

LA CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA UN CONTRIBUTO MEDICO-LEGALE

Paolo Benciolini, Alessia Arseni

Medicina legale, Dipartimento di Medicina ambientale e Sanità pubblica,
Università degli Studi di Padova

PREMESSA

Intervenire in un dibattito pluridisciplinare sul tema della contraccezione d'emergenza significa, per noi, chiedersi quale sia l'ottica del contributo che ci viene richiesto. Occorre, in primo luogo, evitare di assumersi ruoli di supplenza nei confronti di competenze che non ci appartengono (da quella di ordine biochimico-farmacologico a quella clinica, ma anche - all'altro estremo - di ordine propriamente giuridico) e identificare i possibili spunti che la nostra formazione specialistica, ma anche l'esperienza professionale, sono in grado di offrire alla comune elaborazione di linee operative su questo delicato e dibattuto tema. Abbiamo, dunque, preferito connotare la nostra esposizione come "un contributo", rifuggendo dalla non infrequente tentazione di attribuirgli il valore di enunciato categorico. E' vero che l'analisi propria dei cultori della nostra disciplina deve avere un riferimento obbligato nelle "leggi", ma non sempre la materia che ci viene sottoposta è regolata da norme giuridiche precise e, d'altra parte, è stato ormai pacificamente riconosciuto che la riflessione in ottica medico-legale si deve estendere anche alle dimensioni deontologica ed etica, i cui margini di opinabilità sono ancor più ampi. Intendiamo perciò caratterizzare il nostro intervento come un particolare contributo certamente basato sull'esame delle (poche) possibili norme di riferimento, ma anche, e soprattutto, sugli spunti che ci derivano dall'operare in una struttura di medicina legale situata nell'ambito di una azienda del Servizio Sanitario. Si tratta di una esperienza che abbiamo definito di "Medicina legale clinica"¹, in quanto svolta "al letto del paziente", "al

fianco degli altri professionisti sanitari", "in costante rapporto con i responsabili delle strutture sanitarie", in un'ottica pluridisciplinare nei confronti dei singoli cittadini che si rivolgono al Servizio Sanitario come malati o in una prospettiva di prevenzione. Nello svolgimento dell'attività clinica della medicina legale, si procede ad affrontare metodologicamente i singoli casi, sia per risolvere la questione specifica sia per formulare indicazioni generali e definire criteri operativi comuni applicabili nella pratica operativa quotidiana.

Il tema prevalente nei numerosi contributi della medicina legale clinica è quello della **responsabilità** degli operatori sanitari, che deve essere affrontata in un'ottica che tenga conto appunto della triplice dimensione giuridica, deontologica ed etica.

I problemi principali da discutere in tema di responsabilità nell'ambito della contraccezione d'emergenza sono tre e riguardano: la responsabilità per gli effetti che l'assunzione del farmaco può indurre sia sul feto che sulla donna; la responsabilità nella prescrizione del farmaco, con particolare rilevanza al caso di pazienti minorenni; la responsabilità nel rifiutare di prescrivere il farmaco richiesto dalla paziente.

LA RESPONSABILITÀ PER GLI EFFETTI CHE L'ASSUNZIONE DEL FARMACO PUÒ INDURRE SUL FETO E SULLA DONNA

Diamo per acquisiti i dati relativi alla contraccezione di emergenza che sono stati riferiti in altri contributi ed in particolare da Arisi e Micheli. Tenuto conto dei dati disponibili sul meccanismo

¹ Benciolini P. La medicina legale clinica (Editoriale) Riv. It. Med. Leg. 27, 451-459; 2005.

di azione del farmaco occorre farsi una duplice domanda: se la sua azione possa comportare danni al feto e/o alla donna. E' evidente che nel primo caso la questione si pone qualora sia già in atto una gravidanza e, a sua volta, prospetta due ipotesi: quella di un effetto abortivo e quello di conseguenze teratogene. Prendiamo atto che per entrambe non risultano, in letteratura, segnalazioni specifiche. Resta da stabilire se l'assunzione del farmaco possa determinare l'insorgenza di un danno alla donna. In questo caso la letteratura proposta pare non escluda del tutto le possibilità di conseguenze lesive, anche se in casi particolari ed in relazione a condizioni preesistenti che le possono agevolare (come è noto, l'eventuale azione concausale di fattori individuali non esclude il nesso causale). Tuttavia la responsabilità per danno pure concausalmente riconducibile alla somministrazione di contraccettivi d'emergenza va esclusa qualora l'evento avverso dovesse risultare non scientificamente prevedibile o anche solo non prevenibile. La principale questione che, in ogni caso, si pone riguarda il tema del consenso. Si tratta, come è ben noto, di un preciso dovere per ogni professionista sanitario e per qualunque prestazione (anche se l'espressione del consenso non necessariamente richiede di essere verbalizzata per iscritto né tanto meno esige modalità burocraticamente appesantite). Nei casi in esame, tuttavia, ci sembra importante sottolineare che, di norma, è la donna che, rivolgendosi al medico, avanza una precisa ed esplicita richiesta di questo farmaco. Il consueto rapporto medico-paziente (giustamente da molti definito "asimmetrico", in favore del medico) tende in questa situazione a rovesciarsi fino quasi ad attribuire, in un certo senso, al medico l'onere del consenso. E' invece importante evitare che il medico non ne sia fuorviato e resti fedele al suo compito fondamentale, che consiste (come sempre in tema di cosiddetto "consenso informato") nel provvedere ad una adeguata informazione della paziente per consentirle di autodeterminarsi. Dopo aver rilevato l'indicazione al trattamento richiesto, dovrà dunque informare esaustivamente la paziente, non solo sulle modalità ed i tempi di assunzione del farmaco, ma anche sui possibili effetti collaterali, e

dovrà evidenziare l'eventuale esistenza di controindicazioni all'assunzione quali: storia di trombosi; presenza di grave epatopatia o porfiria acuta attiva; l'eventuale assunzione di altri farmaci che possano interferire con l'efficacia del farmaco. Dovrà anche precisare che, nel caso in cui vi sia in atto una gravidanza, l'assunzione del levonorgestrel (LNG) non risulta avere alcun effetto al fine di interrompere la gravidanza. In sostanza, la principale ipotesi di responsabilità non si pone tanto in riferimento ad un eventuale evento avverso del farmaco, ma al consenso della donna e, prima ancora (come presupposto di fondamentale importanza non solo giuridica ma anche deontologica ed etica), alla corretta e adeguata informazione.

LA RESPONSABILITÀ NELLA PRESCRIZIONE DEL FARMACO ALLE MINORENNI

Venendo ora ad affrontare il problema della responsabilità nella prescrizione, è evidente che esso si pone nei confronti dei soggetti di minore età, dato che in Italia i dati statistici disponibili dimostrano che anche le donne minori ricorrono frequentemente sia all'utilizzo della contraccezione in generale, che alla contraccezione d'emergenza.

La questione generale della prescrivibilità e della somministrazione di metodi contraccettivi alle minori ritorna, ancor oggi, con relativa frequenza nella nostra esperienza di medicina legale clinica. Nell'attività quotidiana infatti emergono incertezze e difformità tra i professionisti sanitari, che confermano l'esigenza di un approfondimento al fine di individuare principi generali e criteri operativi comuni applicabili nella pratica clinica. A tal proposito si riportano gli specifici riferimenti normativi, contenuti nell'art. 2 della legge 194/78² "*La somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori.*" Dalla lettura di tale norma risulta una esplicita autorizzazione alla possibilità di accedere alla contraccezione anche per le minori. Questo non solo in as-

² Art. 2 L. 194/78. I consultori familiari istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n. 405, fermo restando quanto stabilito dalla stessa legge, assistono la donna in stato di gravidanza: a) informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio; b) informandola sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante; c) attuando direttamente o proponendo all'ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a); d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza. I consultori sulla base di appositi regolamenti o convenzioni possono avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita. La somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori.

soluta coerenza con la legge 66/1996 sulla violenza sessuale, nella quale viene riconosciuta ai minori che abbiano compiuto i 14 anni di autodeterminarsi in ordine alla propria sessualità³, ma senza nemmeno alcun limite inferiore di età, essendo la *ratio* della norma citata fondata sulla necessità di prevenire gravidanze in tutti i giovanissimi, che si ritengono tanto meno capaci di scelte responsabili in ordine alla maternità quanto più si trovano ancora alle soglie dell'adolescenza.

Più in generale va qui ricordato che questa nuova attenzione ai minori e al loro diritto di autodeterminazione trova la sua massima espressione sia nell'art. 6⁴ della Convenzione di Oviedo che nell'art. 38⁵ del codice di Deontologia Medica 2006, che in ogni caso concreto richiede comunque il riconoscimento di un'adeguata maturazione individuale raggiunta e dimostrata dal minore.

Nel caso specifico della contraccezione, poiché la norma di legge risulta applicabile anche a soggetti di età inferiore ai 14 anni, particolarmente prezioso appare il richiamo alla necessità che la prescrizione dei contraccettivi venga effettuata in strutture adeguate, in primo luogo nei consultori.

Tenendo conto di quanto previsto dal citato art. 2 della legge 194/78 che autorizza la somministrazione e prescrizione della contraccezione anche alle minori, e della loro riconosciuta capacità decisionale su tale tema, si può ritenere che tali indicazioni possano essere valide anche per la contraccezione d'emergenza. Esprimiamo, pertanto, il nostro preciso convincimento che i consultori e le altre strutture qualificate costituiscano i luoghi privilegiati di prescrizione anche della contraccezione d'emergenza alle minori e senza limiti inferiori d'età. In ogni caso

il medico al quale la richiesta viene presentata deve sentirsi investito della responsabilità di una adeguata informazione, oltre che della valutazione di eventuali controindicazioni.

LA RESPONSABILITÀ NEL RIFIUTARE DI PRESCRIVERE IL FARMACO RICHIESTO DALLA PAZIENTE

Circa la responsabilità per rifiuto della prescrizione del farmaco da parte di un medico, ci si deve chiedere se si tratti di un atto dovuto e pertanto rientrante nel reato previsto dall'art. 328 c.p.⁶ (*Rifiuto di atti di ufficio. Omissione*).

Anche in questo caso occorre considerare il problema della contraccezione in generale e chiedersi poi se esistano riferimenti più specifici alla contraccezione d'emergenza.

Esiste il precedente di un pronunciamento dell'autorità giudiziaria milanese nei confronti di un medico che aveva rifiutato di prescrivere la pillola anticoncezionale ad una donna, della quale stava temporaneamente sostituendo il medico di medicina generale. Dopo la richiesta di rinvio a giudizio da parte del P.M., il procedimento veniva archiviato sulla base del fatto che il rifiuto non riguardava un atto da compiersi "senza ritardo", come previsto dagli estremi del reato. Il medico si era inoltre difeso asserendo l'impossibilità di prescrivere un farmaco contraccettivo in assenza di adeguate informazioni anamnestiche e cliniche sulla condizione della paziente.

In realtà, per quanto ci è possibile ricordare a distanza di anni, si era allora posta la questione della pertinenza o meno dell'obiezione di coscienza

³ Corre l'obbligo di precisare (poiché tale erronea indicazione è stata proposta in un recente congresso Nazionale della SIGO) che non esiste alcun obbligo di referto alla Autorità Giudiziaria in caso di atti sessuali compiuti da minori degli anni 14 (purché di età superiore ai 10 anni), perché, pur trattandosi di reato, esso non rientra fra quelli perseguibili d'ufficio (come è invece previsto in caso di violenza reale).

⁴ Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina Oviedo, 4 aprile 1997.
Articolo 6 - Protezione delle persone che non hanno la capacità di dare consenso.

1. Sotto riserva degli articoli 17 e 20, un intervento non può essere effettuato su una persona che non ha capacità di dare consenso, se non per un diretto beneficio della stessa.

2. Quando, secondo la legge, un minore non ha la capacità di dare consenso a un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge.

Il parere di un minore è preso in considerazione come un fattore sempre più determinante, in funzione della sua età e del suo grado di maturità.

⁵ Art. 38 - Autonomia del cittadino e direttive anticipate - Il medico deve attenersi, nell'ambito della autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia della stessa.

Il medico, compatibilmente con l'età, con la capacità di comprensione e con la maturità del soggetto, ha l'obbligo di dare adeguate informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà.

⁶ Art. 328 c.p. Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni.

sollevata ai sensi della legge 194/78 anche per la prescrizione dei contraccettivi, obiezione che il medico aveva inizialmente invocato a giustificazione del proprio rifiuto. La decisione della magistratura milanese non aveva tuttavia - come si è accennato - considerato tale interessante questione e non ci risultano altri pronunciamenti in merito.

L'introduzione in Italia della contraccezione d'emergenza ha riproposto, negli anni più recenti, l'interrogativo sulla possibilità dei medici di appellarsi all'obiezione di coscienza anche ed in particolare per tale modalità di trattamento. L'opinione già a suo tempo espressa (Benciolini, Aprile 1990)⁷, e che ancor oggi riteniamo di dover pienamente confermare, è che nel caso della contraccezione di emergenza non sia invocabile da parte del medico l'eventuale obiezione sollevata ai sensi dell'art. 9⁸ della legge 194/78. Le "procedure" cui la norma si riferisce presuppongono, infatti, l'avvenuto accertamento della gravidanza in atto, che non è ovviamente realizzabile nel caso di ricorso alla "pillola del giorno dopo". Questo parere vale non solo qualora il meccanismo di azione del LNG venga considerato - come nel decreto che autorizza la somministrazione del farmaco - ad effetto contraccettivo, ma anche nella diversa ottica (che conosciamo essere sostenuta anche in sedi autorevoli) che lo considera di tipo abortivo. A favore del primo orientamento ricordiamo la sentenza del TAR del Lazio n. 8465/2001⁹. E' stato tentato, da alcuni, il riferimento ad una nuova previsione di obiezione di coscienza, quel-

lo cioè contenuto nella legge n. 40/2004 (successivo - si fa notare - alla immissione in commercio del LNG). Tuttavia non sembra che il riconoscimento della "figura e dei diritti dell'embrione, anche nella fase in cui esso non si è ancora annidato nella mucosa uterina" consenta di estendere l'obiezione anche nei confronti delle richieste di prescrizione/somministrazione della contraccezione d'emergenza. Non valgono, a nostro parere, interpretazioni "analogiche" posto che nel momento in cui l'intervento dei medici viene richiesto l'esistenza di un embrione non è in alcun modo dimostrabile. Né si può invocare, ai fini del riconoscimento della legittimità giuridica della scelta di coscienza, il cosiddetto "principio di precauzione".

Esclusa dunque, a nostro avviso la possibilità di sollevare obiezione di coscienza ai sensi delle previsioni di legge in ordine alla prescrizione e/o somministrazione della contraccezione d'emergenza, rimane da considerare un'altra ipotesi che in ambito bioetico è stata definita "clausola di coscienza" e che trova un suo preciso riferimento, di ordine generale, nel codice di Deontologia Medica. Si tratta di un principio che è stato via via confermato nelle diverse edizioni del codice e che, da ultimo, risulta correttamente rubricato nell'ambito della "autonomia e responsabilità diagnostico terapeutica". L'art. 22 così si esprime: "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

⁷ Benciolini P., Aprile A. L'interruzione volontaria della gravidanza. Compiti problemi responsabilità. Liviana Padova 1990.

⁸ Art. 9 Legge 194/78 - 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.

La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dell'ospedale o della casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento della 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. 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. 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. Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti 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. L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo. 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.

⁹ Dalla Sentenza del T.A.R. del Lazio n. 8465/2001: "Il decreto che autorizza la commercializzazione del NORLEVO non contrasta con la legge n. 194/1978, poiché il farmaco autorizzato agisce con effetti contraccettivi in un momento anteriore all'innesto dell'ovulo fecondato nell'utero materno. Detta evenienza resta sottratta alla regolamentazione dettata dalla legge richiamata che, come in precedenza esposto, assume a riferimento una condizione fisiologica della donna di stabilire aspettativa di maternità cui soccorrono, in presenza di una volontaria e consapevole scelta interruttiva, specifici interventi di assistenza sul piano sanitario e psicologico. Come del resto illustrato dalle parti resistenti, il farmaco NORLEVO esplica effetti di prevenzione della gestazione al pari di altri usuali meccanismi contraccettivi, quale lo IUD o spirale, che parimenti mirano ad inibire l'impianto dell'ovulo fecondato ed in ordine ai quali non si pone questione circa la qualificazione come pratiche abortive eccedenti i limiti della legge n. 194/1978".

non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento.” E’ sottolineato pertanto il diritto deontologico del medico a dare priorità, nelle personali scelte professionali, sia alle proprie conoscenze clinico-scientifiche (“scienza”) sia ai propri convincimenti etici (“coscienza”), con possibilità di rifiutare interventi sul paziente che si pongano in contrasto con la sua coscienza, a meno che non si tratti di eventi che, in quel momento, si identifichino come pericolosi o pregiudizievole per la salute della persona assistita, garantendo in ogni caso ai pazienti il diritto di ricevere tutte le informazioni adeguate ed eventuali chiarimenti richiesti. Una corretta visione dell’impegno deontologico verso il paziente dovrebbe peraltro suggerire, in questi casi, un atteggiamento più “diligente”, non limitato cioè a fornire generici “chiarimenti”, ma attivamente sollecito nell’indicare a quali servizi i suoi interlocutori abbiano la possibilità di rivolgersi, con la indispensabile tempestività. Il semplice richiamo dell’art. 22 all’impegno del medico a “fornire ogni utile informazione” andrebbe, a nostro parere, sostituito da una più esplicita raccomandazione in tal senso.

La questione è stata oggetto di un autorevole intervento del Comitato Nazionale di Bioetica che il 28.5.04 si esprimeva in risposta ad un quesito formulato dall’Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Venezia, circa la possibilità per i medici di rifiutare la prescrizione della contraccezione d’emergenza. Dopo aver esaminato le basi scientifiche disponibili, la “Nota” così conclude “ritenuta unanimemente da accogliere la possibilità per il medico di rifiutare la prescrizione o la somministrazione di LNG, si è svolta all’interno del CNB un’ampia discussione sulle motivazioni di tale possibilità, configurandosi unanimità sul fatto che il medico il quale non intenda prescrivere o somministrare il LNG in riferimento ai suoi possibili effetti post-fertilizzazione abbia comunque il diritto di appellarsi alla ‘clausola di coscienza’, dato il riconosciuto rango costituzionale dello scopo di tutela del concepito che motiva l’astensione (cfr. p. es. Corte cost. n. 35/1997), e dunque a prescindere da disposizioni normative specificamente riferite al quesito in esame.”

In tal senso il medico viene legittimato a rifiutare la prescrizione di contraccettivi d’emergenza.

Tuttavia potrebbero esservi dei casi in cui si realizzi una situazione che non consenta ai medici di esprimere liberamente la loro scelta, in cui la possibilità della obiezione di coscienza da parte del medico si porrebbe in contrasto con il diritto della donna alla prescrizione di un farmaco. Tali situazioni riguardano essenzialmente il personale medico che svolge attività in strutture pubbliche quali consultorio e pronto soccorso, sedi a cui maggiormente si rivolgono le pazienti e nelle quali potrebbe esservi l’obbligo di garantire la prestazione richiesta dalla donna (sempre nei casi ovviamente in cui non vi siano controindicazioni cliniche alla prescrizione). Vengono quindi a confrontarsi due diritti: quello del medico di appellarsi alla “clausola di coscienza” nei confronti della contraccezione d’emergenza e quello della donna di accedere alla prestazione richiesta. In particolare tale condizione di obbligo della prestazione potrebbe gravare sui consultori ove, all’art. 1 della legge 405/1975 (Istituzione dei consultori familiari), tra gli scopi è presente quello che garantisce “la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell’integrità fisica degli utenti”¹⁰.

CONTRIBUTO ALLA RIFLESSIONE E PROPOSTE OPERATIVE

La situazione, attualmente esistente nel nostro Paese, è dunque caratterizzata da una precisa scelta normativa (autorizzazione al commercio del LNG) ma, al tempo stesso, da diversi fattori che rendono, di fatto, problematica la regolare e tempestiva utilizzazione della contraccezione d’emergenza. Alle obiezioni di natura etica di alcuni medici si aggiungono carenze nella organizzazione dei servizi e nella individuazione delle competenze. Abbiamo già richiamato i riferimenti di natura etica e deontologica ai quali i colleghi interessati possono ricorrere per giustificare le loro eventuali scelte di astensione a fronte di richieste di ottenere la contraccezione d’emergenza (che tutt’ora necessita della prescrizione medica). Tuttavia rimane aperta la questione relativa all’ipotesi di rifiuto di atti d’ufficio previsto dall’art. 328 c.p. Dobbiamo constatare, infatti, che essa

¹⁰ L’unica soluzione adeguata a rispettare le esigenze etiche dei professionisti sanitari che, ritenendo il LNG farmaco con effetti di natura abortiva, chiedono che la loro convinzione possa trovare un riconoscimento anche sotto il profilo giuridico, rimane l’esplicita previsione normativa, mediante apposito provvedimento del Parlamento, sul diritto a sollevare l’obiezione di coscienza anche per la contraccezione d’emergenza. Questa iniziativa potrebbe risolvere anche l’analogo problema proposto da alcuni farmacisti, finora non coinvolti nelle previsioni della legge n. 194/78 (e rimanendo estraneo, almeno finora, al dibattito il tema delle possibili implicanze etiche per i diversi professionisti sanitari della prescrizione e nella vendita dei contraccettivi).

non è stata finora adeguatamente affrontata in ambito giuridico. Solo allo scopo di richiamare i termini principali del problema, ricordiamo in primo luogo che si tratta di reato proprio o esclusivo, che riguarda solo coloro che rivestano la qualifica di pubblici ufficiali o incaricati di un pubblico servizio. Ai nostri fini potrebbe interessare i medici operanti nelle strutture pubbliche (strutturati e convenzionati) e non i liberi professionisti.

La questione di maggiore rilievo sotto il profilo giuridico è se la mancata prescrizione di contraccezioni di emergenza possa essere considerata rifiuto all'atto dell'ufficio di natura sanitaria, che debba essere compiuto senza ritardo. Due sono gli interrogativi che meriterebbero di essere approfonditi: se sia atto da compiere *“per ragioni di sanità”* e se esiga il suo compimento *“senza ritardo”*. La nostra personale opinione è che ad entrambe le domande si debba rispondere affermativamente. Al primo perché al termine *“sanità”* oggi va sostituito (come per il relativo ministero) quello di *“salute”* e il ricorso alla contraccezione d'emergenza va certamente considerato mezzo per tutelare la salute (nelle sue diverse dimensioni, compresa quella relazionale). Al secondo perché, tipicamente, la contraccezione d'emergenza va assunta entro tempi ristretti. In questo, anzi, essa si differenzia dalle contraccezioni ordinarie, per la quale l'omessa prescrizione difficilmente potrebbe rientrare tra le ipotesi di omissione di atti da compiere *“senza ritardo”*.

Ma ciò che maggiormente interessa qui considerare è la perdurante carenza di linee operative atte a garantire ai cittadini un servizio adeguato ad assicurare l'accesso alla contraccezione d'emergenza. E' su questo aspetto che la sensibilità maturata nel-

la esperienza di medicina legale clinica (*“accanto ai colleghi”*) ma anche *“in costante rapporto con i responsabili della gestione della sanità pubblica”*) ci induce a proporre alcune indicazioni che riteniamo di più specifica nostra competenza. Siamo stati (e siamo tuttora) interpellati da colleghi operanti presso i Servizi di Pronto Soccorso e di Guardia Medica, ma anche da operatori consultoriali e medici delle unità ospedaliere di ginecologia, ciascuno secondo la peculiare ottica che contraddistingue il proprio ruolo istituzionale. Ne è emerso un quadro complessivo caratterizzato da pressoché totale carenza di coordinamento, spesso anche dalla tendenza a rinviare gli interessati ad altra sede, altro servizio. Molti ginecologi delle strutture ospedaliere ritengono che le prestazioni debbano rientrare nei compiti dei servizi di urgenza/emergenza. Negano i medici di Pronto Soccorso e della Guardia Medica che le prestazioni richieste rivestano carattere d'urgenza e che comunque rientrino tra i loro compiti istituzionali. Il rinvio ai consultori si scontra con la limitatezza degli orari di accesso (che comunque non comprendono le ore serali, notturne e festive). Riteniamo che la soluzione non possa continuare ad essere affidata alla disponibilità individuale o della singola particolare struttura. I cittadini devono essere posti in condizione di conoscere dove, come e quando è loro possibile accedere alla prescrizione e l'azienda sanitaria deve definire modalità operative condivise con tutte le categorie di operatori interessati alla questione, per stabilire a carico di chi prescrizione e somministrazione possano essere considerati atti doverosi e quando, invece, la loro attuazione possa rimanere nell'ambito della discrezionalità.