

## **LA PRESCRIZIONE DEI CONTRACCETTIVI NELLE MINORENNI: ASPETTI MEDICO-LEGALI**

**Gabriele Tridenti, \*Nicola Cucurachi e Giovanni Battista La Sala**

***U.O. di Ostetricia e Ginecologia, Arcispedale Santa Maria Nuova,  
Reggio Emilia***

***\*Dip. di Anatomia Umana, Farmacologia e Scienze Medico Forensi,  
Sezione di Medicina Legale, Università di Parma***

### **ABSTRACT**

Nella prescrizione dei contraccettivi alle adolescenti l'aspetto medico legale più rilevante è la "minore età" (in Italia fino al compimento dei 18 anni), fonte per il medico di dubbi quali:

- la liceità della prescrizione stessa anche in assenza o all'insaputa dei genitori,
- l'esistenza di un'età minima per la contraccezione,
- come gestire richieste di contraccezione postcoitale.

Anche se vi sono norme legali e deontologiche che prevedono il coinvolgimento e il consenso degli esercenti la patria potestà, quando bisogna fornire prestazioni sanitarie a minori vi è una tendenza sempre più diffusa a riconoscere loro capacità decisionale. Indipendentemente dall'età, il medico deve considerare il grado di maturità del soggetto, deve garantire riservatezza, deve assicurare alla minorenni, unitamente alla prescrizione farmacologica, un'informazione adeguata. A queste condizioni si ritiene lecita la prescrizione di contraccettivi ai minori anche in assenza dell'espresso consenso degli esercenti la patria potestà.

La contraccezione post-coitale, non essendo dimostrabile una gravidanza in atto, è di fatto equiparabile alla contraccezione e, in considerazione anche del carattere d'urgenza della prescrizione, è lecita anche senza l'espresso consenso degli esercenti la patria potestà.

### **TESTO**

In Italia, come evidenziato da recenti indagini sul comportamento sessuale degli adolescenti, l'inizio dell'attività sessuale si verifica prevalentemente tra i 15 ed i 18 anni, senza utilizzare alcun metodo contraccettivo in oltre il 50% dei casi (1)(2). L'intervallo medio tra coitarca ed inizio di una qualche forma di contraccezione è di circa un anno, ed in questo periodo di tempo si ha il 50% delle gravidanze indesiderate nelle adolescenti (3). Ogni anno nel nostro Paese si contano tra le minorenni circa 10.000 parti e 4000 interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) eseguite in strutture pubbliche (4), con un tasso di abortività al di sotto dei 20 anni pari a 7,9 per 1000 donne. Se si considera

inoltre che nel 1997 si sono avute ben 168 IVG in ragazze di età inferiore a 14 anni (5), si percepisce la grande rilevanza sociale della contraccezione nelle adolescenti. A prescindere da qualunque considerazione di opportunità clinica, l'aspetto medico-legale pregnante nella contraccezione in età adolescenziale è la "minore età", notoriamente estesa fino al compimento del diciottesimo anno. La legislazione italiana, infatti, presuppone solo al raggiungimento di tale età la piena capacità di disporre di sé e quindi anche anche la capacità di autodeterminarsi in ordine a scelte diagnostico-terapeutiche.

Si comprende con facilità quali spinosi interrogativi si presentino ad un medico che si accinga a prescrivere un contraccettivo ad una adolescente. I quesiti fondamentali che si pongono e che costituiscono gli argomenti conduttori di questa trattazione sono i seguenti:

- a) è lecita una prescrizione medica (in particolare la contraccezione) nei confronti di minorenni anche in assenza o all'insaputa dei genitori (o del tutore)?
- b) in caso positivo fino a quale età minima?
- c) come ci si regola di fronte ad una minore che richiede l'intercezione postcoitale?

### **Liceità della prescrizione contraccettiva ai minori**

Nell'attuale momento storico in Italia la libertà sessuale ed il libero accesso alla contraccezione da parte degli adolescenti non sono più in discussione; non esiste però, nella legislazione italiana, una norma specifica che disciplini la contraccezione nella minore età ed è quindi necessario per una disamina medico-legale interpretare in modo combinato le disposizioni esistenti in più norme (5). Appare prioritario a tal fine, prima ancora di discutere sulla liceità della prescrizione di farmaci contraccettivi nei minorenni, affrontare il tema più ampio della liceità per il minore di assumere decisioni riguardanti la propria salute in quanto potranno poi da esso trarsi gli spunti necessari per i quesiti che ci si pone.

Condizione necessaria per ritenere lecita una qualsiasi prestazione sanitaria è l'esistenza del consenso da parte del paziente; questo presuppone ovviamente per lo stesso la capacità di autodeterminarsi, la capacità di comprendere la portata delle proprie azioni, la capacità di discernere le conseguenze, per la propria salute, delle scelte compiute.

Tali capacità si ritengono normalmente acquisite al compimento della maggiore età quando, secondo il codice civile, si acquisisce la Capacità di Agire, ovvero l'attitudine ad esercitare diritti e adempiere agli obblighi compiendo manifestazioni di volontà produttive di effetti giuridici, il cui presupposto è l'esistenza della capacità di intendere e di volere.

In effetti anche l'attuale Codice di Deontologia Medica, nel ribadire che non è consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona e che il medico non può intraprendere alcuna attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente, spiega (art. 33) che "Allorché si tratti di minore ... il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, nonché al trattamento dei dati sensibili, deve essere espresso dal rappresentante legale..."(6)(7).

Le mutate condizioni sociali e il sempre maggiore grado di maturità acquisito dai soggetti minorenni rendono d'altra parte chiaramente anacronistica una situazione nella quale sia aprioristicamente preclusa al soggetto minorenne la possibilità di incidere in modo più o meno diretto sulla propria salute.

In effetti il Consiglio d'Europa nella Convenzione per i Diritti dell'Uomo adottata a Strasburgo nel 1996, nel confermare che (capitolo 2, art. 6) "... quando, per legge, un minore non ha la capacità di acconsentire a un trattamento, quest'ultimo non può essere praticato senza l'autorizzazione del suo rappresentante..." continua affermando che "... il parere del minore è considerato elemento determinante in funzione dell'età e del suo livello di maturità".

Tale rilevante evoluzione è stata recepita anche nel vigente Codice di Deontologia Medica che all'art 34 sancisce che "Il medico ha l'obbligo di dare informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con l'età e con la capacità di comprensione, fermo restando il rispetto dei diritti del legale rappresentante ...".

Si viene a creare pertanto una situazione nella quale sono assenti riferimenti legislativi espliciti riguardanti la età di acquisizione della capacità di esprimere il proprio parere circa la propria salute mentre abbondano i riferimenti legislativi che anticipano ad un'età inferiore ai 18 anni la possibilità per il minore di compiere lecitamente atti anche rilevanti per il proprio status giuridico; ad esempio i riferimenti penalistici alle età dei 14 e 18 anni relative all'imputabilità, alla capacità di proporre querela, ecc. e i riferimenti civilistici all'età di sedici anni per contrarre matrimonio, per il riconoscimento, ecc..

Diventa quindi difficile indicare punti fermi cui si possa fare riferimento nel decidere quando e come assicurare trattamenti medici ad un minore prescindendo dal coinvolgimento dei legali rappresentanti.

Una concezione da considerare ormai eccessivamente legata al rispetto solo formale delle norme legali e deontologiche presupporrebbe la necessità di non compiere alcun atto medico sui minori senza avere chiesto il parere dei legali rappresentanti.

Si fa invece strada, in modo condivisibile, un orientamento che recepisce la pratica impossibilità di costruire steccati rigidi (relativi all'età) al di sopra o al di sotto dei quali consentire od escludere l'autonomo ricorso a trattamenti medici presupponendo invece una verifica concreta, nel caso specifico, della maturità raggiunta dal paziente e della comprensione dell'informazione fornita con conseguente ampia discrezionalità e corrispondente responsabilizzazione da parte del medico (8).

Con specifico riferimento alla contraccezione medica non si possono dimenticare i numerosi riferimenti normativi, anche in merito di sessualità.

Fondamentale al riguardo è l'art. 2 della Legge 194/1978 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza) da cui si ricava che "... 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" che apre esplicitamente la strada alla somministrazione di farmaci contraccettivi anche ai soggetti minorenni. (9)

Che la minore età non costituisca di per sé motivo di ostacolo a compiere atti medici anche senza il coinvolgimento dei legali rappresentanti e addirittura del giudice tutelare può desumersi altresì dall'art. 12 della stessa legge ove si

afferma che "... Qualora il medico accerti l'urgenza dell'intervento a causa di un grave pericolo per la salute della minore di diciotto anni, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela e senza adire il giudice tutelare, certifica l'esistenza delle condizioni che giustificano l'interruzione della gravidanza..." (9).

In ogni caso si può chiaramente desumere anche dalla recente legge sulla Violenza Sessuale (Legge 15 febbraio 1996, n. 66) che in materia di sessualità il legislatore riconosce ampia potestà decisionale al soggetto minorenni, ritenendolo ovviamente in grado di valutare la portata ed il significato dei propri atti, ritenendo leciti gli atti sessuali compiuti da soggetti che abbiano compiuto almeno i 13 anni (se compiuti con altro minorenni di età non superiore di tre anni) (10).

Risulterebbe quindi un'evidente contraddizione fra la liceità del compimento di atti sessuali da parte di minorenni e l'eventuale illiceità della capacità di proteggersi, anche con trattamenti medici, da gravidanze non desiderate.

Se non può quindi desumersi in assoluto una illiceità della prescrizione di farmaci contraccettivi ai soggetti minorenni è però opportuno verificare se e in quali condizioni sia appropriata una tale prescrizione.

Come già detto, all'art. 2, la Legge 194/1978, nel consentire la possibilità di prescrivere ai minori i contraccettivi, identifica nelle strutture sanitarie e nei consultori gli enti elettivi per l'assistenza alla salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti. Questo enunciato non esclude la possibilità per il minore di fruire del medico personale ma sottintende che la prescrizione degli anticoncezionali in questa fascia di età debba necessariamente completarsi con un'attività di informazione ed educazione che può richiedere più figure professionali, dal ginecologo allo psicologo all'assistente sociale. Anche per il cospicuo impiego di personale che può essere necessario, tali attività, secondo il Legislatore, sono più congruamente demandabili alla struttura pubblica (11). Dall'importanza conferita alle "strutture sanitarie" ed ai "consultori" deriva la particolare responsabilità per chi opera in tali strutture in caso di minori che richiedono la contraccezione. Tale responsabilità deve essere estesa, oltre che alla effettiva somministrazione farmacologica, anche ad una adeguata informazione dei minori stessi e ad un impegno sistematico di educazione nei loro confronti (12). Completa quanto enunciato dalla Legge 194/1978 l'art. 1 della Legge 405/1975 (Istituzione dei consultori familiari) che si prefigge "... 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..." senza specificare se tale servizio sia diretto esclusivamente agli adulti, senza esprimere alcun divieto di fruizione da parte dei minori, senza definire un'età minima per l'accesso (5).

Ad ulteriore conferma della liceità della prescrizione dei contraccettivi ai minori possiamo citare la Convenzione sui Diritti del Fanciullo (New York, 20 novembre 1989), ratificata in Italia dalla Legge 176/1991, che nell'art. 1 definisce fanciullo ogni essere umano di età inferiore a diciott'anni (salvo abbia acquisito prima la maturità in base alla legislazione dei singoli stati) e nell'art. 24 riconosce al minore il diritto alla salute, il diritto di beneficiare di servizi medici e di avere assistenza medica e cure sanitarie, tra cui le cure preventive con l'educazione ed i servizi in materia di pianificazione familiare. (13). Il Parlamento Europeo si è a sua volta espresso in materia di

educazione sessuale e salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti con la Risoluzione 2001/2128, che: riconosce la diversità delle esigenze degli adolescenti rispetto agli adulti in materia di salute sessuale e riproduttiva; sottolinea l'importanza della partecipazione dei giovani all'attuazione dei programmi di educazione sessuale in cooperazione con i genitori; ricorda che l'educazione sessuale dovrebbe essere differenziata in base al sesso ed all'età e dovrebbe iniziare in età precoce e continuare fino all'età adulta; invita i governi degli Stati membri a migliorare ed estendere l'accesso dei giovani ai servizi sanitari adeguandoli alle loro necessità.

Un aspetto che merita di essere commentato è la necessità o opportunità del coinvolgimento dei genitori o dei legali rappresentanti nella scelta di somministrare farmaci contraccettivi.

Stabilire, come risulta dall'art. 2 della legge 194/78, che la somministrazione di farmaci contraccettivi è consentita anche ai soggetti minorenni non significa infatti automaticamente che essa debba avvenire prescindendo dal coinvolgimento dei legali rappresentanti.

Se il coinvolgimento dei genitori o comunque dei legali rappresentanti dovrebbe sempre essere considerato preliminare a qualsiasi trattamento medico nel minore di età, anche semplicemente per la maggiore conoscenza o interpretazione delle priorità del paziente da parte dei suoi familiari, o per garantirne una migliore aderenza al progetto terapeutico, ci si deve interrogare sull'opportunità di coinvolgere i genitori in un ambito dal quale vengono frequentemente esclusi dagli adolescenti per ovvie implicazioni di riservatezza.

È stato documentato come una delle principali preoccupazioni dei giovani che afferiscono a strutture per la salute sessuale e riproduttiva è la riservatezza stessa (14), e tale preoccupazione è talmente viva da limitare il loro accesso ai servizi anche quando la confidenzialità viene offerta o assicurata. Negli Stati Uniti circa il 35% degli adolescenti potrebbe rinunciare ad usufruire di servizi sanitari per contraccezione e malattie a trasmissione sessuale per timore che i genitori ne vengano informati (15).

Si entra nel campo del Segreto Professionale con le enormi implicazioni giuridiche e deontologiche che esso comporta e che non è certamente il caso di riferire in modo esteso.

Merita solo di rilevare che la tutela del Segreto Professionale (Art. 9 Cod. di Deontologia Medica: "Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o che può conoscere in ragione della sua professione; deve, altresì, conservare il massimo riserbo sulle prestazioni professionali effettuate o programmate, nel rispetto dei principi che garantiscono la tutela della riservatezza...") è un presupposto fondamentale per la concreta possibilità di salvaguardare la propria salute soprattutto quando riguardi pazienti che nel timore di vedere trasmesse a terzi informazioni riservate potrebbero optare per una rinuncia al trattamento medico.

Se la finalità della comunicazione ai genitori dell'intenzione di una minorenne di assumere una terapia anticoncezionale è quella di garantire la salute della paziente attraverso una migliore discussione con soggetti adulti delle varie opportunità disponibili e dei rischi esistenti, al tempo stesso ci si rende conto che il risultato potrebbe essere proprio quello che si voleva evitare, e cioè di un'attività sessuale compiuta in assenza di contraccezione con possibile maggiore danno per la salute, fisica e psichica, della paziente.

Proprio ai fini della migliore tutela della salute della paziente e tenuto conto che non esistono norme tassative che escludano i trattamenti sanitari in assenza dei legali rappresentanti, compito del medico sarà quello di discutere con la paziente nel modo più aperto e franco possibile, prospettare la semplice possibilità di coinvolgere (con il consenso della paziente) i legali rappresentanti, verificare in ogni caso la maturità raggiunta dal soggetto ed assicurare comunque trattamenti che non comportino rischi rilevanti tenendo conto che tanto minore è la comprensione, da parte del paziente, del rapporto rischi-benefici di un trattamento medico tanto maggiore sarà la responsabilità assunta su di sé dal sanitario.

In effetti la possibilità di rivelare il segreto ai "legali rappresentanti" prevista dall'art. 9 del Codice di Deontologia Medica non va intesa nel senso che il legale rappresentante (per esempio il genitore) sia legittimato a richiedere tassativamente al medico curante del figlio la rivelazione del segreto, ma tale possibilità deve essere lasciata alla cauta discrezionalità del sanitario caso per caso (11), nell'adeguata valorizzazione della riservatezza e confidenzialità per l'utente adolescente.

### **Età minima per la prescrizione di farmaci contraccettivi**

Se è da ritenersi ormai accertata la possibilità di somministrare farmaci contraccettivi ai minori, anche in assenza del coinvolgimento di legali rappresentanti, è tuttora dibattuta l'età minima e le specifiche condizioni di tale somministrazione (per es. la comunicazione ai genitori o al tutore). A tale riguardo vi sono pareri non uniformi.

Alcuni Autori ritengono essere i 13 anni il limite minimo per la liceità prescrittiva desumendolo dalla Legge 66/1996 sulla violenza sessuale, che definisce come criterio di punibilità per chi ha atti sessuali con minorenni consenziente tre diverse età, tra le quali la più bassa prevista per la liceità dell'atto sessuale è appunto 13 anni, sempre che l'attore sia a sua volta minorenne e la differenza d'età non superi i 3 anni(5)(10).

Ritenendo quindi lecito l'atto sessuale a partire dai tredici anni si prende tale età per stabilire l'età a partire dalla quale la prescrizione è possibile.

Altri Autori, con un'interpretazione che appare prevalente, prescindono invece da un'indicazione di età minima con risvolti legali facendola quindi coincidere, da un punto di vista naturale, con l'età minima alla quale una donna è in grado di concepire, ovviamente variabile da caso a caso.

È ovvio che tanto minore è l'età della paziente che richiede la contraccezione, soprattutto se inferiore al limite dei tredici anni (tanto da potersi presumere il reato di violenza sessuale), tanto maggiore dovrà essere l'attenzione da parte degli operatori sanitari cui si rivolge. Questi, meglio se operano in strutture pubbliche (12), dovranno di volta in volta verificare l'opportunità, con tutte le cautele del caso, di accedere alle richieste della paziente, di coinvolgere strutture di assistenza sociale, di verificare attraverso un prudente contatto con i genitori l'ambiente in cui il soggetto vive e l'educazione assicurata.

## **Intercezione postcoitale nella minore**

La dizione “intercezione postcoitale”, o “contraccezione d'emergenza”, o “pillola del giorno dopo” riunisce alcune pratiche contraccettive che, se utilizzate dopo un rapporto non protetto entro definiti limiti di tempo, possono significativamente ridurre il rischio di gravidanze indesiderate. Tra queste troviamo gli estrogeni ad alte dosi, la pillola combinata estroprogestinica e la pillola a solo progestinico (utilizzate entrambe a dosaggi particolari), e il dispositivo intrauterino al rame (sconsigliato in età adolescenziale). Trovano indicazione quando altri contraccettivi falliscono (rottura di profilattico, assunzione incostante di estroprogestinici) o quando non si usa alcun anticoncezionale per dimenticanza od omissione(16)(17). L'intercezione postcoitale è particolarmente richiesta dagli adolescenti, che spesso non utilizzano alcun contraccettivo o se ne servono sporadicamente. In Gran Bretagna la distribuzione di contraccettivi d'emergenza nella scuola è stata consentita a partire dai 12 anni di età (17). Dal punto di vista medicolegale quando c'è necessità della “pillola del giorno dopo” siamo in una situazione che ha superato la prevenzione della gravidanza senza avere la certezza che il concepimento sia avvenuto. Se non si può dimostrare il concepimento nè datare l'epoca di gravidanza non si ricade nella fattispecie oggetto della legge 194/1978, e questo equipara di fatto la pillola del giorno dopo alla contraccezione (11). Per la prescrizione di “intercettivi” valgono quindi i criteri espressi in precedenza non risultando necessario, soprattutto in considerazione delle condizioni di urgenza, il coinvolgimento e il consenso dei legali rappresentanti (5) (12). Questo assunto viene confermato dal già citato art 12 della legge 194/78 che, in caso d'urgenza per un grave pericolo per la salute della minore, consente l'interruzione volontaria della gravidanza indipendentemente dall'assenso sia di chi esercita la potestà o la tutela sia del giudice tutelare (9).

Si deve d'altra parte segnalare il pericolo che un mezzo anticoncezionale non preventivo rischi di perdere il ruolo di rimedio di emergenza per assumere quello di mezzo ripetitivo, abituale, di contraccezione.

Tanto più nel caso di soggetti minorenni, per le quali il ricorso al ginecologo è meno frequente rispetto a persone di età più avanzata, si potrebbe correre il rischio che la concessione dell'intercettivo da parte delle strutture di guardia medica o di Pronto Soccorso, se non addirittura in farmacia dietro presentazione di semplice ricetta medica, faccia perdere l'opportunità del necessario approfondimento informativo da parte del ginecologo della struttura pubblica. A questa figura professionale deve essere sicuramente attribuito il compito non solo di salvaguardare la minorenni, nell'urgenza, da una gravidanza indesiderata, ma anche di fornirle per il futuro le informazioni necessarie ad una sessualità più sicura e consapevole, anche in relazione ai possibili effetti collaterali che suggeriscono un uso sporadico, non ripetitivo, di questi dispositivi d'emergenza.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 AA.VV.: La contraccezione in Italia. Rapporto AIED. AIED Ed., Roma, 1989.
- 2 CAFARO D.: Il Rapporto ASPER, p. 32. ASPER Ed., Roma, 1992.
- 3 BENAGIANO G.: Altri metodi di contraccezione nell'Adolescente. In "Adolescenti e contraccezione", p. 145. A. Morini, G. Benagiano Eds. Symposio Roma, 1990.
- 4 BRUNI V., DEI M., VERNI A.: La contraccezione nell'Adolescenza, pp. 3 – 6. COFESE Ed., Palermo, 1996.
- 5 CIOLLI G., PARLAVECCHIO E., ONORATI E., RUSSO P.: Gli estroprogestinici nelle teen agers. Quali risvolti medico-legali? *Minerva Ginecol* 54:189-192, 2002.
- 6 FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI: Codice di Deontologia Medica. Anno 1998, art.32.
- 7 IORIO M., ROCCHETTI G., SERAFINI P.: Sessualità e legge. Guida per le professioni sanitarie e sociali, p. 21. Minerva Medica Ed., Torino, 2000.
- 8 ANTOLISEI F.: Manuale di diritto penale. X ed. agg., vol 1, Giuffrè Ed., Milano, 1987.
- 9 Il Diritto Civile. Par. 3 "L'Aborto". Legge 22 maggio 1978 n.194. Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.
- 10 Titolo XII. Dei delitti contro la persona 609 quater. Atti sessuali con minorenni. Art. inserito dalla Legge 15/2/1996, n.66 (art.5)
- 11 FIORI M.: L'adolescenza in un'ottica medicolegale. In: SEVERI F.: *Adolescenza*, pp. 119-129, Ed. Fuori Commercio, UTET Periodici Scientifici, Milano, 1997.
- 12 BENCIOLINI P., APRILE A.: L'interruzione volontaria di gravidanza. *Compiti, problemi, responsabilità*, pp. 36-42. Liviana Ed., Padova, 1990.
- 13 Convenzione sui diritti del fanciullo, New York, 20 novembre 1989 (ratificata con legge 27 maggio 1991, n. 176). Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 135 dell'11 giugno 1991.
- 14 DiCENSO A., BORTHWICK V.W., BRUSCA C.A., CREATURA C., HOLMES J.A., KALAGIAN W.F. PARTINGTON B.M.: Completing the picture: adolescents talk about what's missing in sexual health services. *Can. J. Public Health* 92:35-38, 2001



15 FORD C.A., ENGLISH A.,: Limiting confidentiality of adolescent health services. What are the risks? JAMA 288:752-753, 2002.

16 JAMIESON M.A., HERTWECK S.P., SANFILIPPO J.S.: Emergency Contraception: Lack of Awareness Among Patients Presenting for Pregnancy Termination. J. Pediatr. Adolesc Gynecol. 12:11-16, 1999.

17 DI PIETRO M.L., MINACORI R.: La contraccezione di emergenza. Medicina e Morale 1:11-39, 2001.