAR (sentenza n. 8465 del 2001) che, accogliendo il ricorso, ha portato, come effetto, alla modificazione del foglietto illustrativo di Norlevo dove risulta, oggi, esplicitato che il principio attivo può impedire «l'impianto dell'ovulo eventualmente fecondato».

### LE ANTINOMIE MORALI RIGUARDO L'UTILIZZO DI LEVONORGESTREL E L'OBIEZIONE DI COSCIENZA

È stata ricordata la sentenza del Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio perché in essa sono contenuti alcuni interessanti passaggi che delimitano, in maniera oltremodo puntuale, la vera "zona grigia" all'origine di tutti i problemi aperti della contraccezione di emergenza [7]: ci si riferisce, in particolare, all'esistenza di contrastanti orientamenti etici circa il momento iniziale della vita umana che alcuni individuano nella avvenuta fecondazione, contrariamente ad altri che la ritengono iniziare successivamente all'impianto dell'uovo fecondato nella parete uterina, con la conseguenza, non ultima, che i primi ritengono LNG un farmaco dotato, a tutti gli effetti, di un'azione abortigena che impone l'osservanza dei limiti previsti dalla Legge 22 maggio 1978, n. 194 ("Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza") e consente ai professionisti della salute di rifiutarne la prescrizione (e la dispensazione) esercitando il diritto all'*obiezione di coscienza*.

Questa è la vera area di criticità che condiziona, a sua volta, tutta una serie di ulteriori problemi interpretativi riguardo l'inizio della gravidanza (e della vita umana), la portata e i limiti della contraccezione, i diritti della donna e quelli del nascituro. Le opinioni al riguardo sono molteplici anche se riassumibili, come poc'anzi ricordato, in due posizioni nettamente antitetiche e inconciliabili: la posizione (per lo più laica) di chi ritiene che la gravidanza identifica l'arco temporale compreso tra l'annidamento dell'uovo fecondato in utero e il parto e, dall'altra, la posizione (per lo più cattolica) di chi ritiene che la gravidanza decorre dal momento della fecondazione dell'ovulo. Per i primi l'utilizzo di LNG (e degli altri contraccettivi di emergenza) è una pratica contraccettiva-preven-

Intervallo rapporto/assunzione del farmaco	Schema Yuzpe (estro-progestinici)	Levonorgestrel (LNG)
Meno di 24 ore	2,0	0,4
24-48 ore	4,1	1,2
49-72 ore	4,7	2,7
Totale	3,2	1,1

**Tabella II.** Tasso di gravidanza (schema di Yuzpe e LNG) in relazione all'assunzione del farmaco dal rapporto sessuale

tiva mentre per i secondi configura una pratica abortiva intervenendo, rispettivamente, prima e dopo l'inizio della gravidanza.

La situazione risulta, evidentemente, molto complessa e non è solo teorica, come potrebbe apparire, in relazione, soprattutto, al diritto del personale sanitario all'*obiezione di coscienza* disciplinato dall'art. 9 della Legge n. 194/1978 (Tabella III) che viene prospettata del tutto lecita (e doverosa) da chi considera la contraccezione d'emergenza una pratica abortiva.

Questa tesi appare tuttavia debole per una serie di considerazioni di ordine giuridico che, *in primis*, sono da ricercare nella stessa norma che ha previsto, disciplinandola puntualmente, l'*obiezione di coscienza*, sia nell'oggetto («Le attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza»), sia nelle formalità che devono essere seguite («La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dall'ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento all'abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni»), sia, infine, nelle cause in cui essa viene meno («L'*obiezione di coscienza* non può essere invocata dal personale sanitario ed esercente le attività sanitarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo»).

L'attenta e puntuale lettura dell'art. 9 della Legge n. 194/1978 senza pregiudizi ideologici rileva, infatti, che il diritto del medico (e di tutti gli altri professionisti della salute) a sollevare obiezione di coscienza è circoscritto agli interventi finalizzati all'interruzione di una gravidanza accertata e non già a quelli mirati a prevenirla: più specificatamente [8] al «prendere parte alle procedure di cui agli artt. 5 e 7» della medesima legge che disciplina, rispettivamente, l'interruzione volontaria della gravidanza nei primi 90 giorni e fino alla possibilità di vita autonoma del feto quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna o quando siano stati accertati

<p><b>Legge 22 maggio 1978, n. 194</b>  <b>Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza</b></p>	<p><b>Art. 9</b></p> <p>Il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dall'ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento all'abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni.</p> <p>L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale.</p> <p>L'obiezione di coscienza esonera il sanitario ed esercente le attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento.</p> <p>Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenute in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La Regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale.</p> <p>L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario ed esercente le attività sanitarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo.</p> <p>L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente.</p>
--	---

**Tabella III.** *L'obiezione di coscienza alla luce della Legge n. 194/1978*

processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

L'obiezione di coscienza, per come disciplinata dalla Legge n. 194/1978, non può che essere, dunque, circoscritta all'interruzione volontaria di una gravidanza certa e cronologicamente datata e non già alla prevenzione della stessa, sia pur attuata con principi farmacologici attivi che esplicano la loro azione, come è stato in precedenza ricordato, con un'azione anti-ovulatoria e con una contestuale azione post-fertilizzativa.

Questa è, anche, la posizione assunta implicitamente dal Comitato nazionale per la Bioetica nel parere, del tutto puntuale, approvato il 28 maggio del 2004: parere che, tuttavia, riconosce al medico la possibilità di appellarsi, nella contraccezione di emergenza, alla cosiddetta *clausola di coscienza* e di rifiutare «la prescrizione o la somministrazione del LNG [...] in riferimento ai suoi possibili effetti post-fertilizzazione».

Il riferimento alla *clausola di coscienza* non introduce, peraltro, nessuna ulteriore sovra-struttura giuridica [10] considerato che, a rafforzamento di alcuni diritti garantiti dalla nostra Carta costituzionale<sup>2</sup>, il Codice di deontologia medica approvato il 16 dicembre del 2006 prevede che il medico possa ri-

futare la propria opera nel caso in cui gli siano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza e/o con il suo convincimento clinico confermando, comunque, il diritto alla obiezione di coscienza nell'ambito e nei limiti imposti dalle normative vigenti (Tabella IV).

Le previsioni sono chiare e puntuali e merita solo rimarcare la circostanza che il dettato deontologico pone su due piani distinti la *clausola di coscienza* e l'*obiezione di coscienza* circoscritta, rispetto alla prima, a quanto previsto dalle leggi vigenti: il riferimento è non solo alla Legge n. 194/1978 ma anche alla Legge n. 40/2004 ("Norme in materia di procreazione medicalmente assistita") che, all'art. 16, estende tale opzione morale alle «procedure e [...] attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'intervento di procreazione medicalmente assistita». La *clausola di coscienza* già a partire dal Codice di deontologia medica del 1997, ha, dunque, una portata più ampia rispetto all'*obiezione di coscienza* regolamentata da specifiche norme di settore che ne definiscono l'oggetto, i limiti, le formalità e i destinatari della dichiarazione; ed è di tutto interesse osservare come la stessa sia definita non come una mera opzione alternativa della prassi professionale ma come "perno" garantistico dell'autonomia diagnostico-terapeutica del medico rafforzata dall'esplicito livello di responsabilizzazione richiestogli nel fornire comunque alla persona «ogni utile informazione e chiarimento». Un'autonomia diagnostico-terapeutica necessariamente responsabile che, evidentemente, pone il medico nel diritto/dovere di agire

<sup>2</sup> Il riferimento è agli artt. 2, 19 e 21 della Costituzione e, più in particolare, nella libertà di coscienza, di religione e di pensiero che costituiscono diritti inviolabili riconosciuti e garantiti alla persona

rispettando la propria coscienza (e i propri valori morali) oltre al suo convincimento clinico, con il solo limite di non arrecare un «grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita» e fermo restando, comunque, il dovere (generale e non eludibile) di «fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento».

Se convincenti appaiono le previsioni della deontologia professionale medica, molto meno convincente risulta essere quanto invece prospettato dal Presidente della FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri), nella lettera-comunicazione dallo stesso inviata, l'11 dicembre 2006, ai presidenti di tutti gli Ordini professionali come risposta alle numerose richieste pervenute alla Federazione in merito al problema dell'obiezione di coscienza riguardo alla prescrizione di levonorgestrel con particolare attenzione ai medici che prestano il servizio di continuità assistenziale, individuati «tra i più interessati alla problematica e tra i più esposti ad eventuali denunce per omissioni di atti d'ufficio conseguenti alla mancata prescrizione» [9].

Nel documento, anche se nel tentativo di trovare il giusto equilibrio tra «il diritto del medico all'obiezione di coscienza» e «il diritto del paziente ad una prestazione che l'ordinamento giuridico riconosce come dovuta» (art. 1, Legge 405/75, «Istituzione dei consultori familiari»)<sup>3</sup>, si afferma:

- che la clausola di coscienza è un «concetto più sfumato rispetto all'obiezione di coscienza, riconosciuta nel nostro ordinamento giuridico solo nel caso di aborto e servizio militare, cioè di quei casi in cui l'azione del singolo è diretta alla soppressione della vita umana» anche se «sul piano sostanziale costituisce diritto assimilabile a quello proveniente dall'obiezione di coscienza» trovando «la sua consacrazione nella disposizione di cui all'art. 19 del Codice di deontologia medica del 1998»;
- che le modalità per esercitare la clausola di coscienza sono analoghe a quelle previste per l'obiezione di coscienza dalla Legge n. 194/1998 «trovando la legittimazione ad esercitare la clausola di coscienza la sua ragion d'essere nella disposizione di cui all'art. 9» della medesima.

Entrambe le affermazioni meritano la nostra critica.

È, innanzitutto, quanto mai ambigua la testuale «sfumatura» con cui il presidente della FNOMCeO connota la *clausola di coscienza* che, nel nostro ordinamento, si palesa come un diritto più ampio rispetto alla *obiezione di coscienza* circoscritta, per

<sup>3</sup> Poco comprensibile è il solo richiamo a questa norma del 1975 e non anche alla Legge n. 194/1978 se l'intento era quello di fare riferimento alla «somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in merito alla procreazione responsabile»

#### Codice di deontologia medica (approvato il 16 dicembre 2006)

Art. 22 Autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica	Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento
Art. 43 Interruzione volontaria di gravidanza	L'interruzione della gravidanza, al di fuori dei casi previsti dalla legge, costituisce grave infrazione deontologica tanto più se compiuta a scopo di lucro.  L'obiezione di coscienza del medico si esprime nell'ambito e nei limiti della legge vigente e non lo esime dagli obblighi e dai doveri inerenti alla relazione di cura nei confronti della donna

Tabella IV. La clausola di coscienza e l'obiezione di coscienza

il medico, ai soli interventi interruttivi della gravidanza e alle procedure finalizzate agli interventi di procreazione medicalmente assistita; e ciò non solo in virtù dell'esplicito dettato costituzionale (e dei principi inviolabili garantiti alla persona), ma anche delle inequivocabili indicazioni della deontologia professionale che, già a partire dal 1997, lo pongono a fondamento costitutivo dell'autonomia responsabile del medico.

E alquanto discutibile appare la scelta di sovrapporre le modalità di esercizio del diritto alla *clausola di coscienza* con quelle previste dalla Legge n. 194/1978 che, lo ricordiamo, prevede la previa comunicazione dell'obiettore al medico provinciale (ora al direttore generale dell'ASL) e, nel caso di personale dipendente dell'ospedale o dalla casa di cura, al direttore sanitario, entro un mese dal conseguimento dell'abilitazione o dall'assunzione, fermo restando che la medesima produce effetto a distanza di un mese dalla sua presentazione; scelta, questa, che ci sembra «ingessare» pericolosamente l'esercizio della *clausola di coscienza* che è un diritto molto più ampio rispetto all'*obiezione di coscienza* innescato non solo dalla pratica della contraccezione di emergenza e della procreazione medicalmente assistita ma da tutte le richieste di prestazioni che contrastano con il convincimento clinico del medico, con la sua coscienza e, parimenti, con i suoi valori personali.

## CONCLUSIONI

La contraccezione di emergenza è una pratica medica che solleva ampie questioni sul piano etico-giuridico non fugate dalle recenti prese di posizione assunte dal Comitato nazionale per la Bioetica (maggio 2004) e del presidente della FNON-

CeO (dicembre 2006); ciò a causa, in particolare, del meccanismo d'azione dei farmaci utilizzati che si esplica con il blocco dell'ovulazione e con l'azione post-fertilizzante.

Quest'azione farmacologica, per chi ritiene che la vita inizia dal momento della fecondazione dell'ovulo antecedente l'impianto in utero e considera quindi l'effetto abortigeno ad esso conseguente nonostante la gravidanza non sia stata accertata, solleva ampi dilemmi morali che legittimano il rifiuto della prescrizione o della somministrazione di levonorgestrel attraverso l'esercizio della *clausola di garanzia* prevista dall'art. 22 del Codice di deontologia medica approvato il 16 dicembre 2006.

In questo caso al medico è tuttavia richiesto:

- di fornire alla donna «ogni utile informazione e chiarimento»;
- di provvedere affinché la stessa possa accedere alla prescrizione in maniera tempestiva e appropriata, tenuto conto della circostanza che la EC-LNG agisce tanto più quanto prima viene utilizzata con un rischio di gravidanza stimabile intorno allo 0,5% se levonorgestrel

viene usato entro 12 ore dal presunto rapporto fecondante ma con un rischio 8 volte superiore se l'assunzione viene ritardata dopo le 72 ore.

Non è paradossale che al medico, proprio nella situazione in cui anteponga le sue convinzioni morali a una legittima richiesta di aiuto, sia richiesto un impegno e un'attenzione ancora maggiori. Egli, sia pur fermo davanti alla propria coscienza e ai propri valori morali, è chiamato comunque a informare la donna e a porre in essere tutte le più idonee e opportune soluzioni organizzative che consentano alla medesima di ottenere la prescrizione e di assumere il più rapidamente possibile il farmaco, per l'effetto lineare che esiste tra l'inizio del trattamento e l'efficacia del medesimo.

Il non adoperarsi in tale direzione, oltre a determinare un'infrazione deontologica sanzionabile sul piano disciplinare, può configurare l'ipotesi delittuosa del rifiuto/omissione di atti d'ufficio di cui all'art. 328 del Codice penale e, dunque, un addebito di responsabilità professionale di rilevanza penale.

## ■ BIBLIOGRAFIA

1. Comitato nazionale per la bioetica. Nota sulla contraccezione d'emergenza (parere approvato il 28 maggio 2004)
2. Di Pietro ML, Minori R. La contraccezione d'emergenza. *Medicina e morale* 2001; 1: 11-39
3. Di Pietro ML, Casini M, Fiori A, Minatori R, Romano L, Bompiani A. Norlevo e obiezione di coscienza. *Medicina e morale* 2003; 3: 411-55
4. Stewart F, Trussell J, Van Look P. Emergency contraception. In: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Guest F et al. *Contraceptive Technology*. New York: Ardent Media, 2004; pag. 278-303
5. Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Leyshon JI. Post coital contraception: a pilot study. *J Reprod Med* 1974; 13: 53-8
6. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorelgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998, 352: 428-43
7. Casini M, Di Pietro ML. La commercializzazione del Norlevo: dal Decreto n. 510/2000 del 26 settembre del Ministro della Sanità alla sentenza n. 8465/2001 del 12 ottobre 2001 del TAR Lazio. *Il diritto di famiglia e delle persone* 2002; 2: 428-57
8. Benciolini P, Aprile A. L'interruzione volontaria della gravidanza. *Compiti, problemi, responsabilità*. Padova: Liviana Editrice, 1990
9. Bianco A. Pillola del giorno dopo. Obiezione di coscienza. Roma: Ordine dei Medici, 11 dicembre 2006
10. Cembrani F. La clausola di coscienza e l'obiezione di coscienza: solo una questione di lessico? *Professione* (in corso di pubblicazione)