CENTRO DI BIOETICA - UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE - ROMA

SULLA COSIDDETTA "CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA" DOCUMENTO N. 3/1997

Stiamo assistendo al diffondersi di una pratica di controllo delle nascite, che viene definita "contraccezione d'emergenza" ed è già da diversi anni impiegata in alcuni Paesi del Nord Europa e del Nord America. La promozione e la sperimentazione di tale pratica è sostenuta - soprattutto, ma non solo, nei Paesi in via di sviluppo o, comunque, in condizioni di disagio (guerre, carestie, migrazioni di massa, etc.) - da alcuni organismi internazionali notoriamente "impegnati" nelle campagne di pianificazione delle nascite. Di recente, i citati organismi hanno costituito, in collaborazione con altre associazioni di pianificazione familiare, un "consorzio" internazionale allo scopo dichiarato di fare pressione sia sui governi locali sia sulle case farmaceutiche per una maggiore produzione/accessibilità alla "contraccezione d'emergenza". Ne viene, inoltre, richiesta la distribuzione nelle farmacie con la qualifica di "prodotto da banco" - da vendersi anche senza prescrizione medica scritta ("ricetta medica") -, nonché l'ampia disponibilità presso tutti i presidi di assistenza sanitaria alle donne (ambulatori, consultori, accettazioni ospedaliere di emergenza, ...), e in particolare alle adolescenti. Tra le motivazioni addotte dai sostenitori di una tale campagna a favore della "contraccezione d'emergenza", vi sarebbe la duplice finalità di arginare gli effetti dei "fallimenti" della contraccezione cosiddetta "ordinaria" e di ridurre la percentuale delle donne che non adottano alcuna tecnica contraccettiva e ricorrerebbero perciò, occasionalmente o ripetutamente, all'aborto chirurgico come strumento di controllo della natalità. Aborto che, in determinate situazioni, viene ritenuto di non sicurezza per la donna (unsafe abortion).
Più precisamente, usata in modo alternativo a "contraccezione post-coitale" o "intercezione", la locuzione "contraccezione d'emergenza" indica un insieme di pratiche che vengono poste in atto per impedire un'eventuale indesiderata gravidanza, e il cui meccanismo d'azione è quello di contrastare lo sviluppo dell'embrione umano, una volta che sia avvenuta la fecondazione. Sebbene non si possa escludere che, qualora il rapporto sessuale abbia avuto luogo diversi giorni prima dell'ovulazione, la "contraccezione d'emergenza" possa agire bloccando talora l'ovulazione, si tratta per lo più di un'azione diretta sull'embrione e, dunque, di una pratica "abortiva".
Il termine "d'emergenza" viene, poi, aggiunto per indicare: 1. la richiesta di utilizzare tali pratiche in tempi molto brevi dopo un rapporto sessuale che si presume fecondante; 2. la necessità - definita, da chi la propone, "non demandabile" - di diffondere l'uso di queste pratiche.

Modalità d'uso

Gli approcci oggi utilizzati nella "contraccezione d'emergenza" sono: la somministrazione ripetuta di soli estrogeni ad altissimo dosaggio, o di elevate quantità di una combinazione estro-progestinica o di solo progestinico; la somministrazione di danazolo; l'inserimento della spirale o IUD (Intrauterine Device). Negli Stati in cui è in commercio, è in fase di sperimentazione anche il mifepristone, meglio noto come RU486, che agisce - come anche il danazolo - impedendo l'impianto dell'embrione fecondato. La somministrazione di alte dosi di estrogeni (0,5-2.0mg die/per 5 giorni di etinilestradiolo) o di estro-progestinici combinati secondo il cosiddetto "protocollo di Yupze" (100mcg di etinilestradiolo+0,5mg di levonorgestrel/ ripetuto due volte a distanza di 12 ore l'una dall'altra) o di progestinici (0,75mg di levonorgestrel/ogni 12 ore per 2 volte) entro 72 ore dal rapporto presunto fecondante, determina - come è noto - o un effetto luteolitico o la modificazione del fisiologico avvicendarsi delle fasi di sviluppo endometriale, con alterazioni a livello cellulare e/o enzimatico-recettoriale. Di conseguenza, non inizia la fase dell'annidamento nella parete uterina dell'embrione eventualmente fecondato e la gravidanza termina in aborto. Per avere un'idea, le

alte dosi di estroprogestinici somministrate come contraccezione di emergenza corrispondono alla quantità di ormoni assunte dalla donna in 2 anni quando li usa come contraccettivi "ordinari". Studi condotti su donne, alle quali sono stati somministrati estro-progestinici combinati nell'imminenza dell'ovulazione, hanno dimostrato anche l'inibizione della liberazione della cellula uovo: questo effetto, più propriamente "contraccettivo", non prevedibile nelle usuali modalità di somministrazione del prodotto, sarebbe presente solo nel 20% dei casi. Tra gli effetti collaterali dell'assunzione di estrogeni e di estroprogestinici, vengono segnalati: nausea, vomito, cefalea, metrorragie - più frequenti nel caso si usi il solo levonorgestrel -, ma sono stati segnalati anche rari episodi di edema polmonare acuto, nonché un'aumentata incidenza di gravidanze ectopiche. Non sono, però, ancora noti gli effetti e i rischi a lungo termine della "contraccezione d'emergenza" ormonale, soprattutto nel caso che essa venga praticata più di una volta nel corso della vita fertile di una donna. L'inserimento di spirale o IUD viene utilizzato nel caso in cui siano trascorse più di 72 ore dal rapporto presunto fecondante (dal momento che la spirale eserciterebbe il suo effetto fino a 5-7 giorni dopo l'ovulazione) o qualora vi sia controindicazione all'uso massivo di estrogeni e di estroprogestinici. Il meccanismo d'azione della spirale, quando inserita nell'utero alcuni giorni dopo il rapporto sessuale è - nell'eventualità di un concepimento - di tipo abortivo: l'endometrio, divenuto inospitale per la presenza di un corpo estraneo, non permette più l'impianto dell'embrione già formato.Tra gli effetti collaterali dell'inserimento della spirale, vengono segnalati: crampi uterini, metrorragie, aumentata incidenza di malattia pelvica infiammatoria.

Il problema etico-giuridico

Da quanto fin qui detto, risulta chiaro che il meccanismo d'azione della cosiddetta "contraccezione d'emergenza" si esplica, nella maggioranza dei casi, impedendo che un embrione fecondato si annidi nella parete uterina e che continui il suo sviluppo. Si causa, in altre parole, un aborto, l'uccisione di un essere umano da poco concepito: un atto gravemente illecito ai danni del più innocente degli individui umani. Può, quindi, sembrare quantomeno un controsenso che nella letteratura specialistica si affermi che la "contraccezione d'emergenza" non agisca con un meccanismo abortivo o che grazie alla "contraccezione d'emergenza" si riduca la percentuale degli aborti. Eppure è così: e tali affermazioni non sono altro che il frutto di una manipolazione semantica e ancor prima "antropologica", allo scopo di legittimare l'uccisione dell'embrione umano in nome del rispetto dell'autonomia della donna. I "giochi" sono purtroppo presto fatti: la gravidanza la si fa iniziare dall'impianto dell'embrione nella parete uterina (quindi, non prima del 6^ giorno, come limite minimo, o non prima del 14^ giorno, come limite massimo); l'embrione viene chiamato "pre-embrione"; l'aborto è tale solo se avviene dopo l'impianto. Di conseguenza, la "contraccezione d'emergenza" - si dice - agendo prima dell'impianto, non determinerebbe un aborto di una gravidanza già iniziata: l'effetto sarebbe unicamente quello di "impedire l'annidamento dell'embrione in utero" (!). Affermazioni queste che non trovano poi conferma nei testi di ginecologia ed ostetricia e prescindono dalla realtà dei fatti: la soppressione di una vita umana nelle fasi iniziali. E' necessario, allora, ridare il giusto significato ad ogni termine in modo che tutti sappiano quale realtà si nasconde dietro la "contraccezione d'emergenza": tale realtà deve interpellare la coscienza di ciascuno, in particolare dei vari operatori sanitari (medici, infermieri, farmacisti, ecc.), che devono poter avanzare obiezione di coscienza se - in nome del rispetto della verità e della dignità della persona - non vogliono cooperare, mediante la prescrizione o la dispensazione di tali prodotti, all'uccisione di individui umani. Ci risulta invece che alcuni Direttori Sanitari di Aziende ospedaliere comincino ad emanare ordini di servizio per i responsabili delle Unità di Ostetricia e Ginecologia obbligando il personale alla prescrizione della "pillola del giorno dopo". Il fatto, poi, che tali prodotti possano avere in alcuni casi solo un effetto antiovulatorio o che non esercitino nessun effetto nel caso non si verifichi una fecondazione, non modifica il giudizio etico su tale pratica. Infatti, nel ricorrere alla "contraccezione d'emergenza" si assume volontariamente e deliberatamente il rischio di provocare un aborto: in altre parole, se ci fosse una gravidanza la donna o il medico avrebbero deciso per l'aborto. Rimane, infine, da considerare il problema della regolamentazione dell'accesso alla "contraccezione d'emergenza", in relazione alla legge italiana n. 194/78 che disciplina la richiesta di aborto. Alcuni giuristi e medici legali hanno rilevato che essendo questi

mezzi somministrati in epoca anteriore rispetto alla possibilità di diagnosticare - con le normali indagini - l'esistenza dello stato di gravidanza, non potrebbe essere invocata in alcun modo l'applicazione delle procedure previste dalla legge 194/78 che richiedono, pregiudizialmente, l'accertamento della gravidanza (dunque, è un'evenienza che il legislatore non aveva preso in considerazione e che bisognerebbe invece disciplinare). Per quanto riguarda la possibilità di rifiutare la prestazione professionale implicante la prescrizione e/o la somministrazione della "contraccezione d'emergenza" per motivi di coscienza essa è invece legittima - secondo gli stessi studiosi - non solo dal punto di vista etico ma anche da quello giuridico. Infatti, una volta raggiunto il convincimento scientifico dell'azione abortiva dei mezzi di cui sopra, la conseguente decisione di non prescriverli, non somministrarli o non dispensarli non potrebbe configurare l'ipotesi di omissione di atti dovuti. Nessuna norma, in altre parole, impone l'esecuzione di un aborto tout court, dato che anche nell'ipotesi dell'aborto nei primi 90 giorni sono stabilite determinate procedure di confronto tra la donna e il personale socio-sanitario, nonché i tempi per un possibile ripensamento. E per rifiutare prestazioni collegate con la contraccezione d'emergenza non è necessario neppure essere obiettori di coscienza in quanto può ben configurarsi il caso di medici non obiettori che tuttavia avvertano l'incompatibilità dell'adozione di questi mezzi con la propria coscienza e fossero favorevoli ad una attuazione dell'aborto solo in conformità delle procedure previste dalla legge stessa.
In conclusione, la diffusione della pratica della "contraccezione d'emergenza" rappresenta un'ulteriore motivazione per rivedere tutto il testo della legge 194/78 e per avviare una reale opera di prevenzione dell'aborto che è sempre un grave trauma per la donna. Inoltre, è un'ulteriore occasione per constatare come i confini tra contraccezione e aborto siano divenuti sempre più attenuati essendo entrambi manifestazione di una stessa mentalità contro la vita.