

PILLOLA DEL GIORNO DOPO: L'OBIEZIONE DI COSCIENZA È LEGITTIMA

ROMA, domenica, 6 aprile 2008 (ZENIT.org).- Pubblichiamo di seguito per la rubrica di Bioetica l'intervento del dottor Renzo Puccetti, specialista in medicina interna e Segretario del Comitato "Scienza & Vita" di Pisa-Livorno.

* * *

Nella mia città ha suscitato notevole scalpore la denuncia pervenuta all'azienda sanitaria locale di presunti disservizi di cui sarebbero state "vittime" due ragazze in cerca della prescrizione della pillola del giorno dopo. In un caso in particolare i giornali riportano che una ragazza, recatasi nel pieno della notte presso una delle postazioni della guardia medica, avrebbe trovato affisso al portone un cartello con la seguente scritta: *"Non si prescrive la pillola del giorno dopo. Entro 72 ore rivolgersi al medico curante; privato; P.S.; ginecologia; consultorio"*. I medici saranno ascoltati dal responsabile dell'USL.

Il caso, di su cui non è opportuno dilungarsi in questo contesto, offre l'occasione per affrontare la questione del comportamento del medico di fronte alla richiesta della pillola del giorno dopo. Mi scuso anticipatamente coi lettori perché non riuscirò ad essere breve, data la complessità dell'argomento e le numerose sfaccettature, tanto che all'analisi del profilo di efficacia e tollerabilità della pillola del giorno dopo sarà dedicato un prossimo, specifico intervento.

La pillola del giorno dopo è una delle modalità per realizzare una pratica che viene definita nel linguaggio ufficiale "contraccezione d'emergenza" (CE). Si tratta di una procedura farmacologica che esalta le problematiche etiche connesse alla prescrizione e all'assunzione della contraccezione ormonale di cui si è già parlato (vd. ZENIT, ["La contraccezione è un 'male minore' rispetto all'aborto?"](#)).

Il primo problema riguarda il meccanismo d'azione. Purtroppo non esiste un sistema standardizzato che consenta di rilevare la vitalità di un embrione prima del suo impianto nella parete uterina. Per scoprire quindi se la CE agisce non soltanto con meccanismo anti-ovulatorio, ma anche ostacolando le fasi successive dello sviluppo embrionale, ci si deve affidare a valutazioni indirette. In particolare è stata valutata la presenza di un eventuale scarto tra la percentuale di ovulazioni sopresse e la percentuale di gravidanze clinicamente rilevate (una tale differenza proverebbe che la pillola del giorno dopo agisce con meccanismi diversi dall'interferenza con l'ovulazione; tali meccanismi non potrebbero consistere in effetti sul muco cervicale e la motilità spermatica, perché la pillola non potrebbe agire in tempo utile, e quindi necessariamente dovrebbero essere meccanismi post-fertilizzativi). Inoltre si sono ricercate eventuali alterazioni anatomiche, biochimiche, funzionali a livello tubarico e uterino, ostative nei confronti della sopravvivenza dell'embrione.

La CE con levonorgestrel (LNG) è in grado d'inibire o ritardare l'ovulazione con percentuale assai modesta: 30,5% (Landgren, 1989), 14,4% (Chang-Hai, 1991); 41,6% (Hapangama, 2000); 26,6% (Durand, 2001). A fronte di questo dato verificato manca purtroppo un dato certo sull'efficacia complessiva della CE nell'impedire le gravidanze clinicamente rilevate. Questo avviene perché non è mai stato condotto uno studio prospettico, randomizzato e controllato con placebo (non è sembrato etico non somministrare la pillola del giorno dopo presupponendone una certa efficacia). Lo studio più citato in materia, quello condotto per conto dell'OMS (Task

Force, 1998), ha così effettuato un confronto tra il numero di gravidanze che si sono registrate tra le donne che assumevano la pillola del giorno dopo e le gravidanze rilevate in un gruppo di donne arruolate nel periodo 1982-85, sane, prive all'anamnesi di problemi di fertilità, alla ricerca di una gravidanza (Wilcox, 1995). Questo confronto aveva evidenziato un'efficacia complessiva della pillola del giorno dopo pari all'85%, (95% se assunta nelle prime 24 ore, 85% tra 24 e 48 ore, 58% tra 48 e 72 ore). Questo tipo di disegno sperimentale però, non potendo contare su un confronto tra gruppi di soggetti omogenei, ha elevate probabilità di fornire risultati inaccurati. Successive analisi infatti hanno evidenziato come per le donne che richiedono la pillola del giorno dopo la probabilità di rimanere incinte dopo un singolo rapporto sessuale senza assumere la CE è del 4% , una probabilità molto più bassa rispetto a quanto presunto nello studio OMS (Levine, 2006). Sulla base di questi dati la probabilità della pillola del giorno dopo d'impedire la gravidanza non sarebbe dell'85%, ma del 50-60%. Si tratta di percentuali, di numeri relativi che vengono comprese meglio utilizzando numeri assoluti. Se a seguito di un rapporto sessuale una donna ha circa il 4% di probabilità di rimanere incinta, con la pillola del giorno dopo tale probabilità scende all'1-2%; una riduzione assoluta del rischio del 2-3%. In pratica su 33-50 donne a cui è somministrata la pillola del giorno dopo solamente una eviterebbe effettivamente la gravidanza, le altre avrebbero assunto la pillola inutilmente (Leung, 2008).

Per quanto riguarda invece gli studi sulla mucosa uterina (endometrio) vi sono numerose segnalazioni di anomalie biochimiche ed ultrastrutturali (Landgren, 1989; Wang, 1998; Ugocsai, 2002; Marions, 2002). Alcuni autori hanno verificato in vitro la capacità dell'embrione di aderire a campioni di tessuto endometriale in presenza o assenza di LNG nel mezzo di coltura: in presenza di LNG la percentuale di embrioni che riescono ad aderire all'endometrio è risultata ridotta del 16%, una percentuale statisticamente non significativa, ma è da tenere presente l'esigua dimensione numerica del campione. A suggerire inoltre un potenziale effetto post-fertilizzativo del LNG vi è anche il riscontro di una certa efficacia del farmaco anche quando somministrato 72-120 ore di distanza da un rapporto "a rischio" di gravidanza (von Hertzen, 2002). Per tutti questi motivi gli autori di una revisione sull'argomento affermano: "*Non possiamo concludere che la pillola per la CE non impedisca mai la gravidanza dopo la fecondazione*" (Trussel, 2006).

Risulta quindi evidente che la somministrazione della pillola del giorno dopo abbia serie possibilità di determinare delle modificazioni che si traducono in un effetto occisivo nei confronti dell'embrione. Il medico che in coscienza voglia rispettare la vita a partire dal suo inizio, dal momento del concepimento non può non applicare il principio di precauzione ed astenersi dalla prescrizione di tale farmaco. È eloquente quanto l'allora ministro della salute Maria Pia Garavaglia, in un documento ufficiale ed impegnativo per il governo quale la relazione annuale sullo stato di applicazione della legge 194 così si esprimesse nel 1992: "*è motivo di preoccupazione il diffondersi probabile di metodiche impropriamente chiamate contraccettive, che, in realtà non impediscono la fecondazione dell'ovulo, e che perciò non vanno catalogate nel campo della contraccezione. Variamente denominate ("pillola del giorno dopo", "contragestazione", "pulizia mestruale") queste metodiche vengono usate dopo un rapporto non protetto, omesso l'accertamento della gravidanza. Sfuggono perciò ad ogni controllo, anche se violano la legge 194, il cui art. 1 non distingue tra tutela della vita prima o dopo l'impianto e possono aumentare in modo non verificabile la quantità di abortività clandestina*" (cfr Casini M.,

Spagnolo A. 2002). Il ministro della salute di allora accomuna pertanto l'uso della pillola del giorno dopo al fenomeno dell'abortività clandestina.

A questo punto il medico che non desideri mettere in atto una condotta che sia contraria ai propri convincimenti morali può legittimamente invocare la cosiddetta clausola di coscienza. Nel 2004 Il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB), proprio per i riconosciuti possibili effetti post-fertilizzativi della pillola del giorno dopo, all'unanimità ha riconosciuto ai medici la possibilità di non prescrivere la pillola del giorno dopo (Comitato Nazionale di Bioetica, 2004). Certo, quello del CNB è solo un parere, seppure autorevole, ma che non fa altro che prendere atto del codice deontologico e riconoscerne il valore etico. Il documento del CNB non ha usato l'espressione "obiezione di coscienza" dal momento che questa è riconosciuta in campo sanitario solamente nell'ambito della legge 194/78 (la legge che legalizza l'aborto), della legge 40 (la legge sulla fecondazione artificiale) e dalla legge 413/93 (Norme sull'obiezione di coscienza alla sperimentazione animale).

Alcuni sostengono che nel caso della pillola del giorno dopo il medico non possa invocare l'obiezione di coscienza perché questa è prevista dalla legge in relazione all'interruzione di gravidanza; dal momento che la gravidanza viene fatta iniziare con l'impianto dell'embrione nella mucosa uterina la pillola del giorno dopo, anche impedendo l'annidamento dell'embrione, non realizzerebbe un'interruzione della gravidanza. Da qui le conclusioni di costoro: niente interruzione di gravidanza, niente obiezione di coscienza. Questa posizione risulta a ben vedere frutto di una faziosità irricevibile.

La legge 194 riconosce l'obiezione di coscienza proprio perché valuta come fondate le motivazioni di coloro che non intendono in alcun modo porre in essere comportamenti in qualsiasi modo lesivi per l'embrione, un essere umano vivente. Si tratta delle stesse motivazioni esercitate dai medici nel campo della fecondazione artificiale, che infatti anche in questo caso la legge riconosce. È ovvio che la legge 194, regolando l'interruzione della gravidanza, ha come presupposto necessario la diagnosi di gravidanza e questa allo stato delle cose può essere routinariamente effettuata soltanto ad impianto avvenuto mediante il dosaggio dell'ormone beta-HCG. È quindi del tutto evidente l'intento del legislatore di salvaguardare la coscienza di coloro che affermano l'intangibilità della vita umana sin dal suo inizio, indipendentemente dalla localizzazione spaziale dell'embrione (se si può obiettare per rispetto dell'embrione nell'utero e nella provetta, risulta paradossale che non lo si possa fare per l'embrione che si trovi nella tuba della madre).

A conferma della capziosità della posizione che non vuole riconoscere spazio alla coscienza del medico nell'ambito della prescrizione della pillola del giorno dopo è giunta nel dicembre 2006 la posizione della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici (FNOMCeO) che ha di fatto assimilato la clausola di coscienza evocata dal CNB all'obiezione di coscienza indicata nella legge 194: *"tale clausola di coscienza sul piano sostanziale costituisce diritto assimilabile a quello proveniente dall'obiezione di coscienza"* (FNOMCeO, 2006). Il medico, pertanto, per potere invocare la clausola di coscienza a fronte di una richiesta di prescrizione della pillola del giorno dopo, deve avere precedentemente fatto ufficiale dichiarazione di obiezione di coscienza secondo quanto previsto dalla legge 194 (FNOMCeO, 2006). Sul fatto quindi che il medico possa invocare il codice deontologico a propria difesa quando si rifiuta di prescrivere la pillola del giorno dopo non esistono margini di dubbio.

L'idea che l'esercizio della clausola di coscienza nella prescrizione della pillola del giorno dopo violi l'articolo 36 del codice di deontologia medica (*"Allorché sussistano condizioni di urgenza, tenendo conto delle volontà della persona se espresse, il medico deve attivarsi per assicurare l'assistenza indispensabile."*) è quanto mai bislacca. Come si può infatti ravvisare le "condizioni di urgenza" quando vi sono fino a 72 ore per intervenire, tanto che negli stessi pronto soccorso questi casi vengono inclusi tra i codici bianchi, cioè tra quelli a più bassa priorità? Insomma, dov'è l'urgenza?

È chiaro che l'esercizio della clausola di coscienza non può identificarsi con una condotta di abbandono terapeutico. Il medico, pur obiettore, ha il dovere di ascoltare, visitare, informare, prospettare alla donna le soluzioni che ritiene in scienza e coscienza idonee. Resta però un punto non chiarito: il medico obiettore, dopo avere svolto i suddetti doveri, ha anche il dovere di indirizzare la donna al collega non obiettore? A tale quesito la nota del 2006 della FNOMCeO risponde nettamente in modo affermativo: *"La Federazione ritiene, per quanto evidenziato, che nel caso in cui al medico obiettore di coscienza sia richiesta la prescrizione di cui trattasi, lo stesso non può limitarsi ad esprimere la propria obiezione ma debba provvedere nell'ambito delle proprie responsabilità affinché la richiedente possa accedere con tempi e modalità appropriate alla prescrizione"*.

La fonte normativa deontologica a cui ci si rifà è l'articolo 22 del codice deontologico che stabilisce che il medico *"deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento"*. Si tratta di una formulazione piuttosto vaga, che non impone esplicitamente l'indirizzo del paziente al collega non obiettore, atto, che il medico obiettore può percepire come collaborazione almeno materiale al male, un atto cioè che il medico obiettore può sentire in coscienza di dovere rifiutare. Non casualmente il parere del CNB del 2004 si esprime su questo punto in modo divergente rispetto alla FNOMCeO: *"Sarà in ogni caso dovere del medico, quali che siano le sue opinioni, fornire alla donna un'informazione completa circa il ricorso ai prodotti in oggetto e ai loro possibili meccanismi di azione"*.

Insomma, il medico obiettore ha il dovere di informare, non di indirizzare. L'onere di evitare che la clausola di coscienza del medico non leda quello che la FNOMCeO individua come *"diritto del paziente ad una prestazione che l'ordinamento giuridico riconosce come dovuta"* (sulla base dell'articolo 1 della legge 405/75 istitutiva dei consultori familiari) dovrebbe essere a carico delle Autorità e delle Istituzioni competenti (cfr. Postilla al documento del CNB Nota sulla contraccezione d'emergenza, 28-05-2004). Non casualmente i responsabili dell'Unità Sanitaria Locale pisana hanno annunciato di volere richiedere ai medici della continuità assistenziale di volere chiarire la loro posizione in materia di prescrizione della pillola del giorno dopo al fine di organizzare il servizio in maniera conseguente.

Come nota a margine è da citare la posizione di quanti auspicano l'abolizione dell'obiezione di coscienza per l'aborto; si sostiene che se questa era giustificata al momento dell'approvazione della legge 194, quando molti medici si erano laureati quando l'aborto era un reato penalmente perseguito, oggi che l'aborto è "un diritto" delle donne coloro che scelgono di fare i medici dovrebbero sapere che tra le richieste che il medico deve soddisfare è incluso anche l'aborto. Si ipotizza pertanto come soluzione quella di non assumere medici obiettori nei reparti ginecologici (Flamigni, 2008). Credo che una prospettiva adeguata per cogliere l'estremismo e la violenza di queste proposte sia la lettura dell'articolo 4 della legge sull'obiezione di coscienza nei confronti della sperimentazione animale: *"Nessuno può subire conseguenze sfavorevoli, per essersi rifiutato di praticare o di*

cooperare all'esecuzione della sperimentazione animale" (comma 1). "I soggetti che ai sensi dell'articolo 1 dichiarino la propria obiezione di coscienza alla sperimentazione animale hanno diritto, qualora siano lavoratori dipendenti pubblici e privati, ad essere destinati, nell'ambito delle dotazioni organiche esistenti, ad attività diverse da quelle che prevedono la sperimentazione animale, conservando medesima qualifica e medesimo trattamento economico" (comma 2).

Davvero originale che a nessuno dei paladini della scienza e della ricerca laica sia venuto in mente di chiedere l'abolizione dell'obiezione di coscienza quando si sperimenta sul girino. Sembra che per alcuni l'unico animale contro cui non è ragionevole avere scrupoli sia l'uomo non ancora nato.

Bibliografia:

1. Casini M, Spagnolo GA. Aspetti giuridici, deontologici ed etici della prescrizione medica degli estroprogestinici a scopo contraccettivo. *Medicina e Morale* 2002/3: 429-451.
2. Chang-Hai, et al. A multicentre clinical study on two types of levonorgestrel tablets administered for postcoital contraception. *Int J Gynecol. Obstet.* 1991;36:43-8.
3. Comitato nazionale di Bioetica. Nota sulla contraccezione d'emergenza. 28-05-2004.
http://www.palazzochigi.it/bioetica/testi/contraccezione_emergenza.pdf.
4. Durand M, et al. On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001;64:227-34.
5. Flamigni C. Aborto, basta obiezione. *Micromega*, feb. 2008. <http://temi.repubblica.it/micromega-online/aborto-basta-obiezione/>
6. FNOMCeO. "Pillola del giorno dopo". Comunicazione n° 81 dell'11 dicembre 2006.
http://www.omceo.ta.it/admin/gestione_bollettini/bollettini/Newsletter%20n%C2%B01.pdf
7. FNOMCeO. Codice di deontologia medica. 16 dicembre 2006.
http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/cmsfile/attach_3819.pdf
8. Grant ECG. Adverse reactions and emergency contraception, *Lancet* 2001;357:1203.
9. Hapangama D, et al. The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2000;63(3):123-129.
10. Lalitkumar PG, Lalitkumar S, Meng CX, Stavreus-Evers A, Hambiliki F, Bentin-Ley U, Gemzell-Danielsson K. Mifepristone, but not levonorgestrel, inhibits human blastocyst attachment to an in vitro endometrial three-dimensional cell culture model. *Hum Reprod.* 2007 Nov;22(11):3031-7.
11. Landgren B.M. et al. the effect of levonorgestrel administered in large doses at different stages of the cycle on ovarian function and endometrial morphology, *Contraception* 1989; 39:275-89.
12. Leung VW, Soon JA, Levine M. Emergency contraception update: a Canadian perspective. *Clin Pharmacol Ther.* 2008 Jan;83(1):177-80.
13. Levine M, Soon JA. Risk of pregnancy among women seeking emergency contraceptives from pharmacists in British Columbia. *J Obstet Gynaecol Can.* 2006 Oct;28(10):879-83.
14. Marions L. et al. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet. Gynecol.* 2002;100:65-71.

15. Mikolajczyk RT, Stanford JB. Levonorgestrel emergency contraception: a joint analysis of effectiveness and mechanism of action. *Fertil Steril.* 2007 Sep;88(3):565-71.
16. Task Force. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352:428-33.
17. Trussell J., Jordan B. (2006): Mechanism of action of emergency contraceptive pills, «Contraception», 74 (2), pp. 87-89.
18. Ugocsai G. et al. Scanning electron microscopic (Sem) changes of the endometrium in women taking high doses of levonorgestrel as emergency postcoital contraception. *Contraception* 2002;66:433-37.
19. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G, Ng E, Gemzell-Danielsson K, Oyunbileg A, Wu S, Cheng W, Lüdicke F, Pretnar-Darovec A, Kirkman R, Mittal S, Khomassuridze A, Apter D, Peregoudov A; WHO Research Group on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet.* 2002 Dec 7;360(9348):1803-10.
20. Wang, et al. Effects of emergency contraceptive mifepristone and levonorgestrel on the endometrium of the time implantation, in *Proceedings of the International Conference on Reproductive Health.* (Mumbai, India, 1998, March 15-19) Geneva: World Health Organisation 1998.
21. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *N Engl J Med.* 1995 Dec 7;333(23):1517-21.