

CAMERA DEI DEPUTATI ^{N. 3651}

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**MAMMI', D'ANIELLO, DEL PENNINO, ASCARI RACCAGNI,
BANDIERA, LA MALFA GIORGIO**

Presentata il 1° aprile 1975

Istituzione dei « consultori comunali per la procreazione responsabile » — Revisione delle norme del codice penale relative alla interruzione della gravidanza

ONOREVOLI COLLEGHI! — Nel redigere la proposta di legge che sottoponiamo al vostro esame e, quindi, nella relazione che l'accompagna, abbiamo volutamente evitato ed evitiamo di indugiare su temi e problemi che, pur essendo spesso al centro del dibattito sull'aborto nel nostro paese, non possono costituire, a nostro giudizio, il punto focale dell'ottica legislativa, ma attengono più propriamente alla sfera della dottrina morale o della scienza biologica.

Ci riferiamo alla discussa questione del diritto alla vita, anche per il nascituro, e del momento nel quale si possa considerare appaia la persona umana, se cioè all'atto stesso del concepimento o successivamente.

Non riteniamo che sia questo il lato dal quale affrontare il problema e non solo per l'incertezza sia della morale, sia della scienza nel risolverlo univocamente, ma per la natura stessa della questione, essenzialmente sociale, che ci troviamo di fronte.

Per la scienza, se da un lato si afferma che la cellula fin dal momento della fecon-

dazione ha caratteri di individualità e di autonomia, si da non poter essere considerata cellula della madre o cellula parassita, e, quindi, il sopprimerla significa sopprimere una persona umana sia pure in formazione; dall'altro si sostiene che non si può parlare di « essere umano » fino a quando non ha inizio l'attività cerebrale. Il fisiologo francese Monod, premio Nobel per la medicina, testimoniando a quel processo Chevalier, che nel 1971 ha appassionato l'opinione pubblica in Francia accelerando la maturazione del problema, affermava che come si ritiene non più esistente una persona quando l'encefalogramma è piatto, anche se alcuni organi del corpo umano fossero ancora in funzione, e, quindi, la legge consente i trapianti; così non si può considerare ancora esistente una persona umana quando non è ancora formato il sistema nervoso centrale, cioè fino alla quindicesima-sedicesima settimana di gravidanza.

La stessa morale cattolica non ha sempre considerato il problema allo stesso modo. Durante il Medioevo i giuristi del diritto

canonico stabilivano il momento della « animazione » a 40 giorni dal concepimento per i maschi e a 80 per le femmine, sulla base della teoria di San Tommaso d'Aquino della « animazione mediata », secondo la quale l'anima non può albergare in un corpo che non abbia già assunto caratteristiche umane. Il Concilio di Vienna, nel 1312, fece propria questa tesi, e, di conseguenza, vietò la somministrazione del battesimo a feti che non avessero forma umana.

Il Concilio di Trento, nel 1563, pose l'animazione del feto a metà della gravidanza, quando la donna avverte i primi movimenti dell'essere che porta in grembo. Più tardi, nel 1588, Sisto V condanna qualsiasi forma di aborto, ma Gregorio XIV, nel 1591, ripristina il concetto fatto proprio dal precedente Concilio.

Soltanto nel 1869 Pio IX stabilì che l'anima entra nella cellula embrionale fin dal momento della concezione e che, pertanto, andasse punito con la scomunica chiunque sopprimesse questa potenziale vita umana, senza distinzioni di tempo nella durata della gravidanza. È noto che lo stesso principio è stato ribadito nell'enciclica « *Casti connubii* » da Pio XI nel 1930 e da Paolo VI nell'enciclica « *Humanae vitae* » nel 1968. Una recente decisione della Conferenza episcopale, pur restando nell'ambito delle due ultime encicliche citate, sembra anche richiamarsi al principio teologico del minor male nel considerare casi particolari cui applicare una meno rigida concezione.

Per i protestanti una dichiarazione della federazione francese, uscita nel vivo del dibattito in Francia (« *La luce* » 30 aprile 1971) distingue tra aborto e contraccezione: « l'aborto è sempre una grave responsabilità, è il rifiuto di un processo vitale già avviato, dunque un atto diverso dalla contraccezione la quale è, invece, un processo preventivo », « assimilare l'uno all'altra vorrebbe dire attenuare la portata fisiologica, psicologica e morale dell'aborto »; ma conclude: « in certi casi si ha più coraggio e più amore nell'assumere la responsabilità dell'aborto piuttosto che nel lasciar venire al mondo vite che sarebbero una minaccia per la salute fisica e psichica della madre, o sarebbero minacciate nella loro stessa possibilità di vita futura ».

La religione ebraica, pur considerando l'aborto un male la cui responsabilità ricade sull'uomo o sulla donna che debbono decidere, non ha univocamente preso posizione su quando l'anima entri nel feto. Il rabbino Israel Margolies scrive: « solo quando un

bambino è sul punto di nascere e comincia ad emergere viene chiamato " nefesh ", anima vivente, e solamente a partire da quel momento è vietato sacrificare una vita all'altra ». Per il rabbino-capo Toaff: « l'aborto è ammesso nell'ebraismo solo per motivi terapeutici e cioè quando la gravidanza esponga a grave pericolo la vita della madre. Da noi la vita certa, quella della madre, prevale sulla vita incerta, quella del nascituro. È l'unico caso che renda lecito l'aborto. Decide il medico, non il Rabbino. Ogni altro aborto procurato è considerato infanticidio, con qualsiasi mezzo chirurgico o farmaceutico sia procurato ».

I rabbini discutono se l'aborto intervenga dal terzo mese in poi, quando il feto è già confermato, oppure anche in presenza di « coaguli di una certa consistenza ». « Nell'ebraismo è un tipo di colpa — dice il professor Toaff — che non ha sanzione umana: la giudica solo Dio. La persona religiosa, però, sente l'aborto voluto come colpa e, in tal modo, punisce se stessa ».

Per i musulmani la vita umana del feto comincia 120 giorni dopo la concezione; per i buddisti e gli induisti la teologia non contiene alcuna interdizione all'aborto e per gli scintoisti si diviene essere umano solo dopo la nascita.

Il problema, dunque, resta aperto e insoluto sia sotto il profilo morale, sia sotto quello scientifico e dal punto di vista individuale ogni opinione è, a nostro giudizio, non solo pienamente lecita, ma assolutamente da rispettare. È per questo che non soltanto abbiamo previsto in una specifica norma (articolo 14 della proposta) la possibilità di obiezione di coscienza per il medico chiamato ad un intervento di aborto (secondo il principio invocato dalla « dichiarazione di Oslo » del 1970, in occasione della XXIV assemblea dell'Associazione medica mondiale); ma riteniamo giusto che i gruppi parlamentari e la direzione del partito, cui apparteniamo, abbiano nell'approvare la presente proposta e nel darci mandato di presentarla in Parlamento, riconosciuto la libertà di atteggiamento a singoli aderenti allo stesso partito, in nome di loro eventuali, contrastanti convincimenti morali.

La questione di cui ci occupiamo, onorevoli colleghi, investe la coscienza di ciascuno in modo assai più profondo e complesso di altre, quali ad esempio il divorzio, giacché implica scelte tra il bene attuale della società, della donna, della coppia e quello futuro di un probabile nato, che esso pure non può

essere superficialmente disatteso. Essere e dimostrarsi veramente laicisti, nell'accezione più ampia e nobile del termine, significa considerare e rispettare, senza pregiudiziali dogmatismi, le difficoltà e la individualità della scelta.

La dimensione sociale del problema:

Non sono, comunque, considerazioni di ordine morale e scientifico che possono aiutarci per una rigorosa impostazione di una esigenza legislativa, che viene affrontata con ritardo nel nostro paese e che non è più eludibile.

La constatazione che deve muovere il legislatore è quella, da un lato, di una normativa vigente sull'aborto tra le più severe e restrittive; ciò nonostante, dall'altro lato, di una diffusione del fenomeno in modo così incontrollato e aberrante da farne una vera piaga sociale.

Non vogliamo impegolarci tra le numerose ipotesi di cifre che da più parti, e con vasta discordanza, sono state fatte; è però possibile determinare una dimensione approssimativa del problema. Se consideriamo che il numero degli aborti regolarmente denunciati ai medici provinciali è di circa 150 mila all'anno e che le nascite oscillano intorno alle 900 mila, possiamo con tranquillità affermare che si verificano centinaia di migliaia di aborti clandestini all'anno in numero probabilmente non inferiore a quello delle nascite.

A fronte di una tale dimensione le statistiche giudiziarie ci dicono che, per tutti i delitti di cui al titolo X del codice penale « contro la integrità della sanità della stirpe », sono state denunciate negli ultimi venti anni meno di 300 persone all'anno (con una punta di 450 nel 1959 e di 399 nel 1956); per cui sorge, comunque, il dovere del legislatore di modificare una normativa penale che lo Stato non applica o, meglio, applica a caso, colpendo odiosamente le donne meno capaci di difendersi, culturalmente ed economicamente in condizioni più arretrate e disagiate; quelle che autoabortiscono, che ricorrono a « mammane » o « praticone », che vengono ricoverate in ospedali quando la loro vita è già a repentaglio e aggiungono, così, al danno grave la denuncia all'Autorità giudiziaria.

Va, inoltre, rilevato che le stesse dimensioni del fenomeno e le osservazioni di ogni giorno dicono che nella sensibilità comune, per la morale corrente l'equazione posta

avanti da coloro che vorrebbero il mantenimento dell'attuale legislazione e cioè: aborto uguale omicidio, non trova riscontro alcuno, giacché nessuno emargina come omicida la donna che condizioni sociali e familiari hanno costretto all'aborto. Qualora, peraltro, divenisse commerciabile la cosiddetta « pillola del giorno dopo », che è pillola abortiva e che si trova già all'orizzonte del progresso farmacologico, non crediamo che vi sarebbe parte considerabile dell'opinione pubblica che ne invocherebbe il divieto in nome di quell'astratta equazione.

Ciò non di meno l'aborto costituisce un trauma fisico e psichico per la donna che è costretta a ricorrervi ed è, a nostro giudizio, un male, sia pure in molti casi minore, da evitare per quanto possibile, con ogni sforzo della pubblica autorità. Esso non va, quindi, liberalizzato in senso assoluto, piuttosto regolamentato in modo da annullare gradualmente, ma speditamente, l'area dell'aborto clandestino, che provoca i traumi e i rischi maggiori, e da limitare al massimo quella dell'aborto legalizzato.

È a queste finalità che abbiamo ispirato la nostra proposta di legge, la quale nei suoi primi otto articoli premette alla normativa sull'aborto quella sui doveri dello Stato nei riguardi della contraccezione, riprendendo i concetti dei disegni di legge presentati al Senato, tra i quali quello del senatore Pinto, e richiamandosi a una battaglia parlamentare antica di oltre venti anni, iniziata con una proposta legislativa per l'abrogazione dell'articolo 553 del codice penale, firmata dall'onorevole Ugo La Malfa con tutti gli altri esponenti dei partiti laici, dai comunisti ai liberali.

Come è noto, le legislazioni vigenti in altri paesi possono ricondursi a due principali impostazioni di fondo. Secondo le meno recenti la interruzione della gravidanza è consentita sotto il profilo dell'aborto terapeutico, in molti casi esteso alla salute psichica della donna, che come afferma il professor Valle, nella sua relazione ad un convegno di ginecologia, è sempre profondamente turbata nel caso di una gravidanza che la donna sopporta come non desiderata. Nella pratica, attraverso l'aggancio psichico, l'aborto per ragioni sociali o familiari è, quindi, presso quei paesi largamente praticato sotto la veste terapeutica. Nelle legislazioni più recenti (negli Stati Uniti per effetto della sentenza della Corte suprema del 1973, in Francia e in Germania dal 1974, in Austria dal 1° gennaio del 1975) si è ritenuto impossibile, come

l'esperienza insegna, rinchiudere in una casistica terapeutica o sociale la realtà che costringe all'aborto, e, sia pure con diverse cautele, si è preferito affidare alla responsabilità della donna la difficile scelta nelle prime settimane di gravidanza.

Abbiamo anche noi preferito questa seconda, più recente impostazione non tanto per ragioni di principio, quanto per ragioni pratiche. L'affidare, infatti, a motivi terapeutici, anche se largamente intesi, la possibilità di interrompere la gravidanza, presuppone coerentemente la determinazione di un'« autorità » commissione od altro, alla quale la donna deve ricorrere per ottenere una qualche autorizzazione; ciò rischia di lasciare, a nostro giudizio, pressoché inalterata l'area dell'aborto clandestino che resta la più accessibile, ancor più qualora si riducano le pene relative, con tutti i rischi e gli inconvenienti che questo comporta.

D'altronde, dal punto di vista dei principi, non sapremmo esprimerci meglio di quanto ha fatto una donna di cultura, Natalia Ginzburg, su un quotidiano milanese: « Noi sappiamo bene che uccidere è un male; ma qui, in presenza di una possibilità viva ma immersa nel buio, anche l'idea del bene e del male è immersa nel buio. In una simile scelta, la luce della ragione, la luce della logica, la luce abituale delle considerazioni morali non porterebbero nessun soccorso, perché non ci sono risposte o chiarimenti logici quando tutto è immerso nel buio; è una scelta in cui stiamo uno davanti all'altro, l'individuo e il destino, al buio... » « Tale scelta non può, dunque, che essere individuale, privata e buia. Essa è, tra tutte le scelte umane, la più privata, la più anarchica, la più solitaria. È una scelta che appartiene di diritto alla madre e soltanto a lei... ». « ...Una simile scelta non riguarda nessuno e meno che mai la legge. È chiaro che la legge non ha nessun diritto né di colpirla, né di punirla... » « ...la legge dovrebbe essere lì non per punire e non per colpire, ma per venire in aiuto ».

Non è difficile prevedere che la linea discriminante tra le proposte di legge, presentate o che verranno presentate in Parlamento, sarà appunto questa, ricalcante quella esistente nella legislazione internazionale. Da un lato quelle basate esclusivamente sull'aborto terapeutico, più o meno esteso, e su commissioni giudicanti; dall'altro quelle, meno influenzate da principi astratti e maggiormente tese a risolvere in concreto il problema, che liberalizzano l'interruzione di

gravidanza nelle prime settimane, sottoponendola a garanzie di carattere sanitario e predisponendo le misure atte ad evitare che divenga un metodo di pianificazione delle nascite.

Lo Stato, cioè, ha il dovere, a nostro giudizio, di promuovere la contraccezione, al fine di una procreazione responsabile, e ha il dovere di consentire l'aborto entro determinati limiti. Si tratta di compiti e impegni profondamente diversi; è per queste considerazioni che non abbiamo ritenuto di prevedere, come d'altronde in Francia e nell'Unione Sovietica, la gratuità dell'aborto volontario, stabilendo che il Ministero della sanità debba fissare il massimo della tariffa, che, tenuto conto della prestazione medica richiesta e del materiale sanitario necessario, non potrà che essere mantenuto in limiti modesti, assai lontani da quelli che attualmente includono il prezzo del rischio penale e della speculazione.

Vorremmo, in definitiva, raggiungere lo scopo di privilegiare in tutti i modi la contraccezione rispetto all'aborto, ma, al tempo stesso, non inibire alla donna il ricorso all'aborto legalizzato quando vi si ritenga costretta; come, a nostro giudizio, avverrà se si pretenderà di sottoporre ogni singolo caso a una commissione che giudichi, rispetto alla quale si continuerà a preferire il più riservato e meno imbarazzante aborto clandestino.

La decisione della Corte costituzionale.

La Corte, con sentenza n. 27 del 18 febbraio 1975, ha dichiarato la parziale illegittimità costituzionale dell'articolo 546 del codice penale che punisce l'aborto di donna consenziente, ed ha, quindi, consentito l'interruzione della gestazione quando questa implichi danno o pericolo grave, medicalmente accertato per il benessere fisico o per l'equilibrio psichico della gestante.

La sentenza afferma che « la condizione della donna gestante è del tutto particolare e non trova adeguata tutela in una norma di carattere generale come l'articolo 54 del codice penale che esige non soltanto la gravità e l'assoluta inevitabilità del danno o del pericolo, ma anche la sua attualità; mentre il danno o il pericolo conseguente al protrarsi di una gravidanza può essere previsto, ma non è sempre immediato ». La Corte sembra decisamente propendere per una nuova normativa basata sull'aborto terapeutico,

giacché afferma, nel concludere, che « va peraltro precisato che l'esenzione da ogni pena, di chi, ricorrendo i predetti presupposti abbia procurato l'aborto e della donna che vi abbia consentito non esclude affatto, già " *de iure condito* " che l'intervento debba essere operato in modo che sia salvata, quando ciò sia possibile, la vita del feto. Ma ritiene anche la Corte che sia obbligo del legislatore predisporre le cautele necessarie per impedire che l'aborto venga procurato senza seri accertamenti sulla realtà e gravità del danno o pericolo che potrebbe derivare alla madre nel proseguire nella gestazione: e perciò la liceità dell'aborto deve essere ancorata ad una previa valutazione della sussistenza delle condizioni atte a giustificarla ».

A parte la speranza, non del tutto comprensibile in caso di aborto, di salvataggio della vita del feto, va osservato che l'unico riferimento alla Costituzione (oltre ai richiami alla tutela del concepito di cui agli articoli 320, 339 e 687 del codice civile costituzionalmente non rilevanti) è quello all'articolo 2 che garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, tra i quali, dice la Corte, « non può non collocarsi, sia pure con le particolari caratteristiche sue proprie, la situazione giuridica del concepito ».

Con ciò si darebbe per risolta l'ampia e controversa problematica di cui abbiamo fatto cenno nella prima parte di questa relazione; per cui ci sembra abbia ragione il professor Alberto Dall'Ora quando commenta: « Mentre alcuni hanno parlato di decisione storica, altri hanno notato che la Corte, pure introducendo il suddetto ampliamento dell'aborto terapeutico, ha tuttavia, nella stessa sentenza, ricordato i principi della protezione della maternità e dei diritti inviolabili dell'uomo, alludendo anche al nascituro; e con tali affermazioni giudicate dai critici contraddittorie nei confronti delle altre, la Corte avrebbe sbarrato la strada ad una riforma radicalmente liberalizzatrice. Questa opinione, certamente suggestiva, non è affatto fondata, né è esatta. Infatti, una volta ammessa quella preminenza espressamente garantita della vita materna, nessun ostacolo in verità incontrerebbe una nuova norma che consenta alla donna la piena facoltà di prendere lei una volontaria decisione, come unica arbitra, dopo aver valutato le proprie soggettive condizioni di difficoltà e di " *détresse* " (il termine usato nella ricordata legge francese), che da lei stessa, e solo da lei, sono direttamente vissute. Dunque, su questo punto -

della libera scelta - il problema rimane in realtà pienamente aperto ad ogni soluzione possibile ».

L'aborto eugenico.

Non abbiamo incluso nella nostra proposta il caso di aborto nella previsione di malformazioni congenite nel nascituro; e ciò per due ragioni.

La prima è che l'aborto volontario nelle prime dodici settimane assorbe buona parte dei casi di aborto eugenico; è, peraltro, evidente che la quasi certezza della nascita di un malformato può determinare tali turbative nella salute psichica della donna da indurre la Commissione per l'aborto terapeutico, di cui all'articolo 11, terzo comma, ad autorizzare l'interruzione della gravidanza anche dopo la dodicesima settimana.

La seconda è che ci è sembrato e ci sembra difficile fissare nella legge una tale norma determinandone rigorosamente i confini concettuali con la ipotesi di eutanasia nei confronti di un malformato, accertato come tale immediatamente dopo la nascita.

Ci sembra, cioè, che la questione dell'aborto eugenico, apra problemi di tale complessità e delicatezza, da non poterne ancora considerare mature le soluzioni in un senso o in un altro.

Il rischio dell'interruzione di gravidanza e le garanzie sanitarie relative.

È opinione comune degli specialisti che un intervento abortivo effettuato da un medico competente, in ospedale o clinica, nelle prime dodici settimane, presenti rischi per la salute della donna inferiori alla continuazione della gravidanza e al parto; diverso ovviamente può essere il caso dell'aborto clandestino.

Comunque, le dimensioni del rischio per l'aborto provocato non sono facilmente valutabili. Se esiste un capitolo della patologia, nel quale la statistica è inattendibile e assurda, questo è l'aborto. La morbilità e la mortalità da aborto esprimono una percentuale rapportata a un numero di aborti lontani dalla verità. Le lesioni da aborto (dalla perforazione uterina alla grave compromissione floistica degli annessi, dalla distruzione completa dell'endometrio alle sinechie uterine) senza conseguenze mortali, ma soltanto con uno strascico di patologia funzionale o organica che può perpetuarsi per tutta una vita,

sfuggono a qualsiasi controllo statistico e sfuggono allo stesso medico che voglia interpretare le origini di certe manifestazioni patologiche. Egli trova un muro di silenzio avanti a sé.

Ugualmente i rapporti tra morte della donna e aborto non sono sempre individuati e registrati. Si consideri il caso di morte per embolia, si considerino casi di morte per setticemia di non chiara etiopatogenesi, come i casi di morte da peritonite per presunte appendiciti, i casi di morte da inondazione peritoneale da rotture di tromba gravida, il cui rapporto di causa ed effetto viene taciuto da parenti che sappiano di manovre abortive tentate su presunta gravidanza uterina. Si consideri il caso di morte da perforazione, quando la perforazione — senza aprire brecce nell'utero o anche nell'intestino — provochi una morte istantanea da *shock* peritoneale!

Tutte queste possibili evenienze morbose o mortali che possono sfuggire alla esatta ricerca etiopatogenetica dicono come siano assurde e inattendibili finanche le statistiche dei paesi che — liberalizzato l'aborto — vogliono trarre le somme dai numeri disponibili. Infatti, è errato dire che, dopo la liberalizzazione il numero degli aborti in qualche paese è aumentato. Se il numero noto era 100 e il numero reale era 1000, di cui 900 riguardava i casi clandestini, è chiaro che, tolta la clandestinità ai 900, il numero noto non può essere che più di 100 come quello falso del periodo precedente alla riforma! Ugualmente dicasi per la percentuale di mortalità e morbilità prima e dopo la liberalizzazione.

Da tutta una serie di considerazioni emerge che non basta liberalizzare l'aborto, per intervenire in favore della salute pubblica; è necessario esigere che l'intervento sia eseguito da medici specialisti e qualificati dall'esperienza e, quindi, in pubblici ospedali o cliniche autorizzate, alla luce del sole, fuori delle ombre — quasi clandestine — dell'arrangiamento e dell'improvvisazione. A queste stesse conclusioni sono pervenuti Paesi con esperienza legislativa più avanzata della nostra in questa materia.

Una liberalizzazione che consentisse a qualsiasi medico di interrompere la gravidanza, anche fuori di ospedali o cliniche qualificate, non potrebbe evitare la perforazione uterina né l'endometrite e l'emorragia da ritenzione di residui, conseguenze a svuotamenti incompleti, non potrebbe evitare il blocco della funzione uterina, cioè la vera esclusione dell'utero, per collabimento delle

pareti (sinechia) da completa distruzione e asportazione del rivestimento endometriale. Una liberalizzazione che non esigesse la competenza e la specializzazione del medico e la sede adeguata dell'intervento non potrebbe evitare, anzi potrebbe favorire, irresponsabili improvvisazioni e peggioramento delle condizioni di rischio, mentre si farebbe responsabile di un incremento della speculazione privata e dell'industria dell'aborto, come è stato rilevato in Paesi dove una prima legislazione liberalizzatrice ha costretto a porre argine al dilagare di fatti speculativi. È per ciò che abbiamo previsto nella proposta di legge che l'atto abortivo debba effettuarsi presso Enti ospedalieri, « Consultori » particolarmente attrezzati o cliniche private autorizzate; in questo ultimo caso il numero degli aborti non deve superare il 25 per cento del totale degli atti chirurgici, onde evitare il sorgere di vere e proprie cliniche abortive ed inammissibili speculazioni.

La legislazione sull'aborto negli altri Paesi.

Per completezza riteniamo utile aggiungere qualche rapido e approssimativo cenno alle soluzioni legislative in atto presso altri Paesi.

Negli Stati Uniti, nel 1973 la Corte suprema ha legalizzato per tutto il paese le norme in vigore negli Stati che riconoscevano l'aborto libero (New York, Washington, Oregon, California, Alaska, Hawaii), stabilendo tra i punti base ai quali devono ispirarsi le legislazioni statali che per i primi tre mesi di gravidanza il potere pubblico non ha alcun diritto di intervenire nella sfera della libertà privata della donna, la quale può decidere di abortire come, perché e quando vuole.

Nel Canada una legge del 1969 riconosce la pratica dell'aborto a medici qualificati e in buona fede che operino in uno ospedale accreditato, il cui comitato per l'aborto terapeutico abbia riconosciuto l'indicazione all'intervento.

L'URSS è passata attraverso varie esperienze di liberalizzazione e di divieto, finché nel 1955 un nuovo decreto è ritornato alla liberalizzazione del 1920, esigendo il ricovero in ospedale con un minimo di tre giorni di degenza e l'obbligo alla donna che chieda la internazione di pagare il ricovero, pur essendo socializzata l'assistenza in quel Paese.

In Gran Bretagna l'aborto è ammesso dal 1967 secondo un'ampia casistica terapeutica praticamente liberalizzatrice eccetto che nel-

l'Irlanda del Nord. Un comitato di medici, giuristi e sociologi, diretto da Lane, ha condotto per sei anni un'inchiesta sui risultati dell'« *abortion act* » del 1967, concludendo che i vantaggi della legge sono superiori agli svantaggi. In Inghilterra l'aborto è gratuito, negli ospedali pubblici, anche per gli stranieri. Ogni anno in Gran Bretagna abortiscono 100.000 donne. Il 60 per cento riguarda le non sposate, il 60 per cento riguarda le cittadine inglesi e il 40 per cento le donne straniere, il 4 per cento le donne italiane. La propaganda è libera ed invita ad abortire nelle prime settimane, quando il rischio è minimo.

In Francia, la liberalizzazione — come è noto — è stata approvata recentemente, il 19 novembre 1974; consente l'aborto non oltre la decima settimana. Dopo tale periodo si esige il giudizio di due medici. L'aborto non è gratuito, tranne che per i poveri. Le tariffe mediche sono stabilite per legge. Sono esclusi interventi su cittadine straniere.

In Germania una legge del 1974 ha consentito di interrompere la gravidanza con la « pillola del giorno dopo » o nei primi tre mesi con il parere di un medico. La legge è stata inficiata di incostituzionalità.

In Austria la liberalizzazione è in atto dal 1975: si può abortire entro i primi tre mesi. La legge è vivacemente contestata. Sono state raccolte le firme per un *referendum* abrogativo, ma, esigendo esso il voto favorevole del Parlamento, è difficile che possa passare alla Camera e si effettui.

In Olanda, la legge ha provocato il cosiddetto « *Het abortus toerisme* » cioè il turismo dell'aborto, grazie alla legge 1971 che autorizza all'aborto entro le prime 10 settimane, con il consenso medico e in ospedali pubblici o in cliniche autorizzate, a tariffe fisse e controllate, raddoppiate per le straniere.

In Svizzera la liberalizzazione dell'aborto ha limitazioni strettamente eugeniche ed è estesa anche agli immigrati in alcuni cantoni.

L'Islanda consente l'aborto, fino alla 28ª settimana, dal 1935, sempre che sia richiesto da due medici almeno e sia eseguito in ospedale. L'Islanda è il paese dove il numero degli aborti legali è il più basso.

La Danimarca dal 1939 ha avuto tre leggi progressivamente più liberalizzatrici (1939-1956-1970); ugual cosa può dirsi per la Svezia (leggi 1938-1946-1963-1964).

In Norvegia la liberalizzazione è concessa dal 1960.

In Finlandia, non essendosi ottenuti sensibili vantaggi contro l'aborto clandestino con

la legge del 1950, si è ricorso nel 1970 ad una legge più liberalizzatrice.

In Ungheria e Polonia le leggi sono molto permissive.

In Giappone l'aborto è libero dal 1960.

In Cina dal 1954 l'aborto è libero e gratuito.

L'Italia, quindi, è allineata con l'America Latina, con la Spagna, con il Portogallo, con la Grecia e finanche con l'India e con il Pakistan dove, incredibile a dirsi, le leggi sull'interruzione della gravidanza sono molto più restrittive che nei paesi non altrettanto drammaticamente afflitti dalla fame, dalle malattie e dalla sovrappopolazione.

Illustrazione degli articoli.

Già dall'articolo 1 della presente legge si inquadra il problema dell'aborto in quello più vasto della procreazione responsabile e della maternità consapevole che devono essere garantite gratuitamente da parte dello Stato. Per raggiungere tali obiettivi, si prevede all'articolo 2 l'istituzione di consultori comunali per la procreazione responsabile che, a norma dell'articolo 3, devono provvedere alla gestione di ambulatori attrezzati per i servizi di assistenza e di consulenza; alla promozione e organizzazione di corsi di educazione sessuale nelle scuole medie e presso i consultori stessi; all'effettuazione di visite prematrimoniali a chi ne faccia richiesta; alla divulgazione dei mezzi contraccettivi, con particolare attenzione alle zone e ai ceti nei quali l'aborto è più frequentemente praticato; nonché alla somministrazione e alla prescrizione con ricetta medica dei contraccettivi stessi in quei casi in cui siano ritenuti idonei. Nel caso in cui esistano ambulatori regolarmente autorizzati, attrezzati per brevi degenze e forniti di idoneo personale medico e ausiliario, i consultori comunali provvedono inoltre all'interruzione di gravidanza di cui al numero 2 dell'articolo 9. I consultori comunali cui sono attribuiti i compiti sopra specificati, vengono diretti o coordinati dagli ufficiali sanitari, assistiti dall'opera professionale dei medici condotti e delle ostetriche condotte, dei medici scolastici, di altri medici, di assistenti sociali e di insegnanti per quanto concerne i corsi di educazione sessuale, nonché di eventuale personale volontario.

Con l'articolo 4 viene previsto che tali consultori comunali assorbano strutture e funzioni dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia per quanto attiene all'assistenza alle

gestanti e alle puerpere, mentre le restanti funzioni e strutture dell'ONMI saranno attribuite ai comuni. Per rendere possibili tali trasferimenti, viene prevista una delega al Governo da utilizzare entro un anno dall'approvazione della presente legge.

Tutti coloro che prestano opera professionale o volontaria presso i consultori comunali debbono, a norma dell'articolo 5, essere in possesso di un certificato rilasciato, al termine di un apposito corso, da cliniche universitarie ed ospedali specializzati. Tali corsi, come viene specificato dall'articolo 6, sono promossi dai centri regionali di assistenza per la procreazione responsabile, in base ad un programma di massima predisposto dal Consiglio superiore della sanità. I centri regionali, le cui spese sono a carico delle regioni, hanno inoltre il compito — specificato all'articolo 8 — di sorvegliare sul funzionamento dei consultori comunali e ne fanno parte due docenti universitari o primari ospedalieri in discipline attinenti all'attività dei consultori, nonché cinque medici, due ostetriche, due assistenti sociali, nominati dall'assessore regionale competente in materia in base a terne fornite dal medico provinciale del capoluogo della regione. Il centro è inoltre tenuto a presentare una relazione annuale sull'attività dei consultori al Consiglio regionale.

All'articolo 7, la proposta prevede che i contraccettivi prescritti presso i consultori comunali debbano essere somministrati gratuitamente dagli enti previdenziali e dal servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda l'interruzione della gravidanza, l'articolo 9 stabilisce che non si applichino le norme previste dagli articoli 546 e 549, ultimo comma, del codice penale in tre casi: quando il proseguimento della gravidanza esponga la madre al rischio della propria vita o comporti comunque grave danno alla sua salute; quando appaia presumibile che la gravidanza sia conseguenza di violenza carnale o minaccia contro la donna o d'incesto; infine, quando lo stato di gravidanza non abbia superato la 12ª settimana salvo nel caso in cui interrompere la gravidanza comporti, per uno stato patologico transitorio, grave danno alla salute della donna.

Il principale obiettivo della presente legge, e cioè quello di combattere a monte le cause dell'aborto, viene riaffermato all'articolo 10 in cui si afferma che l'interruzione della gravidanza deve essere considerata come *extrema ratio*, come ricorso a un mezzo eccezionale

atto ad evitare un male maggiore e non deve, pertanto, costituire metodo anticoncettivo.

L'articolo 11 precisa che le interruzioni della gravidanza dovranno essere effettuate presso enti ospedalieri o case di cura autorizzate dall'Ufficio medico provinciale, purché presso queste ultime, il numero annuo d'interruzione di gravidanza non superi il 25 per cento di tutti gli atti operatori, onde impedire la proliferazione di case di cura specializzate in aborti. È prevista inoltre la gratuità dell'intervento nei casi in cui la madre sia, in certo senso, costretta all'interruzione della gravidanza, mentre per il caso di aborto volontario previsto all'articolo 9, n. 3, la tariffa è stabilita con decreto del Ministero della sanità. La gratuità in tale caso non viene riaffermata per fugare ogni possibilità di incentivazione anche marginale, all'uso dell'aborto come contraccettivo. Va, peraltro, considerato che è previsto l'intervento dei « Consultori » in casi degni di particolare considerazione, formula più vasta di altre che potrebbero riferirsi solo all'indigenza; e che una tariffa equa, tenendo conto della qualità della prestazione medica e del materiale sanitario impiegato, sarebbe modesta, ben lontana dalle tariffe praticate nell'aborto clandestino.

L'accertamento delle condizioni previste per l'interruzione della maternità, in caso di rischio o grave danno per la salute della madre, dovrà essere effettuato — come è previsto all'articolo 12 — da un'apposita Commissione istituita presso ogni ente ospedaliero e composta da un esperto in ostetricia e ginecologia e da un medico internista e integrata da uno specialista nell'affezione inerente al motivo della richiesta. La Commissione decide entro una settimana dalla richiesta e dopo discussione collegiale. Nel caso di incesto e di violenza carnale la donna che chieda di abortire deve produrre copia della denuncia o della querela presentate. Nel caso di interruzione della gravidanza entro la dodicesima settimana, contemplata dal terzo comma dell'articolo 9, infine, la donna è tenuta a farne richiesta ad un medico che dovrà informarla dei rischi che possono derivarle, anche in relazione a maternità future, nonché a consegnarle una documentazione sui diritti e gli aiuti previsti dallo Stato per la madre e il nascituro. Siamo a questo riguardo ben consapevoli dell'assoluta inadeguatezza di quanto la legge prevede e di ciò cui lo Stato provvede; ma non abbiamo ritenuto che una modificazione della legislazione attuale possa trovare spazio nell'economia della presente proposta. Il problema resta drammaticamente aperto ed è certa-

mente connesso con quello dell'eliminazione dell'aborto clandestino e della graduale marginalizzazione di quello legalizzato.

L'atto d'interruzione della maternità può avvenire non prima che sia trascorsa una settimana dalla richiesta e, dopo l'intervento, il medico provvederà ad informare la donna dell'esistenza dei contraccettivi più idonei nel suo caso e a somministrarglieli, se accettati e se necessario, per la durata di un mese.

In caso di donna incapace o minore della età considerata dall'articolo 530 del codice penale per la corruzione di minorenni, l'articolo 13 prevede che la richiesta d'interruzione della gravidanza venga avanzata o confermata da chi ne ha la rappresentanza legale.

All'articolo 14 è tutelata la possibilità di obiezione di coscienza da parte del medico. Egli può infatti per motivi di proprie convinzioni morali o religiose rifiutarsi di praticare l'intervento, assicurando peraltro, se necessaria, l'assistenza da parte di un collega qualificato.

Con l'articolo 15 vengono abrogati gli articoli 548, 551 e 578 del codice penale e viene modificato l'articolo 552 nel senso che le pene da esso previste vengono comminate solo a chi

compie su persona dell'uno o dell'altro sesso atti diretti a renderla permanentemente impotente alla procreazione e non anche a chi provochi una temporanea impossibilità di procreare per evitare che sotto il rigore di questa norma possa cadere l'uso dei contraccettivi.

All'articolo 16, infine, si stabilisce in dieci miliardi l'assegnazione annuale alle regioni da parte dello Stato, come contributo per le spese derivanti dall'applicazione della presente legge.

* * *

Onorevoli Colleghi, con la presente proposta abbiamo voluto fornire il nostro doveroso contributo al dibattito che si è aperto nel Paese e che sta per iniziare in Parlamento; disponibili al confronto con tutte le diverse opinioni, vogliamo augurarci che questo avvenga senza inutili settarismi, senza visioni dommatiche, avendo davanti agli occhi e alle coscienze soltanto l'enorme numero di donne che soffre ogni giorno delle angustie di una società che non sempre comprende, di una legge repressiva che non serve, di uno Stato che non soccorre.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

La consulenza e l'assistenza per favorire una procreazione responsabile e una maternità consapevole sono garantite gratuitamente da parte dello Stato.

ART. 2.

I servizi di cui al precedente articolo sono di competenza delle Regioni che vi provvedono istituendo « Consultori comunali per la procreazione responsabile » a livello di consorzio di comuni, di comune, di circoscrizione comunale e di quartiere, nell'ambito delle unità sanitarie locali.

ART. 3.

I consultori comunali per la procreazione responsabile provvedono:

a) alla gestione di ambulatori attrezzati per i servizi di assistenza e di consulenza di cui all'articolo 1;

b) alla promozione e alla organizzazione di corsi di educazione sessuale nelle scuole medie inferiori e superiori e presso gli stessi « Consultori »;

c) alla effettuazione di visite prematrimoniali a quanti ne facciano richiesta;

d) alla divulgazione dei mezzi anticoncezionali, in particolare nelle zone e tra i ceti dove l'aborto è più frequentemente praticato;

e) alla somministrazione e alla prescrizione con ricetta medica dei contraccettivi ritenuti idonei nei singoli casi;

f) alla interruzione di gravidanza di cui all'articolo 9, n. 3, nel caso di ambulatori regolarmente autorizzati, attrezzati per brevi degenze e forniti di idoneo personale medico e ausiliario.

I Consultori comunali per la procreazione responsabile sono diretti o coordinati dagli ufficiali sanitari, che si avvalgono dell'opera professionale dei medici condotti e delle ostetriche condotte, dei medici scolastici, di altri medici, di assistenti sociali e di insegnanti per i corsi di educazione sessuale, nonché di eventuale personale volontario.

ART. 4.

Detti « Consultori comunali » assorbono le strutture e le funzioni dell'ONMI per l'assistenza alle gestanti e alle puerpere. Le rimanenti funzioni e strutture dell'Opera saranno devolute ai Comuni. Il Governo della Repubblica è delegato ad emanare entro un anno dall'approvazione della presente legge, decreti, aventi valore di legge, per il trasferimento delle strutture dell'ONMI ai « Consultori » e ai Comuni. Entro lo stesso termine il Ministro del tesoro, con proprio decreto, provvederà alla messa in liquidazione dell'ente a mezzo dello speciale Ufficio di liquidazione di cui alla legge 4 dicembre 1956, n. 1404.

ART. 5.

Gli Ufficiali sanitari e tutti coloro che prestano opera professionale o volontaria presso i « Consultori comunali » per la procreazione responsabile debbono essere in possesso di uno speciale certificato rilasciato da cliniche universitarie o da ospedali specializzati, al termine di un apposito corso.

Coloro che a qualsiasi titolo prestano la loro opera presso i suddetti « Consultori » sono tenuti al mantenimento del segreto d'ufficio; nel caso di violazione si applicano le sanzioni previste dall'articolo 326 del codice penale.

ART. 6.

I corsi di cui all'articolo precedente vengono promossi dal « Centro regionale di assistenza per la procreazione responsabile », di cui all'articolo 8, sulla base di un programma di massima predisposto dal Consiglio superiore della sanità. Le spese relative sono a carico delle Regioni.

ART. 7.

I contraccettivi prescritti dai medici debbono essere somministrati gratuitamente dagli Enti previdenziali e dal Servizio sanitario nazionale.

ART. 8.

La sorveglianza per il funzionamento dei Consultori di cui all'articolo 2 è svolta da un « Centro regionale di assistenza per la procreazione responsabile » costituito da due do-

centi universitari o primari ospedalieri in discipline pertinenti alla attività dei Consulitori, cinque medici, due ostetriche, due assistenti sociali, nominati dall'Assessore regionale competente su terne fornite dal Medico provinciale del capoluogo della regione.

Il Centro presenta ogni anno una relazione sulla attività dei « Consulitori » al Consiglio regionale.

ART. 9.

Non si applicano le norme previste dall'articolo 546 e dall'articolo 549, ultimo comma, del codice penale nei casi seguenti:

1) quando il proseguimento della gravidanza ponga la madre in pericolo di vita o comporti grave danno alla sua salute;

2) quando appaia presumibile, in base alle circostanze di fatto, o risulti dalle presunzioni di cui all'articolo 519 del codice penale, che la gravidanza sia conseguenza di violenza o minaccia contro la donna ovvero di incesto, purché la interruzione non ponga a grave rischio la salute della gestante;

3) quando lo stato di gravidanza non abbia superato la dodicesima settimana, salvo nel caso in cui interromperla comporti, per uno stato patologico transitorio, danno alla salute della donna.

ART. 10.

La interruzione della gravidanza deve essere considerata ricorso a mezzo eccezionale diretto ad evitare un male maggiore, non deve costituire metodo anticoncettivo e va effettuato nel rispetto delle norme di cui ai seguenti articoli.

ART. 11.

Le interruzioni della gravidanza di cui all'articolo 9 possono essere effettuate presso un ente ospedaliero riconosciuto tra quelli indicati dall'articolo 20 della legge 12 febbraio 1968, n. 132 o presso Case di cura, autorizzate dall'Ufficio medico provinciale, sulla base di modalità e requisiti previsti con apposito regolamento dal Ministero della sanità; presso queste ultime il numero annuo di interruzioni di gravidanza non può superare il 25 per cento del totale degli atti operatori.

L'intervento è gratuito salvo per la interruzione di cui al n. 3 dell'articolo 9, per il quale la relativa tariffa è stabilita con decre-

to del Ministero della sanità; i « Consultori comunali » possono assumersene la spesa nei casi degni di particolare considerazione.

Presso ciascuno dei suddetti enti ospedalieri è costituita almeno una Commissione composta da un medico specialista in ostetricia-ginecologia e da un medico internista designati dal Consiglio d'amministrazione.

ART. 12.

Nel caso previsto dal n. 1 dell'articolo 9 la richiesta di interruzione della gravidanza va immediatamente trasmessa dal medico al quale è stata rivolta, alla Commissione di cui all'articolo 11 terzo comma. La Commissione integrata da uno specialista nell'affezione inerente al motivo della richiesta, scelto in un apposito elenco predisposto dal Consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero, decide, entro una settimana dalla richiesta, dopo discussione collegiale.

Il medico che abbia dovuto procedere a una interruzione di gravidanza in istato di urgenza ne dà comunicazione alla Commissione, fornendo tutte le notizie che questa ritenga necessarie.

Nel caso previsto dal n. 2 dell'articolo 9 la donna presenta al medico copia della denuncia o della querela presentate.

Nel caso previsto dal n. 3 dell'articolo 9 la donna che voglia interrompere la propria gravidanza ne fa richiesta ad un medico, il quale è tenuto ad informarla dei rischi che possono derivare dall'interruzione, anche in relazione alle maternità future; nonché a consegnarle una documentazione, che verrà predisposta dal Ministero della sanità, sui diritti e gli aiuti che lo Stato prevede per la madre e per il nascituro, sia sotto forma di assistenza, sia per le possibilità di adozione.

Il medico rilascia certificato inerente allo stato della gravidanza.

L'atto di interruzione della gravidanza può avvenire non prima che sia trascorsa una settimana dalla richiesta. Ad interruzione avvenuta il medico deve informare la donna dei contraccettivi ritenuti più idonei nel suo caso e somministrarglieli, se accettati e se necessario, per la durata di un mese.

ART. 13.

Nel caso di donna incapace di intendere e di volere o in età minore di quella prevista nell'articolo 530 del codice penale, la richiesta

di interruzione della gravidanza è avanzata o confermata da chi ne ha la rappresentanza legale.

ART. 14.

Se il medico, a causa dei propri convincimenti morali o religiosi, ritiene che gli sia vietato di praticare o consigliare l'interruzione della gravidanza può rifiutare l'intervento, assicurando, frattanto, se necessaria, l'assistenza da parte di un collega qualificato.

ART. 15.

Gli articoli 548, 551, 578 del codice penale sono abrogati; l'articolo 552 è sostituito dal seguente:

« ART. 552. — (*Procurata impotenza permanente alla procreazione*). — Chiunque compie, su persona dell'uno o dell'altro sesso, col consenso di questa, atti diretti a renderla *permanentemente* impotente alla procreazione è punito con la reclusione da sei mesi a due anni e con la multa da lire 40.000 a 200.000.

Alla stessa pena soggiace chi ha acconsentito al compimento di tali atti sulla propria persona ».

ART. 16.

Lo Stato assegna ogni anno 10 miliardi alle Regioni, a titolo di contributo per le spese derivanti dall'applicazione della presente legge.

All'onere finanziario derivante dall'applicazione della presente legge per l'anno 1975 si provvede mediante corrispondente riduzione del capitolo n. 3523 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per l'anno finanziario stesso.

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Il regolamento di applicazione della presente legge è emanato dal Ministero della sanità entro sei mesi dalla pubblicazione nella *Gazzetta ufficiale*.