CAMERA DEI DEPUTATI N. 457

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

AGNELLI SUSANNA, MAMMI', DEL PENNINO, ASCARI RACCAGNI, BANDIERA, BATTAGLIA, GUNNELLA, LA MALFA GIORGIO, ROBALDO

Presentata il 23 settembre 1976

Norme sulla interruzione volontaria della gravidanza

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Fra l'11 febbraio 1973 e l'8 aprile 1975 sono stati presentati in Parlamento sei progetti di legge sull'aborto. Nel medesimo periodo di tempo si è concretata l'iniziativa popolare per il *referendum* abrogativo delle norme penali sullo aborto e la Corte costituzionale ha dichiarato parzialmente illegittimo l'articolo 546 codice penale. Una presa di coscienza, dunque, globale del « problema aborto » da parte di Parlamento, Magistratura e società; molto tardiva, se se ne comparano i tempi con quella già verificatasi in quasi tutti gli altri Paesi a livello di sviluppo sociale, economico e culturale analogo al nostro.

A risolverlo non sono tuttavia idonei né il *referendum* abrogativo delle norme penali, né le pronunce della Corte costituzionale, poiché non possono istituzionalmente che creare dei vuoti legislativi; una semplice liberalizzazione, cioè, parziale o totale, dell'aborto.

Questa non rappresenta una soluzione, nella misura in cui lascia scoperte le urgenti esigenze di assistenza, di informazione e di educazione in questo campo specifico.

Spetta dunque al Parlamento chiarire quali ne siano i termini reali e predisporre, superando malintesi e ipocrisie, delle norme valide che conducano a provvedimenti chiari ed adatti per affrontare e prevenire il problema stesso.

L'esame dei progetti di legge redatti nella passata legislatura (fatta eccezione per quello democristiano) rende evidente una valutazione sostanziale unitaria in merito. Si avverte, da parte di tutti i proponenti, che il nodo centrale non è già la previsione e la disciplina delle motivazioni mediche dell'aborto, ma la valutazione delle motivazioni economiche e sociali del rifiuto della gravidanza e l'accettazione di queste motivazioni come cause giustificative dell'interruzione.

Su una simile impostazione si verificò nelle Commissioni riunite, nel corso della passata legislatura, una larga convergenza. E proprio il fatto che si fosse rimessa in discussione nelle votazioni in aula la rilevanza dei motivi economici e sociali in materia di aborto determinò l'impossibilità di trovare una soluzione positiva nel corso della VI legislatura e contribuì alla fine anticipata della stessa.

Ma la rilevanza dei motivi economici e sociali non rappresentò l'unico punto di dibattito nel corso dei lavori parlamentari sulle proposte di legge in materia di interruzione volontaria della gravidanza. Stretta-

mente collegato con questo problema si era posto quello relativo a chi spettasse decidere sull'interruzione stessa. La proposta di legge presentata dai deputati repubblicani il 1° aprile 1975 prevedeva che nelle prime 12 settimane a decidere fosse la donna. Nel corso del dibattito parlamentare – tenuto conto dell'equilibrio di forze esistente nella VI legislatura – si ritenne da parte nostra di addivenire ad una soluzione di compromesso che vedeva la decisione affidata ad una concorde valutazione della donna e del medico. Oggi, in una condizione parlamentare modificata, riteniamo di dover riproporre la decisione autonoma della donna nei primi tre mesi di gravidanza come elemento cardine della presente proposta di legge. E in questa prospettiva si è ritenuto di superare anche la previsione contenuta nella maggior parte dei progetti presentati nella scorsa legislatura e in quello delle Commissioni, che riconduceva le motivazioni sociali dell'aborto a ragioni mediche.

Per affrontare il problema dell'aborto da un punto di vista puramente medico si opera infatti uno slittamento della prospettiva nell'ambito della larga fascia di confine tra sociologia e psichiatria; qui si verifica la traduzione – forzata – del disagio in malattia. Si possono fare esempi. Una donna è in stato di gravidanza ed è disperata perché non vuole portare avanti questa condizione per ragioni personali familiari, economiche, sociali. Si tratta di una donna disperata, non per questo malata. Basta che, tuttavia, vada dal medico ed affermi che si toglierà la vita perché non accetta la sua condizione. Il malessere, il disagio diventeranno un caso clinico di « depressione con pericolo di suicidio ». La gravidanza può essere interrotta per ragioni mediche.

Esistono, tutti ne siamo pienamente consapevoli, motivazioni extra-mediche dello aborto; tali motivazioni sono valide e giustificano nella coscienza della maggioranza della collettività il rifiuto della gravidanza da parte della donna; la donna soltanto può operare una scelta con piena conoscenza delle circostanze che la determinano; ogni forma di imposizione e di controllo è inutile e può essere dannosa per gli inevitabili ritardi che comporta.

La disciplina legislativa può dunque incidere soltanto su due punti:

1) sulla determinazione del periodo di gravidanza nell'ambito del quale il diritto fondamentale di libertà della donna può considerarsi prevalente sulla protezione del concepito;

2) sull'individuazione delle migliori forme di assistenza e di informazione della donna.

In merito al punto 1), appare opportuno sottolineare che la scelta legislativa non può ritenersi già condizionata dalla sentenza della Corte costituzionale del febbraio 1975. La Corte costituzionale è stata infatti investita solo del problema della legittimità costituzionale di una norma vigente.

Ciò premesso, prima di illustrare le soluzioni legislative proposte, ci sembra doveroso tentare di individuare da un punto di vista sociale ed umano le ragioni della scelta operata dai presentatori del progetto di legge in coerenza con la coscienza comune.

In questa, l'aborto non è mai sentito come una soluzione. È tuttavia inevitabile risposta quantificata – quindi parziale – ad un problema di qualità essenziale, che è quello della vita. Vita non intesa in senso restrittivamente naturale, ma in senso personale-storico-sociale. In altri termini, il problema dell'aborto viene considerato qui, ora, in un particolare momento storico. E non viene considerato come provvedimento tendente alla limitazione delle nascite, ma come scelta e diritto a una pianificazione esistenziale. Il problema dell'aborto introduce un dibattito molto più ampio sui rapporti fra uomo e donna, sul significato della convivenza, sui rapporti di potere all'interno della famiglia, sulla condizione femminile e sui soprusi, gli svantaggi e i danni a questa legati. È un dibattito che non può avere in questa relazione la sua sede appropriata di impostazione, ma di cui è necessario avere presenti l'attualità ed i termini per considerare l'aborto nella sua realtà che è quella di aspetto, o conseguenza, di una grande mutazione sociale in atto.

Il problema dell'aborto, stranamente, non è nato a causa di richieste di aborto, ma in seguito al numero impressionante di aborti *praticati* (in ragione di milioni, da uno a due all'anno) ed alle conseguenze di questi: morti e danni incalcolabili per la salute di molte donne conseguenti a malattie croniche di origine infettiva o traumatica. Tutto ciò per aborti praticati con incompetenza illecita da persone ignoranti, in ambienti connotati da necessità e miseria. Questo è avvenuto fra la tendenza ciecamente repressiva della Chiesa (tanto la « Casti connubii » di Pio XI che la « Humanae Vitae » di Paolo

VI escludono rigorosamente anche la liceità dell'aborto terapeutico, pur esprimendo tutta la compassione alla « madre » che « per ufficio di natura » si trovi esposta a pericolo di vita a motivo della gravidanza) e l'indifferenza della medicina ufficiale.

Quindi, il problema che si pone oggi come « problema dell'aborto » rivela, in realtà, il dramma della gravidanza non desiderata, non scelta, avvenuta per caso o per imposizione, per violenza; rivela la secolare imposta « passività » della donna. Indica la necessità di una emancipazione, il diritto ad una scelta cosciente e responsabile ed il dovere di una corresponsabilità da parte dell'uomo. Rivela, inoltre, l'aspetto personale, familiare, economico, sociale - esistenziale - di una vita che non può più essere intesa come naturalità avulsa dalla storia.

L'aborto non pretende di essere giustizia, ma esige di essere considerato come necessità: e il rifiuto di fronte ad una inequivocabile necessità non è giustizia.

L'aborto deve essere considerato un passaggio obbligato e non un punto di arrivo. In altri termini, si parla di aborto « ora » per cominciare a parlare seriamente di profilassi, di prevenzione delle gravidanze non desiderate.

Quindi: aborto come momento inevitabile sulla strada di una educazione familiare e sociale; di una presa di coscienza da parte della donna e dell'uomo nei confronti della necessità di una previsione e pianificazione della vita in comune, in una prospettiva che tenda a preservare la salute e non a tradurre ideologicamente in malattia o competenza medica problemi di altra natura.

In coerenza con le ragioni della scelta da noi operata sul piano legislativo, abbiamo nettamente distinto nel progetto le motivazioni personali, familiari, economiche e sociali dell'aborto da quelle mediche; abbiamo attribuito esclusivamente alla donna la valutazione delle prime ed abbiamo fissato il termine per l'esercizio del suo diritto di scelta al terzo mese di gravidanza, considerando che ragioni di protezione della salute della gestante non consentono di ammettere una scelta libera oltre tale termine; abbiamo demandato ai consultori familiari, istituiti con la legge 29 luglio 1975, n. 405, tutta l'attività di assistenza pre-aborto e, ove possibile, anche l'assistenza medica per l'esecuzione dell'intervento; abbiamo inoltre attribuito ai consultori l'attività di informazione sulla contraccezione, che nelle finalità della legge riveste essenziale importanza. Si è lasciata peraltro libertà alla donna, ove lo preferisca, di rivolgersi direttamente al suo medico di fiducia per l'accertamento della inesistenza di controindicazioni sanitarie e per la verifica del periodo di gravidanza.

Alla donna viene però richiesto, dopo il primo contatto con il consultorio o col medico di fiducia, di riflettere ancora per un periodo di cinque giorni sulla base delle informazioni opportune che consultorio e medico hanno il dovere di fornirle; dopo lo scadere di tale termine, su attestazione del consultorio o del medico che la gravidanza non ha superato il periodo di tre mesi, la donna può liberamente richiedere l'esecuzione dell'intervento. Questa regolamentazione è contenuta nel capo I, che comprende gli articoli da 1 a 3 della legge.

Nel capo II, che comprende gli articoli da 4 a 10 della legge, abbiamo predisposto la disciplina dell'aborto motivato da cause mediche, individuando queste nel pericolo grave per la salute della gestante e nel rischio rilevante di gravi malformazioni fetali e di gravi anomalie congenite del nascituro. Queste cause giustificano ovviamente l'interruzione della gravidanza in qualsiasi momento del suo decorso, fermo l'obbligo altrettanto ovvio del medico che esegua l'intervento di preservare nella misura del possibile la vita del feto se questo abbia possibilità di vita autonoma. Abbiamo ritenuto opportuno di consentire al medico in via esclusiva la valutazione circa l'opportunità dell'intervento, anche cioè nel caso che vi sia dissenso in merito a tale opportunità da parte di chi esercita la potestà sulla donna minore o del tutore di questa, o da parte del curatore dell'inabilitata; nel solo caso di interdizione, la decisione finale, nel dissenso fra donna e tutore, è demandata al giudice tutelare. Abbiamo previsto l'eventualità di una valutazione in contrasto con quella operata dal primo medico da parte del medico richiesto dell'intervento ed abbiamo ritenuto opportuno in questo caso rimettere la decisione finale ad un organo dell'amministrazione sanitaria: l'Ufficiale sanitario. Abbiamo stabilito inoltre termini brevi per la effettuazione di tutte le valutazioni mediche e per la trasmissione della documentazione all'Ufficiale sanitario; tali termini sono assistiti da una sanzione penale in caso di inosservanza, in ragione della estrema importanza di interventi il

più possibile tempestivi. Abbiamo infine stabilito l'obbligo di relazione al Medico provinciale sugli interventi effettuati al fine di rendere possibile una adeguata sorveglianza sulla corretta applicazione della legge e la persecuzione penale degli abusi.

Nel capo III, che comprende gli articoli 11 e 12, abbiamo stabilito la gradualità degli interventi e l'obbligo degli enti mutualistici di far fronte alle prestazioni sanitarie e farmaceutiche immediatamente connesse con l'intervento. Abbiamo inoltre riconosciuto ai medici e al personale paramedico il diritto alla obiezione di coscienza, richiedendo tuttavia che tale diritto venga esercitato preventivamente, con apposita comunicazione al Medico provinciale; che non pregiudichi la idoneità ad effettuare gli interventi di interruzione della gravidanza degli enti ospedalieri e delle case di cura autorizzate dalle Regioni, cui è demandata l'effettuazione degli interventi stessi; che, infine, non possa essere esercitato se l'intervento sia richiesto a motivo del pericolo di vita della gestante.

Il capo IV, che comprende gli articoli da 13 a 19, contiene le sanzioni penali per la violazione della legge: violazione del segreto professionale (articolo 13); inosservanza dei termini stabiliti per la effettuazione delle valutazioni mediche e per la trasmissione della documentazione allo Ufficiale sanitario nell'ipotesi prevista dall'articolo 9, già menzionata nell'illustrazione del capo II (articolo 14); l'esecuzione di interventi di interruzione della gravidanza in casi non previsti nella legge e con modalità non conformi a quelle nella legge stessa indicate come obbligatorie (articolo 15), punita con la pena detentiva nei confronti di chi effettua l'intervento e con la sola pena pecuniaria nei confronti della donna e soltanto per l'ipotesi di recidiva; l'esecuzione di interventi nelle ipotesi previste dalla legge, ma al di fuori delle istituzioni sanitarie indicate, cui si applica la sanzione della sola ammenda, mentre viene esclusa la punibilità della donna (articolo 16).

Il capo IV contiene nella parte finale le sanzioni per l'aborto su donna non consenziente, ciò che consente l'abrogazione dell'intero titolo X del libro II del codice penale.

Nel capo V è contenuta una norma transitoria (articolo 20), che proroga il termine stabilito nella legge n. 405 del 1975 per l'emanazione delle leggi regionali disciplinatrici dei consultori al 31 dicembre 1976; sino ad oggi infatti soltanto le Regioni Lazio, Emilia-Romagna e Piemonte hanno ottemperato all'obbligo di esecuzione della legge statale.

PROPOSTA DI LEGGE

CAPO I

ART. 1.

La donna in stato di gravidanza può richiedere nei primi novanta giorni l'intervento medico per l'interruzione quando ritiene che la maternità comprometterebbe in modo grave le sue condizioni personali, familiari, economiche o sociali.

ART. 2.

Ai fini dell'applicazione dell'articolo 1, la donna deve rivolgersi ad uno dei consultori istituiti con la legge 29 luglio 1975, n. 405, o al medico di fiducia.

Il consultorio o il medico di fiducia devono fornire informazioni in merito ai diritti e all'assistenza previsti dalla legislazione vigente in favore della maternità e dell'infanzia e informazioni atte ad evitare ulteriori non desiderati concepimenti. A tal fine il Ministero della sanità predisporrà opportune pubblicazioni.

Il medico del consultorio o il medico di fiducia rilasciano alla donna attestato della avvenuta domanda di interruzione e la invitano a soprassedere per il termine di cinque giorni. Scaduto tale termine, certificano che la donna si trova nel periodo di gestazione di cui all'articolo 1 e che non esistono controindicazioni sanitarie.

Se la donna è in età minore di quella prevista dall'articolo 530 codice penale, oppure è inabilitata o interdetta, il rilascio del certificato da parte del consultorio o del medico è condizionato al consenso di uno degli esercenti la potestà o del tutore per la minore, del curatore per l'inabilitata e del tutore per l'interdetta.

Sulla base di tale certificazione, o qualora essa non sia stata rilasciata alla scadenza del termine indicato al comma 3°, la donna ha diritto di richiedere al consultorio, nell'ipotesi prevista dall'articolo 3 lettera *b*), ovvero alle sedi previste dall'articolo 8, o ad ambulatori convenzionati debitamente attrezzati, l'intervento di interruzione di gravidanza.

L'intervento deve essere praticato da un medico ostetrico-ginecologo.

ART. 3.

Oltre a fornire alla donna le informazioni di cui all'articolo 2, i consultori erogano le altre opportune forme di assistenza, nel rispetto della volontà e delle scelte attuate dalla donna riguardo allo stato di gravidanza.

A tal fine:

a) provvedono a mettere a disposizione della donna uno specialista nel caso vi sia fondato motivo di ritenere che essa presenti disturbi psichici;

b) effettuano, qualora il medico provinciale abbia dichiarato il consultorio dotato dei requisiti necessari, l'intervento abortivo tramite un medico ostetrico ginecologo;

c) esaminano, con i mezzi a loro disposizione, le condizioni che hanno determinato la donna al rifiuto della gravidan-

za e svolgono ogni possibile attività diretta a modificarle.

In attesa o in difetto di formazione dei consultori, le funzioni a questi demandate dal presente articolo saranno svolte, nella misura possibile, dal medico condotto e dalla ostetrica condotta del Comune ove la donna richiede l'assistenza per l'effettuazione dell'intervento abortivo.

CAPO II

ART. 4.

L'intervento abortivo può essere richiesto dalla donna anche quando la gravidanza abbia superato il termine di novanta giorni se la gravidanza o il parto o la maternità determinano un pericolo grave per la salute della gestante oppure se esistono rilevanti rischi di gravi malformazioni fetali o di gravi anomalie congenite del nascituro.

ART. 5.

Ai fini dell'applicazione dell'articolo 4, la donna si rivolge a un medico di sua fiducia per ottenere un giudizio relativo alla esistenza delle circostanze nello stesso articolo indicate.

La domanda deve essere presa in esame dal medico indipendentemente dalla minore età della donna o dallo stato di inabilitazione o di interdizione di lei.

Nell'ipotesi di interdizione, ed ove vi siano fondati motivi di ritenere che ricorrano le circostanze previste nell'articolo 4, la domanda può essere presentata anche dal marito o dal tutore.

Nell'ipotesi di minore età, di inabilitazione o di interdizione, devono essere interpellati coloro che esercitano sulla donna la potestà, la curatela o la tutela.

La mancata presentazione delle persone che esercitano la potestà o la tutela sulla donna minore o del curatore, o il rifiuto del consenso da parte loro, non precludono al medesimo di effettuare discrezionalmente la valutazione demandatagli ai sensi del successivo articolo 6.

Qualora non si presenti alla convocazione il tutore dell'interdetta o esprima parere negativo, il sanitario è tenuto a trasmettere al giudice tutelare entro il termine di otto giorni una relazione comprendente

gli estremi della domanda, il proprio parere e quello del tutore, nonché ogni altro elemento utile. Il giudice tutelare, uditi, se lo ritiene opportuno, gli interessati e assunte, se necessario, altre informazioni, decide entro cinque giorni dal ricevimento della relazione con decreto impugnabile soltanto con ricorso per Cassazione per violazione di legge.

ART. 6.

Dell'esito delle valutazioni e degli accertamenti di cui al precedente articolo 5, il medico rilascia certificazione entro il termine di otto giorni dalla presentazione della domanda.

La certificazione medica deve essere adeguatamente motivata.

Il medico fornisce inoltre alla donna tutte le opportune informazioni di carattere sanitario.

ART. 7.

Nei casi di assoluta urgenza, il medico può autorizzare, mediante certificazione, l'immediato ricovero della donna in una delle istituzioni sanitarie previste nel successivo articolo 8.

ART. 8

L'interruzione della gravidanza deve essere praticata, su esibizione di certificato di data non anteriore a quindici giorni, da un medico ostetrico-ginecologo presso un ente ospedaliero compreso fra quelli indicati nell'articolo 20 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, ovvero presso le case di cura che saranno autorizzate dalle Regioni.

Nel caso di intervento deciso per salvaguardare la vita della madre, ove sussista possibilità di vita autonoma del feto, il sanitario deve adottare ogni provvedimento idoneo a salvaguardare la vita stessa.

ART. 9.

Ove il medico che deve effettuare l'intervento abbia ragioni di dissenso obiettivamente motivabili rispetto alla certificazione presentatagli, è tenuto a darne comunicazione entro quarantotto ore all'Ufficiale sanitario competente per territorio.

L'Ufficiale sanitario decide entro il termine di otto giorni dal ricevimento della

documentazione di dissenso del medico richiesto dell'intervento. Egli può avvalersi, se lo ritenga opportuno, dell'assistenza di specialisti.

Ai fini del controllo dell'osservanza dei termini previsti dal presente e dai precedenti articoli, il medico di fiducia e il medico richiesto dell'intervento sono tenuti a rilasciare, al momento del ricevimento della domanda, una dichiarazione attestante la data del ricevimento stesso.

ART. 10.

Il medico che ha eseguito l'intervento è tenuto ad inviare al Medico provinciale competente per territorio una dichiarazione con la quale dà notizia dell'intervento stesso e della documentazione sulla base della quale è avvenuto senza far menzione della identità della donna.

Il medico provinciale che abbia fondati motivi di ritenere che vi siano state irregolarità nell'applicazione della legge, svolge le necessarie indagini col vincolo del segreto d'ufficio e, in casi di accertamento di irregolarità, applica le sanzioni di sua competenza o inoltra rapporto all'autorità competente.

CAPO III

ART. 11.

Le spese di accertamento, intervento, cura ed eventuale degenza conseguenti alla interruzione della gravidanza nei casi regolati dai capi I e II della presente legge sono a carico del fondo ospedaliero istituito dall'articolo 14 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386.

Le prestazioni sanitarie e farmaceutiche non previste nel precedente comma e quelle effettuate da medici dipendenti pubblici o che esercitino la loro attività nell'ambito di strutture pubbliche o convenzionate con la Regione, sono a carico degli enti mutualistici sino a che non sarà istituito il servizio sanitario nazionale.

ART. 12.

Il personale medico e paramedico può essere esonerato, su preventiva richiesta, che deve essere comunicata al medico provinciale, dal prendere parte agli interventi per

l'interruzione della gravidanza, quando il rifiuto sia motivato da obiezioni di coscienza.

Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare la possibilità di interventi di interruzione di gravidanza.

Il personale medico e paramedico che abbia presentato la richiesta di cui al primo comma non può esercitare il diritto di rifiuto se il suo esercizio può influire su interventi di interruzione della gravidanza motivati da pericolo di vita della donna.

CAPO IV

ART. 13.

Chiunque per ragione di professione o di ufficio viene a conoscenza di una richiesta di interruzione di gravidanza o di un intervento abortivo effettuati nei casi e secondo le modalità indicate negli articoli precedenti e rivela la identità della donna incorre nelle pene previste dall'articolo 326 codice penale.

ART. 14.

L'inosservanza dei termini previsti dai precedenti articoli:

a) per il rilascio della certificazione da parte del medico di fiducia nei casi regolati dal capo II della presente legge;

b) per l'invio da parte del medico di fiducia della relazione prevista dall'articolo 5, comma 6°;

c) per la trasmissione da parte del medico richiesto dell'intervento all'Ufficiale sanitario della comunicazione motivata di dissenso;

d) per la decisione dell'Ufficiale sanitario nel caso previsto dall'articolo 9;

è punita, anche a titolo di colpa, con le sanzioni previste dall'articolo 328 codice penale, aumentate fino alla metà.

ART. 15.

Chiunque, al di fuori dei casi previsti dagli articoli 1 e 4, ovvero senza l'osservanza delle modalità indicate negli articoli 2, 3, 5, 6, 7 e 8, cagiona l'aborto di una donna con il consenso di lei, è punito con la reclusione fino a tre anni.

Se dal fatto deriva la morte della donna, la pena è della reclusione da quattro a otto anni; se ne deriva una lesione personale, la pena è della reclusione da due a cinque anni.

La violazione ripetuta da parte della donna delle disposizioni della presente legge è punita con la multa sino a lire 500.000.

Se il giudice, tuttavia, in qualunque stato o grado del giudizio, accerta che l'aborto è avvenuto in presenza delle condizioni previste dagli articoli 1 e 4, o comunque che la donna è stata determinata all'aborto da motivi di carattere morale, sociale ed economico di particolare rilevanza, dichiara la donna non punibile.

ART. 16.

Il medico che pratica l'interruzione della gravidanza al di fuori delle sedi previste dalla presente legge su donna per cui ricorrano le condizioni indicate nell'articolo 1 o che ha ottenuto la certificazione dell'articolo 6, è punito con l'ammenda sino a lire 400.000.

Nei casi di recidiva è applicata la sospensione o la cancellazione dall'Albo.

La donna non è punibile.

ART. 17.

Chiunque cagiona l'aborto di una donna senza il consenso di lei è punito con la reclusione da quattro a otto anni.

La stessa pena si applica se la donna non ha capacità di intendere e di volere, al di fuori dei casi previsti dall'articolo 5.

Se dal fatto deriva la morte della donna, la pena è della reclusione da otto a sedici anni; se ne deriva una lesione personale, la pena è della reclusione da sei a dodici anni.

ART. 18.

È abrogato il titolo decimo del libro II del codice penale.

ART. 19.

Salvo che sia stata pronunciata sentenza irrevocabile di condanna, non è punibile per il reato di aborto di donna consenziente

chiunque abbia commesso il fatto prima dell'entrata in vigore della presente legge, se il giudice accerta che sussistevano le condizioni previste dagli articoli 1 e 4.

CAPO V

ART. 20.

Il termine indicato nell'articolo 7 della legge n. 405 del 1975 è prorogato al 31 dicembre 1976; la formazione dei consultori potrà essere temporaneamente anteposta alla costituzione delle unità sanitarie locali.