

I QUADERNI DI
SCIENZA & VITA®

12
L'OBIEZIONE DI COSCIENZA
TRA LIBERTÀ E RESPONSABILITÀ

*Contiene gli Atti del XI Convegno Nazionale
Roma 24-25 maggio 2013*



I Quaderni di Scienza & Vita
Periodico dell'Associazione Scienza & Vita
Iscrizione ROC n° 14872 del 29/09/2006
Reg. Trib. Roma n° 116 del 05/04/2007
Lungotevere dei Vallati, 10 • 00186 Roma
Tel. 06.68192554 • Fax 06.68195205
www.scienzaevita.org
segreteria@scienzaevita.org

n. 12 • dicembre 2013

Direttore responsabile
Pier Giorgio Liverani

Direzione scientifica
Paola Ricci Sindoni • Paolo Marchionni

Comitato scientifico
Carlo Valerio Bellieni
Paola Binetti
Daniela Notarfonso Cefaloni
Roberto Colombo
Giovanna Costanzo
Domenico Coviello
Francesco D'Agostino
Bruno Dallapiccola
Luca Diotallevi
Maria Luisa Di Pietro
Luciano Eusebi
Adriano Fabris
Maurizio Faggioni
Massimo Gandolfini
Marianna Gensabella
Gianluigi Gigli
Emanuela Lulli
Chiara Mantovani
Claudia Navarini
Marco Olivetti
Laura Palazzani
Gino Passarello
Edoardo Patriarca
Rodolfo Proietti
Lucio Romano
Davide Rondoni
Patrizia Vergani
Lorenza Violini

Comitato di redazione
Marina Casini
Giulia Galeotti
Ilaria Nava
Paola Parente
Palma Sgreccia

*Responsabile comunicazione
e coordinamento*
Beatrice Rosati

Segreteria di redazione
Luca Ciociola
Emanuela Vinai

Studio, progettazione grafica e stampa
Edizioni Cantagalli - Siena
www.edizionicantagalli.com

© 2013 Edizioni Cantagalli S.r.l. - Siena
® Tutti i diritti riservati. Nessuna parte di questo volume può essere riprodotta,
registrata o trasmessa, in qualsiasi modo e con qualsiasi mezzo,
senza il preventivo consenso formale dell'Associazione Scienza & Vita.

ISSN 2035-9616
ISBN 978-88-6879-023-3

INDICE

pag. 5 | EDITORIALE

di Paola Ricci Sindoni e Paolo Marchionni

pag. 11 | MANIFESTO TEMATICO

UNA BUONA DEONTOLOGIA FA UNA BUONA MEDICINA.
E UNA SOCIETÀ MIGLIORE

ATTI DEL CONVEGNO NAZIONALE

“L’OBIEZIONE DI COSCIENZA TRA LIBERTÀ E RESPONSABILITÀ”

pag. 15 | L’OBIEZIONE DI COSCIENZA: INTRODUZIONE AI LAVORI

di Paola Ricci Sindoni

pag. 19 | LECTIO MAGISTRALIS:

L’OBIEZIONE DI COSCIENZA TRA LIBERTÀ E RESPONSABILITÀ

di Francesco Paolo Casavola

pag. 25 | NON DISOBBEDIENZA ALLA LEGGE
MA ATTESTAZIONE DI COERENZA

di Maurizio P. Faggioni

pag. 29 | OBIEZIONE DI COSCIENZA E DEMOCRAZIA

di Luciano Eusebi

pag. 35 | L’OBIEZIONE DI COSCIENZA NELLA PRATICA MEDICA

di Angelo Fiori

pag. 45 | UNO DI NOI. L’OBIEZIONE DI COSCIENZA NEI POPOLI

di Carlo Casini

TAVOLA ROTONDA

pag. 55 | OBIEZIONE DI COSCIENZA

di Massimo Gandolfini

pag. 59 | LA QUALITÀ DI INTERVENTO IN MATERIA
DI INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA

di Romano C. Forleo

pag. 63 | L'OBIEZIONE DI COSCIENZA NELLA PROFESSIONE OSTETRICA:
LIBERTÀ E RESPONSABILITÀ

di Miriam Guana

pag. 69 | OBIEZIONE DI COSCIENZA: IL CASO MARCHIGIANO
E LE NUOVE PROSPETTIVE DI DEONTOLOGIA MEDICA

di Paolo Marchionni

pag. 79 | OBIEZIONE DI COSCIENZA E DIRITTO PENALE:
CASI PRATICI E PROSPETTIVE DE IURE CONDENDO

di Simone Pillon

pag. 85 | L'OBIEZIONE DI COSCIENZA TRA LIBERTÀ E RESPONSABILITÀ:
LE RIFLESSIONI DEGLI INFERMIERI

di Barbara Mangiacavalli

DIBATTITO

pag. 93 | ALCUNE CONSIDERAZIONI GENERALI SULLA LEGITTIMITÀ
DELLA OBIEZIONE DI COSCIENZA ALLE LEGGI

di Chiara Mantovani

pag. 99 | OBIEZIONE DI COSCIENZA:
BALUARDO DI AUTONOMIA PROFESSIONALE

di Filippo Maria Boscia

pag. 103 | OBIEZIONE DI COSCIENZA E APPLICAZIONE DELLA 194

di Assuntina Morresi

pag. 109 | DUE TEMI CRUCIALI: L'AMBITO DELL'OBIEZIONE DI COSCIENZA
RISPETTO ALLA LEGGE 194 E LA NON PRESCRIZIONE
DEI CONTRACCETTIVI DI EMERGENZA

di Bruno Mozzanega

LINGUA E ANTILINGUA

pag. 119 | COSCIENZA O AUTODETERMINAZIONE?

di Pier Giorgio Liverani

pag. 122 | L'ASSOCIAZIONE SCIENZA & VITA

pag. 124 | LE ASSOCIAZIONI SCIENZA & VITA SUL TERRITORIO NAZIONALE

pag. 127 | I QUADERNI GIÀ PUBBLICATI

DUE TEMI CRUCIALI: L'AMBITO DELL'OBIEZIONE DI COSCIENZA RISPETTO ALLA 194 E LA NON PRESCRIZIONE DEI CONTRACCETTIVI DI EMERGENZA

di Bruno Mozzanega*

In esito al recente Convegno di Scienza & Vita sull'obiezione di coscienza ritengo di porre in questa sede l'attenzione su due punti importanti che in quella occasione non è stato possibile approfondire.

Il primo punto riguarda l'ambito dell'obiezione di coscienza rispetto alla legge 194/78 e, in particolare, sia la partecipazione del medico obiettore al colloquio con la donna con il conseguente rilascio del documento che ne fornisce l'attestazione, sia il dovere deontologico del medico anche obiettore di assistere la donna nei tempi di degenza precedenti e successivi all'esecuzione dell'aborto.

Il secondo punto riguarda la contraccezione di emergenza e la scelta legittima da parte del medico, anche al di là dell'obiezione di coscienza, di non prescriverla, visti i suoi meccanismi d'azione prevalentemente post-concezionali.

Inizio dal primo punto.

L'ambito dell'obiezione di coscienza rispetto alla legge 194/78

La questione è espressamente trattata dal primo e terzo comma dell'art. 9:

– «Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie 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».

– «L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento».

Do per certo, e non è mai stato messo in discussione, che l'obiettore sia esentato da qualsiasi partecipazione diretta all'intervento abortivo, sia in termini di esecuzione, sia in termini di collaborazione all'esecuzione nella veste di anestesista o di strumentista, sia in termini di prescrizione o somministrazione di farmaci abortivi (unica eccezione a questa esenzione è la circostanza nella quale la donna sia in immediato pericolo di vita e il *personale* intervento del medico, anche obiet-

* *Ginecologo, ricercatore presso la Clinica Ginecologica, Università di Padova; presidente Associazione Scienza & Vita Venezia; membro Direttivo nazionale Movimento per la Vita Italiano.*

tore, sia *indispensabile* al fine di salvarla; una circostanza, peraltro, già rientrante nel più ampio concetto di “*stato di necessità*”, di cui anche all’art. 54 del Codice penale).

Rimangono quindi da considerare il problema della partecipazione del medico obiettore alle procedure di cui all’art. 5 della legge 194/78, in particolare per quanto riguarda il rilascio del documento, e quello della assistenza alla donna prima e dopo l’aborto. Si tratta veramente di “*attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l’interruzione della gravidanza*”?

Il rilascio del documento

Tutti conosciamo la legge 194/78 e sappiamo che essa non pone limiti alla volontà della donna che voglia interrompere la propria gravidanza. Per poter accedere all’intervento nel primo trimestre di gravidanza, alla donna è sufficiente addurre (non dimostrare) qualunque motivazione. Al punto che la legge avrebbe potuto limitarsi a stabilire che: «al fine di ottenere l’interruzione della gravidanza, la donna si reca in ospedale col test di gravidanza e con un’ecografia che dimostri la presenza in utero di un embrione vivo, di età non superiore ai 90 giorni», senza prevedere alcun confronto con chicchessia.

La legge, invece, prescrive che la donna incontri un medico al quale consegna il compito di aiutarla a superare le cause che la indurrebbero ad abortire con necessario invito a un serio ripensamento. Un colloquio che dovrebbe essere pro-donna e pro-figlio, dunque, e non pro-aborto. Un colloquio che si inserisce nel percorso decisionale della donna, nel percorso che la separa dalla decisione di abortire alla sua attuazione. Un colloquio che la informa sui suoi diritti di lavoratrice e di madre, che la mette davanti alla concreta possibilità di abbandonare una decisione carica, sotto tanti profili, di conseguenze negative non solo per il frutto del concepimento (non desiderato, non voluto, o subito) ma anche per lei stessa e per il suo futuro di donna e di madre¹.

Si tratta di un momento fondamentale, dunque, in cui alla donna è obbligatoriamente richiesto di confrontarsi con una persona esterna, un professionista, medico di fiducia o della struttura pubblica, al fine di ricercare soluzioni alternative all’aborto. Esperito il colloquio, la decisione rimane comunque della donna alla quale, come si diceva, non è posto alcun ulteriore vincolo. Documentato il colloquio (passaggio obbligato) e trascorso il periodo di 7 giorni che la legge prevede come tempo di ripensamento, la donna potrà o meno proseguire nella sua personale scelta di richiedere l’aborto.

Quale significato ha dunque il documento che attesta la richiesta della donna e l’avvenuto colloquio? Quello di consentire alla donna di dimostrare di avere

¹ La letteratura sul tema è copiosa ed evidenzia le conseguenze e le problematiche di tipo medico e psicologico, anche a lungo termine, cui la donna potrebbe essere esposta.

ottemperato alle disposizioni di legge. Adempiuto a quanto le era preliminarmente richiesto, se mantiene la propria posizione negativa rispetto alla gravidanza, la donna può chiedere l'intervento di aborto. Ma il richiedere l'intervento è una decisione autonoma della donna *nonostante* il documento la inviti a soprassedere. Alla donna non serve alcuna autorizzazione.

Il documento non è, quindi, una autorizzazione all'aborto, e neppure una condivisione da parte del medico della decisione di abortire che appartiene soltanto alla donna. Al contrario, il documento è una presa d'atto della richiesta della donna, inscindibilmente accompagnata dall'invito a soprassedere, e attesta anche, come previsto dall'art. 5, che ogni valutazione è stata proposta ai fini del superamento delle cause che la indurrebbero all'aborto.

Se infine, come ci si augura, la donna decide di non abortire, il documento non ha alcuna conseguenza. Non obbliga all'aborto. È del tutto inefficace.

Mettiamo, per semplice ipotesi, che la legge avesse affidato ai volontari dei CAV, o ad altri operatori pubblici e del privato sociale, ovviamente adeguatamente preparati e formati, il delicatissimo compito di affrontare il colloquio. Credo che saremmo stati lieti se questa opportunità fosse stata offerta ai nostri CAV, visto che ancora oggi cerchiamo in qualunque modo di poter incontrare le donne che chiedono di abortire, ma anche ai volontari sarebbe poi stato richiesto di attestare che il colloquio era stato effettuato. Credo che nessuno, in questo caso, avrebbe mai potuto accusare il CAV o gli altri operatori di aver operato a favore dell'aborto o di avere, in qualche modo, a esso collaborato.

Propongo queste considerazioni in quanto il mondo pro-life è da decenni fermo in una posizione cristallizzata secondo la quale il medico obiettore non dovrebbe partecipare a questo colloquio per non dovere, al suo termine, rilasciare un'attestazione che nei fatti consente alla donna di abortire: di proseguire, cioè, se lo ritiene, nel suo intento di interrompere la gravidanza. Nella realtà, come già precisato, attraverso l'attestazione del colloquio ("*sulla base del documento*"), la donna semplicemente dimostra di aver ottemperato all'obbligo di confronto che la legge le richiede come unico adempimento prima di poter accedere all'aborto.

Vale ancora la pena di sottolineare che il colloquio di cui all'art. 5 della legge 194/78 è l'unico momento in cui la donna è tenuta a confrontarsi con un esterno, un medico, e a mettere in discussione la propria decisione. Le occasioni ulteriori di eventuale incontro e discussione saranno possibili solo se la donna le vorrà cercare o accettare. Nessuno, quindi, dopo il colloquio, potrà in alcun modo intervenire per discutere le motivazioni addotte dalla donna o per valutare e ricercare con lei, e infine proporle, soluzioni alternative all'aborto (sarebbe perfino invadenza o interferenza e potrebbe rasentare perfino estremi di reato).

E dunque a questo punto appare chiaro che l'operatore ideale per il colloquio dissuasivo di cui all'art. 5 dovrebbe essere proprio il medico obiettore, un obiettore onesto e preparato che sappia andare incontro alla donna. E credo che il

documentare un incontro siffatto non possa mai in alcun modo essere considerato una partecipazione all'aborto.

Non mi dilungo oltre, ma mi permetto di rinviare alla Circolare 54/78 della Regione Veneto che illustra, sia in termini legali sia in termini etici, come anche ai medici obiettori debba essere consentito di partecipare al colloquio e di rilasciare il documento che lo attesta, senza decadere dall'obiezione².

Anche il TAR della Regione Puglia, dal canto suo, nella sentenza 3477 del 14/9/2010 rigetta la decisione di alcune ULSS pugliesi che pretendevano di escludere i ginecologi obiettori dai bandi per ruoli nei consultori familiari. Il rigetto da parte del TAR è sostenuto proprio dalla considerazione che nessuno degli atti richiesti ai medici nei consultori, in relazione alla richiesta di IVG, sia suscettibile di obiezione. Neppure, a giudizio di quel TAR, il rilascio del certificato di urgenza.

Su quest'ultimo punto si potrebbe eventualmente dissentire come del resto prospetta la Regione Veneto, dimostrandosi più attenta, rispetto al TAR della Regione Puglia, nel tratteggiare l'ambito dell'obiezione anche in relazione alle procedure. La Circolare 54/78, infatti, distingue chiaramente il "*documento*" dal "*certificato di urgenza*": nel certificato, infatti, sono espresse valutazioni e scelte riferibili al medico, e non la semplice attestazione di un evento. Nel certificato il medico prescrive che l'aborto deve essere eseguito con urgenza, e non invita la donna a soprassedere.

Riporto letteralmente, a questo proposito, un passaggio della Circolare 54/78 del Veneto, nella quale si sottolinea con estrema precisione che «la procedura d'urgenza che si conclude col rilascio del "certificato" non ha altro scopo, cioè è espressamente e necessariamente finalizzata a consentire l'immediato intervento abortivo, senza prevedere alcun atto di diverso contenuto tendente a consentire una diversa finalità o quanto meno un tempo di riflessione per un diverso comportamento della gestante».

È pur vero che la donna può decidere di non abortire anche quando sia in possesso del certificato e che neppure il certificato determina, di per sé, direttamente l'aborto. Certamente, però, il certificato implica una responsabilità diretta e personale del medico nel prescrivere come urgente l'intervento abortivo, tanto più che tale urgenza viene motivata non per ragioni di salute della donna, ma per la scadenza dei termini di 90 giorni. In tal caso si tratta di una responsabilità rispetto alla quale l'obietto non può che astenersi.

Noi spesso confondiamo impropriamente i due termini: *documentazione* e *certificazione*. Sono eventualità entrambe contemplate nell'art. 5 della legge 194/78, ma certamente rappresentano due fattispecie ben diverse che mai potrebbero essere considerate equivalenti. Fare chiarezza sull'uso dei termini è importante per dare valenza ai comportamenti e alle scelte.

² Testo consultabile su www.scienzaevita.org, nella sezione documenti.

L'interpretazione sul significato del *documento* data per decenni ha spinto i medici obiettori ad astenersi dal colloquio, laddove il loro compito di dissuasione avrebbe potuto essere positivo.

È indubbiamente difficile porsi davanti a una donna che chiede una cosa che da medici non si condivide, ma ciò accade non solo per l'aborto, ma anche in tante altre situazioni legate alla professione. È anche faticoso, a fronte dell'intenzione espressa di abortire, controllare le proprie emozioni o il giudizio. Ed è faticoso anche trattenersi dal presentare in prima istanza i diritti del figlio, quasi a contrapporli a quelli della donna. Il compito del medico in quel momento è di andare incontro alla donna, trovando l'accesso che permetta il contatto con lei senza trasformare l'incontro in uno scontro di posizioni.

In un colloquio empatico i contenuti emergono tutti e la donna, il più delle volte, è già ben consapevole delle cose che noi vorremmo dirle. Alla fine il documento è la cosa meno importante. A volte, addirittura, può essere utile rilasciarlo già nelle fasi iniziali dell'incontro per evitare che l'ansia di ottenerlo impedisca alla donna di rilassarsi e aprirsi al dialogo. La donna non deve sedersi davanti al medico con l'unico obiettivo di ottenere il documento. L'attestazione di ciò che si compie è un atto dovuto, non è la posta in gioco, e questo va chiarito alla donna nel momento stesso in cui essa si presenta, proprio per liberare il campo e poter parlare. E al termine del colloquio l'invito al ripensamento sarà quello con cui la donna se ne andrà, anche se probabilmente per il medico resterà ancora una domanda: potevo fare di più e meglio per questa donna e per il figlio che ha in grembo?

Vengo al successivo aspetto nell'ambito dell'obiezione rispetto alla legge 194/78.

L'assistenza alla donna prima e dopo l'aborto

La legge prevede che da queste attività il medico obiettore non possa astenersi.

Nella fase precedente l'aborto al medico che abbia sollevato obiezione di coscienza non è permesso di astenersi da alcuna forma di assistenza alla donna. Infatti, attività quali l'esecuzione di esami del sangue, un'ecografia o un elettrocardiogramma, anche se richiesti in funzione del possibile intervento abortivo, non possono apparire «*specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza*».

Quanto all'assistenza successiva all'aborto, la definizione di «*aborto*» è a tutti ben nota: è l'interruzione della gravidanza, spontanea o provocata, prima che il feto abbia acquisito la capacità di vita autonoma. Un tempo questo limite era posto al 180.mo giorno, e cioè all'età gestazionale di 25 settimane e 5 giorni; ora i progressi nelle tecniche di rianimazione neonatale hanno fatto sì che questo limite si possa collocare a 22 settimane e 6 giorni, e cioè al 160.mo giorno a partire dalla data dell'ultima mestruazione. (Qualora la morte del feto sia riscontrata in

epoca successiva si parla, invece, di morte intra-uterina del feto). Da un punto di vista clinico, l'aborto può essere definito "completo", "incompleto" o "ritenuto" a seconda che il feto morto e la placenta siano stati espulsi o meno. Assistere all'espulsione di un feto morto è indubabilmente un atto successivo all'aborto (morte del feto), comunque avvenuto.

Presenziare, se necessario, all'espulsione di un feto morto a seguito di un'interruzione volontaria di gravidanza non significa in alcun modo contribuire alla sua eliminazione e tanto meno condividere la scelta compiuta dalla donna. Semmai condividere la sofferenza profonda della donna, sempre presente in esperienze di questo tipo, e vigilare perché non subentrino complicanze in grado di comprometterne la salute.

Parimenti, estrarre la placenta dopo l'espulsione del feto non è certamente una collaborazione all'aborto: è un atto successivo, magari immediatamente successivo, che ha l'unico scopo di completare lo svuotamento dell'utero e di evitare emorragie alla donna.

Ritengo che anche deontologicamente il medico non si possa astenere. Si tratta di assistenza successiva alla morte del feto, morte già avvenuta e della quale il medico non può ritenersi in alcun modo corresponsabile.

Stiamo parlando dei casi di aborto indotto farmacologicamente nel secondo trimestre di gravidanza, quegli aborti pretestuosamente definiti "terapeutici", indotti farmacologicamente da colleghi non obiettori. Se poi la somministrazione dei farmaci abortivi fosse avvenuta al di fuori delle norme di legge, il medico della struttura ospedaliera che interviene non avrà solo il dovere assistenziale, ma anche quello della segnalazione all'Autorità giudiziaria; in questo caso potremmo pensare che la presenza del medico obiettore potrebbe anche essere maggiormente garantista rispetto all'osservanza alle norme di legge.

Credo che negli incontri e nell'attività di formazione e di consulenza, in ambito di Scienza & Vita o di Movimento per la Vita, dovrebbe essere posta un'attenzione estrema nel chiarire questi concetti, sia per incrementare la qualità degli interventi degli operatori sanitari, sia per evitare che qualche collega, per ragioni emotive anche comprensibili, incorra in errori estremamente gravi dal punto di vista deontologico oltre che perseguibili penalmente.

È di estrema importanza che gli esperti di Scienza & Vita assicurino ai medici obiettori tutto il supporto possibile, anche e soprattutto in termini medico-legali, nella difficilissima situazione attuale in cui l'obiezione è pretestuosamente combattuta e artatamente posta in antitesi ai presunti diritti delle donne. Ma è necessario che si delineino con onestà e precisione i confini dell'obiezione rispetto all'ampia gamma di attività sanitarie che possono succedersi in occasione del ricovero di una donna che richiede l'aborto volontario. Dobbiamo evitare il verificarsi di situazioni professionali non difendibili che cerchino inaccettabilmente di trovare riparo dietro un'improponibile interpretazione dell'obiezione di coscienza.

Passo al secondo punto.

La non prescrizione dei contraccettivi d'emergenza

Ho già avuto modo di trattare il tema sul periodico *Si alla Vita* e rimando per un approfondimento al testo dell'articolo³. Ne riprendo qui i punti salienti.

Preliminare a tutto è un chiarimento sulla terminologia. Il termine *contraccezione* rimanda al grande capitolo della procreazione responsabile, intesa come scelta di una gestione della sessualità rispettosa della vita che ne potrebbe derivare.

Lo Stato italiano, attraverso le sue leggi, nel definire gli aspetti della procreazione responsabile, la finalizza esplicitamente alla tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento. Mi riferisco all'art. 1, comma 3, della legge 405 del 1975 che istituisce i Consulenti Familiari⁴.

La tutela della salute della donna e dell'individuo che potrebbe essere generato è ribadita anche nella legge 194 del 1978 che, pur consentendo l'aborto in casi che dovrebbero essere eccezionali, proclama la tutela della vita umana dal suo inizio⁵. Tutela della *vita umana*, e non della *gravidanza* che l'Organizzazione Mondiale della Sanità pretenderebbe inizi dall'impianto in utero.

Quanto alla legge 40 del 2004, che regola le procedure di fecondazione assistita, essa assicura al concepito gli stessi diritti che garantisce agli altri soggetti coinvolti, e cioè ai suoi genitori, ponendo tutti sullo stesso piano quanto ai diritti (è un passaggio mai modificato da alcuno dei numerosi interventi della Corte Costituzionale)⁶. Né la proposta di sperimentazione sugli embrioni umani ha mai, finora, trovato accoglienza.

Quanto sopra delineato evidenzia che la legge italiana non è a favore dell'eliminazione degli embrioni, ma, al contrario, essa assicura tutela al nuovo essere

³ Cfr. su <http://www.mpv.org/mpv/s2magazine/AllegatiTools/18896/21-25.pdf>.

⁴ Legge 29 luglio 1975 n. 405, art. 1: «Il servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità ha come scopi:

- l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile;
- la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle condizioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti;

- la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;
- la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso».

L'art. 1 parla di scelte libere e le confina ad un ambito in cui si assicuri la tutela della salute della donna e la tutela del prodotto del concepimento. Non potrebbe del resto esservi contraddizione fra due comma susseguenti di uno stesso articolo. La contraccezione è certamente un diritto del singolo e della coppia, ma i confini di questo ambito sono chiaramente definiti.

⁵ Legge 22 maggio 1978 n. 194, art. 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».

⁶ Legge 19 febbraio 2004 n. 40, art. 1, comma 1: «Al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana è consentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito».

concepito riconoscendo che è con il concepimento che inizia la vita, e prevede che venga intrapresa ogni iniziativa al fine di evitare che l'aborto sia utilizzato come mezzo di controllo delle nascite. Sono questi i cardini e le linee guida che il nostro ordinamento legislativo pone alla base della *procreazione responsabile*.

Gli strumenti e i metodi attraverso i quali la procreazione responsabile può attuarsi sono i cosiddetti metodi *contraccettivi*, che si affiancano alle metodiche di regolazione della fertilità.

All'interno della vasta gamma dei contraccettivi, tuttavia, è netta la distinzione fra i metodi e gli strumenti che evitano il concepimento e quelli che, invece, agiscono dopo il concepimento. Attraverso i primi, infatti, si può cercare di prevenire la gravidanza cercando di evitare l'incontro di uovo e spermatozoo; tuttavia, nel caso di un concepimento, pur indesiderato, il nuovo essere umano non troverebbe ostacoli alla propria crescita. Attraverso i secondi, invece, si determinano nell'organismo materno condizioni che impediscono al nuovo essere concepito di poter sopravvivere, di radicarsi cioè nell'utero e continuare a crescere. Discrimine è il rispetto per la vita sin dal suo primo istante, ed è un principio fondante delle nostre leggi e, prima ancora, della nostra cultura.

I *contraccettivi di emergenza*, di cui si tratta, agiscono prevalentemente impedendo che l'utero si prepari in modo adeguato a ospitare il concepito. La trattazione del loro meccanismo d'azione richiederebbe ampio spazio e una puntuale dissertazione scientifica. L'informazione ufficiale divulgata dalle maggiori Società Scientifiche presenta questi farmaci come anti-ovulatori e, conseguentemente, come anti-concezionali; tuttavia, una lettura attenta della letteratura primaria (e cioè degli articoli scientifici sperimentali che ne descrivono gli effetti sull'ovulazione e sul tessuto endometriale nella donna) evidenzia come, al contrario, essi agiscano con meccanismo prevalentemente post-concezionale.

Nelle note sono riportate considerazioni sintetiche sul meccanismo d'azione dei contraccettivi di emergenza⁷.

⁷ B. Mozzanega, E. Cosmi, *How do levonorgestrel-only emergency contraceptive pills prevent pregnancy? Some considerations*, "Gynecological Endocrinology" 27 (2011), pp. 439-442;

B. Mozzanega, E. Cosmi, G. B. Nardelli, *Ulipristal acetate in emergency contraception: mechanism of action*, "Trends in Pharmacological Sciences" 34 (2013), pp. 196-197 [la traduzione italiana è reperibile sul sito: <http://www.prolifenews.it/voce-della-scienza/la-verita-su-ellaone-la-pillola-dei-cinque-giorni-dopo/>].

In particolare, quanto al Levonorgestrel, gli articoli di review e gli statements delle Società Scientifiche sostengono che LNG agisca esclusivamente prevenendo l'ovulazione [cfr. su <http://www.figo.org/news/joint-statement-international-consortium-emergency-contraception>], benché gli studi citati a supporto di questa tesi evidenzino esattamente il contrario, e cioè che buona parte delle donne trattate ovulano e quindi possono concepire [cfr. M. Durand, *et al*, "Contraception" 64 (2001), pp. 227-234; D. Hapangama, *et al*, "Contraception" 63 (2001), pp. 123-129; L. Marions, *et al*, "Obstetrics & Gynecology" 100 (2002), pp. 65-71; H. B. Croxatto, *et al*, "Contraception" 70 (2004), pp. 442-450; M. Durand, *et al*, "Contraception" 71 (2005), pp. 451-457; I. A. Okewole, *et al*, "Contraception" 75 (2007), pp. 372-377; G. Noé, *et al*, "Contraception" 81 (2010), pp. 414-420]. Di più, gli stessi autori dello statement FIGO (Federazione Internazionale dei Ginecologi e Ostetrici), Brache e Faundes [cfr. su <http://www.esrch.eu/about-esc/news/how-do-levonorgestrel>], nei propri studi pubblicati negli stessi anni, sostengono che LNG somministrato nei giorni prossimi all'ovulazione – i più fertili –, è in grado di inibire l'ovulazione stessa soltanto nel 14% dei casi (è nelle conclusioni

Visti i presupposti di ordine legislativo e di ordine biologico, per i quali rimando alle note di cui sopra, non si vede come al medico possa essere richiesto di prescrivere farmaci che agiscano prevalentemente dopo il concepimento. Quanto alla donna, essa dovrebbe essere innanzitutto correttamente informata. La conoscenza, infatti, è presupposto necessario del consenso informato e, ancor prima, è presupposto della libertà di scelta⁸.

È evidente che un medico che abbia sollevato obiezione di coscienza rispetto all'aborto nell'ambito di quanto previsto dalla legge 194/78, possa astenersi dal prescrivere farmaci post-concezionali. Ma nel fare questo non appare necessario che egli si appelli all'obiezione di coscienza di cui alla legge 194/78: la sua scelta, infatti, è nel rispetto della legge e non è legata all'obiezione, come si vorrebbe ritenere. È una scelta conforme a una legge, la 405/75, che definisce i contorni della procreazione responsabile e la finalizza alla tutela della salute della donna e alla tutela del nuovo essere concepito. L'obiezione di coscienza è certamente una testimonianza di altissimo valore morale, ma non è necessario né opportuno ricorrervi se non in circostanze strettamente connesse alla legge 194/78, che è, ricordiamolo, una legge "speciale" che come tale non dovrebbe consentire ipotesi estensive o analogiche.

L'obiezione di coscienza di cui alla legge 194 ha confini e limiti ben definiti ed è legata, come già detto, esclusivamente all'ipotesi della partecipazione alle procedure e agli interventi *specificamente e necessariamente diretti a determinare l'interruzione della gravidanza*. Essa consente in quei casi al medico di astenersi per motivi etici, ma non individua certo né separa i medici in due categorie distinte a seconda che essi la sollevino o meno. Tutti i medici sono chiamati ad aiutare la donna a superare le cause che la indurrebbero ad abortire e tutti, indistintamente, sono tenuti a operare perché l'aborto non sia utilizzato per il controllo delle nascite.

Ogni medico, all'atto del Giuramento, si impegna a «prestare, in "scienza e coscienza", la propria opera, con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della professione».

In conclusione, la scelta del medico di non prescrivere la contraccezione d'emergenza qualora ne fosse richiesto, non può apparire in alcun modo come un "*rifiuto di prestazione professionale*", rifiuto che comunque gli è consentito in forza dell'art. 22 del Codice deontologico dei medici, anche nella versione in corso

dello studio di Brache su Ulipristal Acetato, ellaOne [cfr. V Brache, *et al*, "Human Reproduction" 25 (2010), pp. 2256-2263]. È evidente che il meccanismo d'azione non è anti-ovulatorio e di prevenzione del concepimento, bensì è un meccanismo post-concezionale.

Quanto a Ulipristal, il meccanismo anti-annidamento è chiarito esaustivamente nell'articolo tradotto al punto 2.

⁸ B. Mozzanega, *Da Vita a Vita. Viaggio alla scoperta della riproduzione umana*, III Edizione riveduta e corretta, Società Editrice Universo, Roma 2013, pp. 223-226.

di approvazione⁹. La richiesta di prescrizione di qualunque farmaco, infatti, non risulta essere una prestazione esigibile (a meno che non pensiamo alla trascrizione di una prescrizione specialistica da parte dei medici di Medicina generale, ai fini della rimborsabilità da parte del Servizio sanitario nazionale): l'indicazione è riservata alla decisione del medico. E tantomeno, quindi, appare esigibile la richiesta di prescrizione di un farmaco che possa sopprimere il nuovo essere umano nelle prime fasi della sua esistenza, in violazione del rispetto della vita dal suo inizio che è, come già ricordato, principio fondante delle nostre leggi e patrimonio della nostra cultura.

Scienza e coscienza non sono mai disgiunte e più che mai in questa materia sono alleate del medico.

⁹ Il vigente Codice di deontologia medica in vigore dal 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».

Nel nuovo Codice di deontologia medica, di imminente approvazione da parte dall'Ordine nazionale dei medici [cfr. su http://www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=3022585.pdf], l'art. 22 potrebbe essere modificato come segue, già a partire dal titolo (in corsivo le variazioni più significative): "Rifiuto di prestazione professionale": «Il rifiuto di prestazione professionale anche al di fuori dei casi previsti dalle leggi vigenti è consentito al medico quando vengano richiesti interventi che contrastino con i suoi convincimenti etici e tecnico-scientifici, a meno che questo comportamento non sia di nocumento per la salute della persona assistita. Il medico deve comunque fornire ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione dei servizi esigibili e a questo fine collabora con le aziende sanitarie».

Il significato e la portata di queste modifiche sono state oggetto di commento e se ne segnala il sito per eventuali approfondimenti [<http://www.lanuovabq.it/it/articoli-medici-attacco-alla-liberta-di-coscienza-7177.htm>].