

Diverse posizioni bioetiche in tema di contraccezione d'emergenza

Marco Bo

Sezione di Medicina Legale, Dipartimento di Anatomia, Farmacologia e Medicina Legale, Università degli Studi di Torino
Consulta Laica di Bioetica di Torino



SINTESI

I contraccettivi d'emergenza, nella fattispecie le pillole del giorno dopo, sono metodi contraccettivi utilizzati onde evitare l'insorgenza di una gravidanza indesiderata dopo un rapporto sessuale non protetto. L'utilizzo di questi farmaci continua a nutrire un acceso dibattito bioetico fra soggetti favorevoli e contrari al loro utilizzo e spinge alcuni professionisti sanitari a opporre obiezione di coscienza alla loro prescrizione. Fra coloro che sono contrari alla prescrizione vi è chi vi si oppone nell'ambito di un più ampio rifiuto della contraccezione in generale e chi

perché le considera assimilabili a degli abortivi. Fra i favorevoli, invece, alcuni considerano la prescrizione di questi farmaci fondamentale per garantire il rispetto dei diritti fondamentali delle donne, tra cui quello ad auto-determinarsi in ambito riproduttivo, altri ne accettano la prescrizione solo in funzione di ridurre il ricorso delle donne all'IVG. È compito delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale garantire un corretto bilanciamento fra le opposte esigenze, che tuteli il diritto di accesso effettivo ai servizi da parte dell'utenza.

Introduzione

A livello internazionale i termini “contraccezione d'emergenza” o “contraccezione post-coitale” indicano il ricorso a farmaci o dispositivi intrauterini, che impediscono l'insorgenza di una gravidanza, se utilizzati entro i primi 3-5 giorni successivi^{1,2,3} a un rapporto sessuale non protetto.

Tra i metodi utilizzabili per questa fattispecie, l'OMS raccomanda il ricorso alle cosiddette pillole del giorno dopo a sola componente progestinica (1,5 mg di Levonorgestrel)¹. Si tratta di farmaci sicuri, i cui effetti collaterali più frequenti sono rappresentati dalla possibile insorgenza di nausea o vomito², e non associati né a riduzione del più regolare e sicuro ricorso ai contraccettivi pre-coitali, né a un aumento dei comportamenti sessuali a rischio³.

Nonostante sia riportato, per lo più sulla base di iniziali osservazioni⁴, che le pillole del giorno dopo inibiscono la fecondazione o l'impianto, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ricorda che i preparati a ba-

se di Levonorgestrel agiscono prevenendo l'ovulazione, ma non esplicano alcun effetto in fase post-ovulatoria sull'endometrio o sui livelli di progesterone, né – soprattutto – sono in grado di esplicitare alcun tipo di azione una volta avvenuto l'impianto in utero del pre-embrione¹. Poiché a livello internazionale si indica l'impianto come momento di inizio della gravidanza, questi preparati non vanno considerati abortivi, tanto che sono classificati ovunque nel mondo come contraccettivi – analogamente ad altri metodi come lo IUD.

Pur essendo un mezzo di prevenzione efficace, ottenere un ricorso adeguato alle pillole del giorno dopo può non essere agevole per un duplice motivo: da un lato questo metodo garantisce il successo terapeutico in più dell'80% dei casi¹ solo se assunto nelle prime 12-24 ore dal rapporto sessuale, ma è gravato da una perdita significativa di efficacia nelle ore successive^{1,2,3,5}; dall'altro la maggior parte delle richieste si concentra nei weekend e nei giorni festivi e pre-festivi, quando è possibile ottenerne la prescrizione so-

lo presso i servizi di continuità territoriale e i DEA – in Italia, infatti, questi farmaci sono vendibili solo dietro ricetta medica. A questi due elementi sfavorevoli si somma il fatto che parte dei medici operanti in queste strutture spesso si rifiuta di prescriberle, rendendo complesso per le donne assumere questi farmaci in tempo utile e difficile per i servizi di continuità assistenziale garantirne la prescrizione, evitando disservizi o discontinuità nell'assistenza medica. Proprio in considerazione dell'influenza che il fenomeno dell'obiezione di coscienza esercita sulla effettiva possibilità di ottenere in tempo la dispensazione di questi farmaci e del fatto che il DEA è luogo dove la loro richiesta è frequente, può essere utile cercare di analizzare i presupposti etici generali che sono alla base dei diversi comportamenti prescrittivi, sulla base di quanto emerge dalla letteratura ad oggi disponibile.

Contrari alla prescrizione

Tra coloro per i quali la richiesta di prescrizione dei contraccettivi d'emergenza comporta dei problemi si possono distinguere *in primis* due situazioni: in alcuni casi, limitati a un numero più ristretto di persone, l'obiezione alla prescrizione è di carattere più generale e collegata con l'obiezione – od opposizione – a ogni forma di contraccezione e di intervento in ambito riproduttivo; in altri è, invece, legata alla convinzione che le pillole del giorno dopo siano di fatto un mezzo assimilabile a un abortivo⁶.

Nel primo caso ci si trova di fronte a un'opposizione netta a qualsiasi metodo che possa in qualche modo interferire con la finalità riproduttiva degli atti sessuali, portata avanti sia dai farmacisti che si rifiutano di vendere i contraccettivi pre-coitali e i preservativi, sia da parte dei medici che non prescrivono contraccettivi ormonali e consigliano solo metodi contraccettivi "naturali"⁷. Si tratta di una posizione estrema e minoritaria, la cui trattazione comporterebbe un'analisi focalizzata sull'eticità del ricorso ai contraccettivi in generale. Poiché non rappresentativa né della maggior parte del dibattito presente in letteratura sui contraccettivi d'emergenza, né, probabilmente, delle motivazioni principali che portano gli operatori sanitari al rifiuto della loro prescrizione, non ci soffermeremo su di essa, per concentrare il discorso sulla posizione maggiormente espressa, ovvero quella di coloro che considerano questi farmaci degli abortivi.

Si tratta di una posizione che dipende per lo più da un mancato riconoscimento

- della attuale nozione di gravidanza;
- dell'effettivo meccanismo d'azione di questi farmaci⁸.

Per quanto concerne il primo punto, questi autori, non ritengono accettabile la definizione sostenuta

dalla comunità scientifica internazionale, che considera l'impianto quale momento di inizio della gravidanza, ma sostengono che esso vada ricercato nella fecondazione. Perché un tale rifiuto di una definizione internazionalmente accettata? Mentre l'attuale definizione parte dal presupposto che solo a partire dall'impianto si ha una effettiva unione e simbiosi fra il corpo della donna e l'embrione e hanno inizio le modificazioni ormonali tipiche della gravidanza, essi ritengono che non si possa non considerare parte della gravidanza il periodo compreso tra la fecondazione e l'impianto, perché anch'essa fase di sviluppo dell'embrione. La distinzione fra fasi di sviluppo pre-embriale ed embriale, poi, viene considerata artificiosa, perché frutto delle scoperte effettuate in seguito all'utilizzo delle tecniche di procreazione medicalmente assistita e, quindi, non "naturale"^{8,9}. Sottolineano, inoltre, che anche nella pratica clinica, per determinare a posteriori la durata della gravidanza non si risale alla data dell'impianto, ma all'ultima mestruazione, cercando di stimare il momento di inizio della fecondazione e che la contraccezione indica il tentativo di evitare la fecondazione, non la gravidanza^{8,10}. L'attuale definizione di gravidanza viene, quindi, considerata un tentativo di artificializzare un processo naturale alla luce dell'intromissione in esso della tecnica umana; un voluto equivoco semantico, ottenuto mediante una dilatazione del concetto di contraccezione, che verrebbe estesa alla fase post-coitale, e di una contrazione di quello di gravidanza^{8,10}, teso a rendere più accettabile l'utilizzo delle pillole del giorno dopo⁸.

Il maggior problema di questa posizione è che in essa il concetto gravidanza viene interpretato in funzione di una certa visione morale e non di dati scientifici. Questi autori, che si rifanno all'etica cattolica ufficiale, ritengono, infatti, che l'inizio della gravidanza sia la fecondazione – o il concepimento – perché vedono in essa il vero momento di inizio di una nuova vita umana. La fusione dei gameti maschile e femminile rappresenta per loro un punto cruciale, perché porta alla formazione di un'entità nuova, dotata di un proprio patrimonio genetico prima non esistente: un nuovo essere umano¹⁰, che deve essere considerato fin dall'inizio – la fecondazione – come una persona. La scelta della fecondazione come *cut-off* di inizio della gravidanza, quindi, dipende dal fatto di rifiutare ogni distinzione fra embrione e pre-embriale, entrambi considerati come persone e dal definire aborto "la soppressione del concepito nel corpo della madre". Se il mancato impianto del pre-embriale è aborto e l'aborto è l'interruzione della gravidanza, allora necessariamente la gravidanza deve iniziare con la fecondazione.

Anche ammettendo questa ipotesi, essa non è, però, di per sé sufficiente per considerare abortive le pillole del giorno dopo, se abbiamo detto che esse agiscono inibendo l'ovulazione, esattamente come i contraccettivi pre-coitali. I bioeticisti cattolici che hanno affrontato il problema, pur ammettendo che i contraccettivi d'emergenza possano agire anche prima della fecondazione, sostengono che questi farmaci abbiano una prevalente azione anti-nidatoria o contragestativa, che agiscono, ovvero, prevalentemente inibendo l'impianto in utero del pre-embrione⁸.

Il fatto che questi farmaci possano agire anche in modo precoce, inibendo l'ovulazione, non ha alcuna rilevanza, fintanto che l'azione anti-nidatoria non può essere esclusa in modo certo e indiscutibile: l'uso di questi farmaci resta, quindi, comunque moralmente illecito, non si tratta di contraccettivi veri e propri, ma di abortivi, o quanto meno di contragestativi. Certo la donna nel momento in cui assume il farmaco non sa se sia avvenuta la fecondazione, ma se ne assume il rischio, si assume il rischio, ovvero, di impedire l'impianto del pre-embrione che potrebbe essersi formato e, così facendo, commette un atto che ha la stessa valenza morale di un aborto. Ciò che conta, infatti, non è soltanto che vi sia stata nei fatti un'azione diretta sul pre-embrione, ma che si sia accettato consapevolmente di correre il rischio che ciò potesse accadere. L'atto commesso resta, quindi, moralmente sbagliato poiché anche nel caso in cui non generi conseguenze negative – mancato impianto del pre-embrione – è sorretto da cattive intenzioni – correre il rischio^{7,10}. Poiché il concepito deve essere considerato fin da subito come se fosse una persona, laddove vi è dubbio circa la sua presenza, si deve agire come se esso ci fosse (*in dubio pro vita*), evitando ogni atto che possa impedirne l'ulteriore sviluppo: in questo caso la contraccezione d'emergenza.

In questo secondo caso l'errore è di carattere scientifico. Se fino a pochi anni fa poteva esservi una certa incertezza circa il meccanismo d'azione di questi farmaci, che può aver indotto a sopravvalutare l'ipotesi, logicamente plausibile, dell'inibizione dell'impianto, oggi non si può non considerare il fatto che la letteratura internazionale non riporti prove concrete a suo sostegno e indichi quale unico meccanismo provato l'inibizione dell'ovulazione, come recepito anche dall'OMS¹. Risulta difficile, quindi, poter ancora considerare abortivi questi farmaci.

È utile, inoltre, ricordare che gli stessi autori ritengono che questi farmaci non vengano utilizzati in reali condizioni di emergenza, perché il rischio di gravidanza in cui le donne si trovano sarebbe conseguente a un atto volontario, che comporta rischi prevedibili⁹. Ragionando in questo modo dovremmo sem-

pre negare la prescrizione di farmaci a coloro che ne hanno bisogno, se si sono esposti volontariamente ad una situazione di rischio evitabile. Il reale concetto sanitario di emergenza è, invece, diverso e legato alla necessità di agire in fretta per ottenere l'effetto necessario, indipendentemente dalle ragioni che hanno motivato le azioni del paziente.

Un ulteriore problema che può indurre a rifiutare la prescrizione è il timore che l'uso dei contraccettivi d'emergenza comporti il rischio che le donne, specie se adolescenti, possano preferire questa forma di contraccezione al più sicuro e regolare ricorso ai contraccettivi pre-coitali, con un conseguente aumento dei comportamenti sessuali a rischio e delle infezioni sessualmente trasmesse (IST). Si tratta di un argomento empirico – “teoria del pendio scivoloso” –, che si oppone a un atto per timore di ipotetiche – per quanto plausibili – conseguenze negative, che esso potrebbe causare. La letteratura oggi disponibile smentisce, peraltro, questa ipotesi³ ed evidenzia, invece, come la causa più frequente di ricorso a questa fattispecie contraccettiva sia proprio il fallimento nell'uso dei contraccettivi pre-coitali, tra cui la rottura del preservativo. Coloro che richiedono un contraccettivo d'emergenza, quindi, non abbandonano la contraccezione regolare e pianificata, anche con contraccettivi barriera e ricorrono a quella post-coitale per lo più in caso di fallimento di quella pre-coitale. Le pillole del giorno dopo vengono, quindi, effettivamente utilizzate in casi di emergenza, in cui il fallimento del primo step contraccettivo mette nelle condizioni di agire in fretta, se si vuole evitare l'insorgenza di una gravidanza non pianificata.

Favorevoli alla prescrizione

La posizione di coloro che sono favorevoli alla dispensazione dei contraccettivi d'emergenza è, invece, molto diversa. Essi non considerano questi farmaci degli abortivi, ma le loro posizioni possono essere sostenute tramite argomentazioni anche molto differenti fra loro.

Una prima posizione, ampiamente rappresentata nella letteratura scientifica internazionale è quella di coloro che sottolineano come sia doverosa la prescrizione di questi contraccettivi, perché mezzo di difesa della salute delle donne e strumento di garanzia dei diritti universali loro attribuiti dalle dichiarazioni internazionali. L'accento viene posto sulla necessità del rispetto effettivo del pluralismo etico, sottolineando come all'interno di una società costituita da cittadini portatori di diversi valori e visioni religiose e filosofiche, sia inammissibile che lo Stato, attraverso le proprie leggi e politiche pubbliche o l'azione dei propri servizi, imponga un insieme di valori di parte, anche

e maggioritaria, poiché si rischierebbe di ridurre significativamente le possibilità di scelta dei singoli, violando il loro diritto alla libertà di coscienza. Visto sotto questa luce, impedire a una donna di ottenere in tempo utile i contraccettivi post-coitali ostacola il suo diritto di decidere i tempi e i modi in cui realizzare, in completa autonomia, le proprie scelte procreative, un diritto considerato parallelo a quello alla dignità umana¹¹. Viene ricordato, inoltre, come sia un dovere dello Stato quello di garantire ai singoli di avvalersi del progresso scientifico, garantendo standard di cura *evidence based*, tra cui figurano anche i contraccettivi post-coitali¹¹. Il mancato rispetto delle diverse posizioni etiche dei propri pazienti e il tentativo di imporre i propri valori sessuali e contraccettivi, ricorrendo in modo non giustificato all'obiezione di coscienza, inoltre, comporta, secondo questi autori, il rischio di ritornare al tanto deprecato paternalismo medico¹².

Vi è, poi, chi sottolinea che, poiché l'uso di questi farmaci rappresenta un efficace strumento di prevenzione delle gravidanze indesiderate – e, di conseguenza, dell'IVG – ostacolarne l'uso o la puntuale dispensazione rappresenti una palese violazione non solo del principio di autonomia, ma anche dei principi di beneficenza e non maleficenza. A esse si somma una violazione del principio di giustizia: hanno, infatti, maggiore probabilità di vedere negati i propri diritti le donne giovani e quelle che si trovano in condizioni di povertà o di disagio, perché meno istruite, meno in grado di autodeterminarsi sessualmente e di ricevere una corretta educazione sessuale. Ne sono esempio le adolescenti, che più di altre si ritrovano nella necessità di ricorrere alla contraccezione d'emergenza, proprio perché più fragili delle donne adulte, meno libere di dettare regole contraccettive in un rapporto sessuale, o di rifiutarlo. Analogamente l'esercizio dell'obiezione di coscienza in zone rurali o provinciali può esporre seriamente le donne all'impossibilità di trovare un altro medico disposto a prescrivere in tempo utile¹³.

Una argomentazione differente è, invece, quella di coloro che ritengono che, pur restando l'utilizzo della contraccezione d'emergenza un fatto da evitare, la sua prescrizione possa essere considerata accettabile, se può concretamente evitare il ricorso all'aborto. Per quanto anche i sostenitori di questa posizione giungano ad una conclusione operativa identica alle precedenti – è difficile essere certi che la donna non ricorrerà all'IVG – dal punto di vista dei principi, la motivazione che li spinge è nettamente diversa: qui la scelta è esplicitamente voluta solo in funzione di evitare che le donne si auto-determinino verso l'aborto, visto come una conseguenza eticamente più gravosa

e sempre da evitare¹⁴; non vi è menzione del loro diritto all'autodeterminazione in campo sessuale e riproduttivo. Sebbene anche nella letteratura scientifica internazionale si faccia riferimento al ricorso alla contraccezione d'emergenza come mezzo per evitare l'insorgenza di gravidanze indesiderate o ridurre il ricorso all'aborto volontario, in questo secondo caso la motivazione è differente, ovvero la tutela della salute della donna e del suo diritto ad auto-determinarsi, optando per soluzioni meno gravose e rischiose per sé e per la propria salute.

Discussione

Come abbiamo visto sin qui, la richiesta di prescrizione delle pillole del giorno dopo può portare a considerazioni diverse e a scelte prescrittive personali del tutto opposte. La peculiare situazione di emergenza in cui vengono richieste e la necessità di trovare in fretta un medico prescrivente, inducono, però, a ulteriori riflessioni circa il ruolo del Sistema Sanitario Nazionale e dei suoi operatori. Il rifiuto di prescrizione può, infatti, generare problemi, se effettuato in modo esteso e non opportuno.

Fatto salvo che deve essere garantito, fintanto che è possibile, a ciascuno il diritto di non compiere atti che confliggano con la propria coscienza, nel momento in cui si è operatori sanitari, ciò non deve determinare il rischio di impedire all'utenza di ottenere una prestazione prevista: se è lecita l'obiezione, non lo è l'ostruzione.

Poiché l'ipotesi che considera abortive le pillole del giorno dopo può essere considerata valida solo ricorrendo a una peculiare lettura del fenomeno biologico, funzionale a una impostazione etica particolare, si può pacificamente comprendere e accettare che ognuno si auto-determini attraverso proprie scelte personali, seguendo un'impostazione morale ampiamente diffusa e positiva. Non è accettabile che il medico cerchi di imporre ai cittadini che richiedono il servizio la propria opinione sfruttando la propria posizione dominante. Ne consegue che sarà lecito non prescrivere i contraccettivi d'emergenza solo qualora si possa essere sostituiti in tempo utile da un altro operatore disponibile e che si debba comunque fornire una corretta informazione su questi farmaci alle donne. Particolare attenzione andrà posta, poi, nel caso in cui la richiesta provenga da donne adolescenti, extracomunitarie o appartenenti ad altre fasce deboli di popolazione, ovvero nelle zone rurali o periferiche, in cui è più difficile reperire un altro medico prescrivente.

Poiché è noto che un esteso fenomeno di obiezione di coscienza è un serio ostacolo all'ottenimento di questi farmaci è opportuno che le diverse strutture oper-

ranti la continuità assistenziale siano sensibilizzate ad analizzare il fenomeno nella sua estensione, garantendo la sostituibilità dei medici obiettori e vigilando sulla effettiva possibilità di ottenere la prescrizione nel rispetto dei diritti dell'utenza.

Bibliografia

1. WHO. Levonorgestrel for emergency contraception. *Hrp Fact Sheet* October 2005.
2. Cheng L, Gulmezoglu AM, Oel CJ *et al.* Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (3): CD001324 (Review).
3. Conard LA, Gold MA. Emergency contraceptive pills: a review of the recent literature. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004; 16(5): 389-395 (Review).
4. Trussell J, Ellertson C, Stewart F *et al.* The role of emergency contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190 (4 Suppl): S30-S38 (Review).
5. Piaggio G, von Hertzen H, Grimes DA *et al.* Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Lancet* 1999; 353 (9154): 721.
6. Card RF. Conscientious objection and emergency contraception. *Am J Bioeth* 2007; 7 (6): 8-14.
7. Casini M, Spagnolo AG. Aspetti giuridici, deontologici ed etici della prescrizione medica degli estroprogestinici a scopo contraccettivo. *Medicina e Morale* 2002; 52(3): 429-451.
8. Di Pietro ML, Minacori R. La contraccezione d'emergenza. *Medicina e Morale* 2001; 51 (1): 11-38.
9. Boni G. Il dibattito sull'immissione in commercio della c.d. pillola del giorno dopo: annotazioni su alcuni profili giuridici della questione, in particolare sull'obiezione di coscienza. *Dir Fam* 2001; 30 (2): 677-717.
10. Di Pietro ML, Casini M, Fiori A *et al.* Norlevo ed obiezione di coscienza. *Medicina e Morale* 2003; 53 (3): 411-454.
11. Croxatto HB, Fernandez SD. Emergency contraception – a human rights issue. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006; 20(3): 311-322.
12. Bell BS, Mahowald MB. Emergency contraception and the ethics of discussing it prior to the emergency. *Womens Health Issues* 2000; 10 (6): 312-316.
13. Faundes A, Brache V, Alvarez F. Emergency contraception – clinical and ethical aspects. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 82 (3): 297-305 (Review).
14. Benagiano G, Pera A. Decreasing the need for abortion: challenges and constraints. *Int J Gynaecol Obstet* 2000; 70 (1): 35-48.

ABSTRACT

Emergency contraceptives, in this case post-morning pills, are contraceptive methods used to avoid an unwanted pregnancy after an unprotected sexual intercourse. Their use is feeding a strong ethical debate between subjects for and against their prescription and leading some health professionals to conscientious objection. Among people contrary to prescription some oppose to it because of a general refuse of all contraceptive methods, others considering post-morning pills as abortive.

Among people supporting prescription, some consider emergency contraception necessary to assure fundamental women's rights, in particular the right to sexual auto-determination, while others prescribe emergency contraception only to avoid a greater demand for abortion. It is up to the Italian National Health Service warranting a correct balance between the two opposite positions, that can protect women's right of access to health services.