CAMERA DEI DEPUTATI N. 537

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

PRATESI, CODRIGNANI GIANCARLA, CARLASSARA, MANNUZZU, ALLEGRA, MANFREDI GIUSEPPE, RAMELLA

Presentata il 7 ottobre 1976

Norme sulla tutela sociale della maternità e sulla interruzione della gravidanza

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Dopo il largo dibattito che si è svolto nel Paese, e dopo che la precedente legislatura era giunta alle soglie della formulazione di una legge sull'aborto che aveva coinvolto tutti i gruppi politici, non ripeteremo le considerazioni di carattere sociale, etico e politico che impongono una legislazione in materia. È per noi indispensabile un intervento capace quanto meno di contrastare nell'immediato il fenomeno dell'aborto clandestino e di mutare l'atteggiamento, divenuto ormai irresponsabile, dello Stato che punendo duramente l'aborto, lascia tuttavia che esso proliferi senza regola e senza alcuna adeguata iniziativa per contrastarlo. Ci limiteremo perciò ad illustrare brevemente in questa relazione alla proposta di legge, i presupposti che ne costituiscono la base e a illustrarne l'articolato.

Ogni legislazione che cerchi di regolare l'aborto solleva sempre ardue questioni di principio senza poterle risolvere, senza poter conciliare le visuali, le tensioni, i giudizi di valore diversi e talora opposti dei fenomeni che vi sono coinvolti. Lo sforzo che abbiamo compiuto è quello per cui, senza abbandonare una visione di principio, anzi tenendo conto di quanto è emerso nel dibattito generale, si potessero raggiungere delle formulazioni pratiche, delle norme concrete tali da consentire un rimedio il più possibile efficace alla diffusione dell'aborto clandestino, impegnando in pari tempo la collettività in una responsabile iniziativa rivolta a contenere comunque il fenomeno aborto e a contrastarne il pratico uso come strumento di limitazione delle nascite. In altre parole, di cercare una soluzione che, partendo dalle condizioni date, significasse una difesa della vita: della madre e, nello stesso tempo, del nascituro.

Il punto di partenza sta nella constatazione che l'aborto è un male socialmente diffuso che denuncia in modo lacerante le contraddizioni, le anomalie, le ingiustizie di un ordinamento sociale che non sa o non vuole creare le condizioni per accogliere serenamente la vita stessa, e che fa ricadere sulla donna il peso di questa generale incapacità e ingiustizia.

Ciò non vuol dire che si possa o si voglia dirimere con la legge il problema morale che suscita l'ipotesi dell'aborto volontario. In via di tesi nella nostra società, si professano posizioni molto diverse: dalla più rigida che non ammette l'interven-

to abortivo diretto neppure in caso di accertato pericolo di vita della madre, all'estremo opposto che considera l'eventualità dell'aborto un diritto, concependo il feto nella piena disponibilità della madre, come parte del suo corpo.

Ma in via di fatto occorre prendere atto che la legislazione punitiva che ha caratterizzato fino ad oggi il nostro codice (di cui non va taciuta la inaccettabile natura ideologica con la quale la concepì il legislatore fascista) non solo non ha impedito che il fenomeno dell'aborto si moltiplicasse in maniera impressionante, ma ha generato, in mancanza di ogni attenzione al quadro dei rapporti sociali, alle mutate condizioni di vita, allo stesso modo di atteggiarsi della società per quanto riguarda ciò che attiene al momento pubblico e ciò che attiene alla sfera privata, il fenomeno angoscioso, pericoloso e ingiusto dell'aborto clandestino. Sicché lo Stato, la collettività, sono costretti ad ammettere quello che non esitiamo a definire un grave fallimento la cui denuncia scaturisce dalla necessità stessa di questa legge e persino dalle inevitabili contraddizioni che ogni legge sull'aborto finisce a comportare. Prima fra tutte quella per cui dovendo contrastare il male aborto, lo Stato non ha oggi altro mezzo che non perseguirlo a certe condizioni.

La centralità per così dire, della posizione della donna, vittima e protagonista del dramma dell'aborto, dà ragione del riferimento alla sentenza della Corte costituzionale di cui all'articolo 2 che appunto definisce, in relazione alle ripercussioni della gestazione sulla madre, lo stato di necessità che rende non perseguibile l'aborto.

Non ci nascondiamo che fare riferimento alla salute fisica o psichica della donna può apparire, e in certa misura significa, velare (per altro in modo assai trasparente) una realtà altrimenti complessa: dal momento che siamo tutti consapevoli che spesso sono le condizioni economiche, sociali, di vita, che influiscono sulla decisione abortiva. Ma a questo punto si poneva un dilemma piuttosto complesso poiché l'alternativa a tale riferimento è quella di assumere le diverse condizioni in fattispecie astratte (la casistica) che ha senso solamente se si prevede un giudizio obiettivo, esterno ai protagonisti, sulla coincidenza del caso concreto alle fattispecie descritte.

Ora proprio un tale procedimento avrebbe condotto a due conseguenze difficilmente accettabili. La prima, di fatto, che un giudizio di questo genere verrebbe malamente a inserirsi in quel rapporto unico fra madre e concepito che è condizione non indifferente per la vita stessa del figlio. Non è un caso che tutti, o quasi, coloro che riconoscono la necessità di una legge nuova destinata a contrastare la clandestinità, finiscano a lasciare l'ultima parola e quindi l'estrema responsabilità della decisione alla donna, vanificando in pratica ogni riferimento casistico.

La seconda conseguenza, delicatissima in via di principio, è che lo Stato, giudicando della praticabilità o impraticabilità dell'aborto secondo casi predeterminati, viene a porsi, ripetiamo in via di principio, ma per ciò tale da aprire falle pericolose nell'ordinamento giuridico, come arbitro della vita.

Secondo noi è viceversa opportuno che lo Stato, riconoscendo di non poter intervenire con la pena rivelatasi assolutamente inefficace e controproducente, si limiti a predisporre le condizioni per cui la determinazione della madre sullo stato di necessità sia la più consapevole possibile, proponendo nel caso concreto le eventuali soluzioni alternative alla decisione abortiva e garantendo le condizioni atte a salvaguardare la salute della madre stessa. In questo modo il riferimento alla salute fisica e psichica della madre non è un « caso » di aborto consentito fra altri possibili, ma la via per sottolineare la posizione decisiva della donna, senza peraltro ricondurre l'aborto sotto l'esclusivo titolo di una vicenda medico-psichiatrica. Il medico ha ovviamente una parte importante nella questione, ma non può soccorrere da solo, né come consulente né tanto meno come giudice, alla molteplicità delle motivazioni che possono concorrere a determinare l'aborto.

Da tali presupposti derivano i punti cardine della presente proposta di legge che si possono riassumere in due: 1) la madre è colei che valuta in ultima istanza lo stato di necessità; 2) lo sforzo di socializzare il momento della scelta con l'intento da un lato di aiutare la donna nella valutazione delle circostanze attinenti al suo caso e dall'altro di predisporre in quanto possibili e in quanto accolti, quei

rimedi che aiutino nel caso concreto a recedere dal proposito di abortire.

A questo fine si è indicato il consultorio pubblico come il luogo idoneo per assistere la donna nella sua decisione e attivare eventualmente quelle strutture sociali che siano in grado di provvedere ai rimedi.

Vi sono obiezioni a questa scelta. Il consultorio è luogo, per così dire, troppo « pubblico », e potrebbe in qualche modo risospingere la donna alla clandestinità, onde evitare il controllo sociale. Ci rendiamo conto di questa obiezione. Ma si può rispondere anzitutto che una certa pubblicità è inevitabile dal momento che ci si propone appunto di combattere l'aborto clandestino e si vogliono predisporre le condizioni sanitarie e assistenziali atte allo scopo. D'altra parte sono state assunte da un lato le precauzioni indispensabili a garantire la riservatezza (segreto d'ufficio) e, dall'altro, si è previsto un congruo periodo transitorio per predisporre uomini e strutture alla necessaria delicatezza degli atteggiamenti e delle procedure.

In secondo luogo va rilevato che sarebbe difficile attivare ogni intervento atto a venire incontro alle esigenze della donna per rendere possibile un mutamento della sua decisione, senza fare riferimento a una struttura pubblica che abbia non solo titolo ma una concreta possibilità di mettere in moto altri centri capaci di decisioni operative. E finalmente si deve aggiungere che partendo da una sfiducia preconcetta nei confronti della disponibilità delle donne a rivolgersi al consultorio, bisognerebbe rivedere *in toto* una siffatta struttura le cui finalità attengono comunque alla sfera intima della vita personale e familiare.

Noi riteniamo anche che questa legge possa in qualche modo aiutare a sciogliere la contraddizione relativa alla duplice tendenza che oggi si manifesta: da un lato quella di sottrarre alla legge la regola di certi comportamenti restituendoli alla sfera privata; e dall'altro rendere possibile una socializzazione dei problemi relativi, perché la collettività assuma anch'essa le sue responsabilità e sia resa partecipe e consapevole dei problemi del singolo. Ci si rende conto che il risultato non è conseguibile senza un profondo cambiamento dei rapporti sociali e delle concrete condizioni di vita che rendono possibile tale mutamento.

Ma proprio per questo è importante mettere in moto processi in tal senso, partendo fin d'ora dalle strutture esistenti.

La presente proposta di legge si inserisce così nel quadro della assistenza alla famiglia previsto dalla legge 29 luglio 1975, n. 405, che indica fra gli scopi del consultorio « la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento », accogliendone e rispettandone lo spirito informatore rivolto a creare un servizio in supporto della famiglia e della maternità in tutte le circostanze in cui può essere necessario.

Non si è trascurata, infine, l'obiezione più ovvia derivante dal fatto che la rete dei consultori è tuttora molto carente: ma senza arrendersi all'inerzia, si è voluto stimolare l'attuazione degli impegni assunti con la legge n. 405 prevedendo un congruo periodo transitorio.

Delineato così attraverso le linee ispiratrici, l'impianto della proposta, vogliamo dedicare qualche riflessione alle specifiche norme che la compongono.

Il primo articolo intende qualificare l'atteggiamento della collettività sul tema della procreazione, rispetto al quale la legislazione sull'aborto non rappresenta una deroga, ma una esigenza di intervento dettata dalle condizioni oggettive e destinata anch'essa a ispirarsi a questo atteggiamento fondamentale. Ciò fa richiamando tre punti basilari: il valore sociale della maternità per cui questo momento qualificante della condizione femminile, cui malamente certe tendenze tradizionaliste vorrebbero ridurre in modo esclusivo il ruolo della donna, è viceversa un fatto che riguarda tutta la collettività. Il rispetto della vita sin dal suo inizio, come specificazione della tutela costituzionale della vita è, anche questo, un punto importante che il senso comune riconosce, al di là delle dispute mai risolte sul come e quando possa parlarsi di vita o di persona a proposito del nascituro in formazione. Se è vero infatti che la coscienza comune non ha mai o quasi mai equiparato l'aborto all'infanticidio, è altrettanto vero che non ha mai o quasi mai considerato il frutto del concepimento alla stregua di una mera appendice del corpo materno. E finalmente la tutela e la sollecitazione della procreazione responsabile come esigenza di conoscenze adeguate, di un ambiente sociale idoneo a diffondere il senso di responsabilità che non si esaurisce nell'atto procreativo ma si completa nella mater-

nità e paternità rese responsabili per tutto l'arco della funzione educativa.

Facendo riferimento ai compiti delle regioni e degli enti locali, l'articolo 1 indica nei consultori previsti dalla legge numero 405 le strutture idonee a svolgere i compiti relativi ai punti sopra indicati, non innovando, ma specificando quanto in quella legge è già previsto. Tale collegamento non solo intende coordinare strettamente la presente normativa al sistema ispiratore della legge n. 405, ma vuole in qualche modo precisare e raccomandare che il ruolo che il consultorio dovrà svolgere per riferimento all'aborto è solo un momento, e che anzi si dovrà operare in modo che il consultorio non esaurisca assolutamente in quest'ambito la sua funzione e non diventi per ciò il comitato consultivo dell'aborto.

L'articolo 2 fa riferimento alla sentenza n. 27, del 1975, emessa dalla Corte costituzionale in materia d'aborto. Non intendiamo suggerire con questo che la Corte abbia segnato dei confini al legislatore. Pensiamo tuttavia che la formula usata dai giudici possa costituire un punto di riferimento significativo per orientare il legislatore. Come abbiamo già sottolineato, tale riferimento, che in relazione alle norme esistenti circoscrive l'aborto in limiti terapeutici, ampliando alla sfera psichica della donna il concetto del danno o del pericolo della gestazione, fa della persona della donna il centro di tutta la questione e pertanto anticipa la logica della presente normativa. D'altra parte per restare nell'ambito degli orientamenti del nostro sistema giuridico la condizione di danno o di pericolo viene configurata nel presente testo come « stato di necessità » di fronte al quale l'aborto diviene non perseguibile penalmente, a certe condizioni: e precisamente a condizioni tali che da un lato garantiscano una approfondita riflessione sulla decisione abortiva e dall'altro consentano di attivare possibili scelte alternative alla decisione stessa.

Il punto di novità, almeno rispetto alla consueta linea interpretativa dello stato di necessità o di forza maggiore, è rappresentato dall'articolo 3. La valutazione dello stato di necessità o di forza maggiore che interviene nel conflitto fra due situazioni o beni ugualmente tutelati, mentre esclude la possibilità di una predeterminazione casistica, è di regola affidata ad un giudice esterno rispetto ai titolari del diritto o dell'interesse. Fare riferimento, nel caso specifico, alla madre rappresenta dunque una deroga a tale comportamento. Ma ciò non deriva dal capriccio, né dal desiderio di coprire con la maschera del diritto una licenza di fatto. Non si vuole cioè negare il conflitto. Questa linea è dettata bensì dal particolarissimo e unico rapporto esistente fra la madre e il feto in quanto si riconosce nei fatti una impotenza della natura e della legge ad assicurare la vita del concepito, se la madre non decide per lui. Lo stato di necessità non si propone peraltro per riferimento astratto ai soggetti implicati, ma per riferimento concreto alle condizioni in cui questo conflitto si verifica nel contesto sociale dato, per cui esso si traduce in un male, in una ferita più generale: il diffondersi dell'aborto clandestino.

Lo stesso articolo 3 e il seguente articolo 4 definiscono le condizioni in cui la valutazione dello stato di necessità è rimessa alla madre e che configurano l'esimente rispetto al giudizio penale. Nei primi 90 giorni della gravidanza, la condizione è data dall'osservanza di un certo *iter* nella maturazione della decisione abortiva. Il limite dei 90 giorni vien meno, così come vien meno l'intervento necessario del consultorio, laddove intervengano valutazioni mediche circa il pericolo di vita che corre la madre stessa, o l'accertamento di gravi danni prevedibilmente irreversibili nel nascituro. Si tenga presente che anche in quest'ultima circostanza è sempre alla condizione della donna, e dunque alla decisione della madre, che si fa riferimento. Non volendo e non dovendo a nostro parere, in nessun modo la legge introdurre anche solo indirettamente, una ipotesi di aborto eugenetico di Stato. L'accertamento medico costituisce in questo caso il presupposto dello stato di necessità fatto valere dalla madre.

L'articolo 5 specifica i compiti del consultorio a cui in base all'articolo 3, la madre deve rivolgersi, senza vincoli territoriali, per proporre il suo caso. È attraverso questo strumento che si esplica la volontà dello Stato di tutelare la vita fin dal suo inizio. Ed è perciò che non può farsi riferimento che al consultorio pubblico. Tuttavia è chiaro che questo ruolo del consultorio non è previsto come un contraddittorio, ma piuttosto come un momento di socializzazione del problema e del caso concreto; come uno sforzo della

collettività di farsi carico, in quanto può, delle situazioni che hanno indotto la decisione abortiva e conseguentemente anche delle situazioni che derivano dalla rinuncia ad essa. In tal senso è previsto che la donna possa farsi assistere da persona di sua fiducia, come pure che possa essere reso partecipe dell'incontro con il consultorio anche il padre del nascituro. Sono ovvie le ragioni che inducono a subordinare questo intervento al consenso della madre. Altrettanto ovvia è la sollecitazione finale dell'articolo che rientra perfettamente nei compiti ordinari del consultorio stesso che è destinato a un'opera di informazione e di prevenzione.

La commissione regionale prevista dall'articolo 6 ci è parso uno strumento utile particolarmente nella fase di avvio dell'attività dei consultori stessi; non si è ritenuto di specificare chi debba farne parte, ritenendo che tale scelta possa essere meglio operata nelle diverse situazioni locali, ed eventualmente adattata in base all'esperienza concreta dei consultori e alla loro capacità di attivazione degli interventi.

Il termine di dodici giorni previsto dall'articolo 7, fra il primo incontro della madre con il consultorio e quello conclusivo, è un termine massimo entro cui il consultorio stesso deve agire in quanto sia in grado di farlo. A taluno potrà sembrare eccessivo e tale sarebbe se esso fosse inteso come pura pausa di riflessione per la madre, o come mero tempo burocratico. Ci è parso che fosse utile lasciare un margine sufficiente perché il consultorio possa attivare le iniziative che sono nei suoi compiti laddove se ne diano le concrete possibilità.

Il consultorio pertanto, esperiti i suoi tentativi è tenuto a rilasciare al più presto e non oltre i 12 giorni l'attestato che certifica la presentazione avvenuta da parte della gestante, e questo attestato, come è specificato nel secondo comma dell'articolo, è titolo per il ricovero d'urgenza.

L'articolo 8 stabilisce che, in via ordinaria, l'interruzione della gravidanza possa essere praticata solo presso l'ente ospedaliero o una casa di cura autorizzata dalla Regione, e ciò per assicurare le indispensabili garanzie sanitarie. Onde evitare che pur nell'ambito delle norme presenti si costituiscano strutture mediche speculative sull'aborto è prevista la limitazione di cui al secondo comma.

Nell'articolo 9 sono indicate le cautele sanitarie inerenti ai casi di intervento specificati nelle lettere *a*) e *b*) dell'articolo 4. È chiaro che l'urgenza dell'intervento può imporre deroghe rispetto alle cautele e ai consulti previsti da questo articolo, così come consente l'intervento al di fuori delle strutture indicate dall'articolo precedente, sicché il medico non incorre, in questo caso, nelle sanzioni previste dall'articolo 18. È comunque fatto obbligo al medico di comunicare alle strutture sanitarie notizia dell'intervento effettuato, perché in ogni caso l'urgenza non deve costituire un pretesto per la clandestinità.

È da sottolineare l'attenzione costante posta al rispetto più assoluto della volontà della madre nonché il dovere di informazioni previsto dall'articolo 10 relativamente ai processi patologici accertati che hanno condotto alla decisione abortiva.

Gli articoli 11 e 12 prevedono il caso della donna minore e inferma di mente. Nel primo non si ritiene di dover sostituire la volontà della donna, in quanto essa è completamente in grado di esprimersi, anche perché ciò sarebbe evidentemente contraddittorio con quello che rimane uno degli obiettivi primari della legge che intende combattere l'aborto clandestino. Si stabilisce solo la possibilità dell'intervento dei genitori o del tutore, oltre s'intende quello del padre del nascituro, qualora ciò sia gradito alla donna e giudicato opportuno dal consultorio. Nel secondo caso, data la indeterminatezza della condizione giuridica di inabilitazione o interdizione, il consultorio accerta la effettiva capacità della donna di esprimere la sua volontà e solo in caso negativo procede su istanza del marito o dei genitori, o del tutore, o del medico curante.

L'obiezione di coscienza è prevista per i medici e il personale sanitario in rispetto di tutte le posizioni morali o religiose contrarie all'aborto. L'articolo 13 prevede che tale obiezione sia formulata preventivamente e in via generale e che il diritto conseguente all'obiezione di coscienza non possa essere esercitato qualora si diano situazioni di urgenza sicché potrebbero derivarne conseguenze negative per l'intervento. L'obiezione di coscienza costituisce aggravante delle pene previste dall'articolo 17 per il medico che, avendo dichiarato pubblicamente tale obiezione, pratichi l'aborto clandestinamente.

È del tutto coerente con lo spirito della presente proposta di legge, che non intende liberalizzare l'aborto, il disposto dell'articolo 17 che prevede pene severe per l'aborto procurato fuori dalla disciplina indicata. È parimenti logico che tale severità si esprima soprattutto nei confronti del medico o della persona che comunque procura l'aborto o istiga all'aborto, la quale presumibilmente è, per condizioni sociali e di cultura, in grado di conoscere e valutare l'entità della violazione perpetrata.

Si è voluto tuttavia mantenere, anche per la donna, un'ipotesi di pena che, non ci nascondiamo, presenta più di un problema. È ovvio che fuori dalle condizioni previste, la valutazione dello stato di necessità sia sottratta alla madre e affidata al giudice in un normale procedimento penale. Poiché è prevedibile che nella stragrande maggioranza dei casi la decisione abortiva sia comunque determinata da ragioni serie riconducibili allo stato di necessità, è previsto il perdono giudiziale che il giudice deve concedere ove tali ragioni sussistano. Si obietta che le propensioni ideologiche del giudice, anche in piena buona fede, possono influire in modo distorto in una questione che suscita controversie vivissime nell'attuale stato del dibattito. Si possono opporre a questo dubbio non infondato, due considerazioni. La prima è che in genere la magistratura è spinta dalle posizioni ideologiche a promuovere il processo, più che a infierire con le pene e la pena è prevista nel massimo, ma non nel minimo. La seconda è che lo Stato in tanto rinuncia al deterrente della pena in quanto predispone un intervento attivo e di sostegno nei confronti della donna. Il rifiuto di tale intervento, non determinato da ragioni sufficienti riattiva pertanto il meccanismo penale e una pena semplicemente simbolica non sarebbe adeguata a significare il rifiuto dell'aborto come diritto, e potrebbe risultare ingiusta in rapporto con quella comminata al medico ove la situazione della donna, per condizioni sociali ed economiche e per le circostanze in cui ha chiesto l'aborto, faccia emergere una corresponsabilità effettiva nel reato.

Sempre in materia penale, l'articolo 19 dispone le sanzioni per l'aborto procurato su donna non consenziente, mentre l'articolo 18 prevede una ammenda per il medico che, fuori dalle situazioni di emergenza, pratichi l'aborto in case di cura non autorizzate nei confronti di una donna che sia viceversa nelle condizioni previste dalla legge per poter chiedere l'intervento.

L'articolo 20 è dettato dall'esigenza che il Parlamento possa avere gli elementi informativi sul fenomeno degli aborti in generale e sul funzionamento del sistema previsto della legge anche ai fini del suo miglioramento e adattamento alla concreta esperienza.

Di particolare rilievo è l'articolo 21 che stabilisce un finanziamento suppletivo a favore dei consultori per lo svolgimento dei compiti loro affidati. Si tratta in effetti di una necessità e insieme di una sollecitazione a dar vita rapidamente alle strutture previste dalla legge n. 405.

L'articolo 22 dispone per i processi non ancora conclusi o per quelli intentabili per il reato di aborto commesso prima dell'entrata in vigore della presente legge; mentre l'articolo 23 abroga il titolo decimo del primo libro del codice penale.

È stato infine previsto, con l'articolo 24, un regime transitorio di due anni. È ovvio che il sistema della presente legge non può funzionare pienamente fino a quando non sia attivata nel paese la rete dei consultori. Non solo. Ma ci si rende parimenti conto che occorrerà un certo lasso di tempo e una adeguata iniziativa di formazione e di diffusione di conoscenze fra le donne e nella opinione pubblica, specie in certe regioni, perché si rompa o si attenui la resistenza psicologica e ambientale a rivolgersi al consultorio nelle circostanze particolarmente delicate di cui si occupa questa legge.

In tali condizioni il rischio di una normativa transitoria avulsa dallo spirito che anima il progetto è di diventare in pratica la soluzione a tempo indeterminato destinata a perpetuarsi come tale. Di qui la particolare delicatezza sia nel fissare un ragionevole confine al transitorio, sia nel predisporre un sistema che sia ad un tempo commisurato alle condizioni di partenza e attivante rispetto al punto d'arrivo.

Il tal senso il regime transitorio prevede la istituzione da parte delle province, di commissioni speciali che operino a livello provinciale o di consorzi di comuni, con compiti analoghi a quelli previsti per il consultorio dall'articolo 5. Tuttavia, nei primi due anni, non sarà la donna a ri-

volgersi direttamente a queste commissioni. La donna si rivolge al medico che raccoglie l'istanza e informa la commissione la quale, in quanto può, sulla base degli elementi forniti dal medico interviene e, laddove il consultorio esiste, lo mette in movimento. Trascorsi comunque dodici giorni dal primo incontro con il medico, anche nell'inerzia della commissione, il medico stesso è tenuto a dar certificato scritto della esplicata procedura e tale certificato, che è titolo per il ricovero, consente alla donna di sottoporsi ad intervento negli istituti autorizzati.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

(*Diritto alla procreazione cosciente e responsabile*).

Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela il rispetto della vita umana dal suo inizio. Le Regioni e gli enti locali, nell'ambito dei propri poteri e competenze, provvedono a dare concreta attuazione a tale tutela, mediante le strutture e i servizi per l'assistenza alla famiglia e alla maternità di cui alla legge n. 405 del 29 luglio 1975.

ART. 2.

(*Stato di necessità*).

L'interruzione volontaria della gravidanza non è perseguibile quando la continuazione di essa comporterebbe grave danno o pericolo per la salute fisica o psichica della donna. Essa non deve essere usata come mezzo di controllo delle nascite.

ART. 3.

(*Valutazione dello stato di necessità entro i primi 90 giorni*).

Data la peculiare natura del rapporto tra la madre e il concepito, la valutazione dello stato di necessità di cui all'articolo precedente è rimessa alla gestante, quando avvenga entro i primi 90 giorni della gravidanza e nel quadro di una adeguata assistenza delle strutture pubbliche, secondo le modalità di cui agli articoli seguenti.

ART. 4.

(*Valutazione dello stato di necessità senza il limite dei 90 giorni*).

La valutazione dello stato di necessità in ordine alla decisione sulla interruzione della gravidanza è altresì rimessa alla donna, senza il limite dei 90 giorni:

a) quando la gravidanza o il parto o il *post partum* comportino un pericolo medicalmente accertato per la sua vita;

b) quando lo stato di necessità derivi dall'accertamento di fatti patologici e di

anomalie nel processo generativo, tali da indurre nel feto danni prevedibilmente irreversibili.

ART. 5.

(*Intervento dei consultori*).

La donna che si trovi nelle condizioni previste dall'articolo 2 e ritenga di dover interrompere la gravidanza, si rivolge entro il 90° giorno dal concepimento ad un consultorio pubblico costituito ai sensi dell'articolo 2 della citata legge n. 405 del 29 luglio 1975.

Compito del consultorio, in ogni caso e specialmente quando la richiesta dell'interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche o sociali o familiari sulla salute della gestante, è quello di esaminare con la donna e quando sia opportuno, e sempre lei consenziente, con il padre del nascituro, le possibili soluzioni dei problemi proposti, di mettere la donna in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di attuare direttamente o promuovere, attraverso i servizi pubblici responsabili, ogni opportuno intervento atto a rimuovere le cause della decisione abortiva e, comunque, di sostenere la donna per una libera accettazione della gravidanza, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto. Il consultorio inoltre fornisce alla donna le informazioni necessarie per una maternità responsabile. Nell'incontro col consultorio la donna può farsi assistere da persona di sua fiducia.

ART. 6.

(*Commissione regionale*).

I consigli regionali nominano una commissione incaricata di prestare una qualificata consulenza e di coordinare il lavoro dei consultori, di promuoverne l'omogeneità di indirizzo e di controllarne la funzionalità in ordine ai compiti di cui all'articolo precedente.

ART. 7.

(*Termini*).

Entro il termine di 12 giorni il consultorio è tenuto a dare atto per iscritto alla donna, dell'avvenuto incontro col consultorio

stesso; in seguito a ciò la donna può sottoporsi all'intervento per l'interruzione della gravidanza presso un ospedale o una casa di cura autorizzata ai sensi dell'articolo 8.

L'ente ospedaliero o la casa di cura provvede all'intervento sulla base dell'attestato fornito alla donna dal consultorio, che è titolo per il ricovero di urgenza.

ART. 8.

(*Garanzie sanitarie*).

L'interruzione della gravidanza deve essere praticata da un medico ostetrico-ginecologo presso un ente ospedaliero, tra quelli indicati dall'articolo 20 della legge 12 febbraio 1968, n. 132; ovvero presso case di cura autorizzate dalla Regione, fornite dei requisiti igienico-sanitari e di adeguati servizi ostetrico-ginecologici.

Presso le case di cura autorizzate il numero annuo degli interventi di interruzione della gravidanza non può superare il 25 per cento del totale degli interventi operatori eseguiti nell'anno precedente.

ART. 9.

(*Intervento ai sensi dell'articolo 4*).

Nel caso previsto dalla lettera *a*) dell'articolo 4 il medico interviene, salvo il caso di urgenza, in consulto con un altro medico specialista operante in strutture sanitarie pubbliche. Il medico che ha praticato l'intervento, ne dà comunicazione al direttore sanitario o al medico incaricato dell'ospedale o della casa di cura ove si è verificato l'intervento od il successivo ricovero, fornendo tutte le notizie e la documentazione che questi ritenga necessarie.

Nell'ipotesi di cui al precedente comma, ove sussista la possibilità di vita autonoma del feto, il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni cautela idonea a salvaguardare la vita stessa.

Nel caso previsto dalla lettera *b*) dello stesso articolo 4 l'esistenza delle condizioni che motivano la richiesta di interruzione della gravidanza deve essere accertata o confermata dal medico dell'ospedale o della casa di cura che deve praticare l'intervento, in consulto con almeno un altro medico specialista, operante in strutture sanitarie pubbliche. Deve essere in ogni caso garan-

tita la libertà della donna di proseguire la gestazione; tale essendo la sua decisione è compito dei consultori promuovere tutte le forme pubbliche e private di aiuto e assistenza alla madre e al bambino.

ART. 10.

(*Dovere di informazione*).

Nei casi di cui all'articolo precedente il medico che procede all'intervento fornisce alla donna adeguati ragguagli sulle cause e caratteristiche dei processi patologici accertati, nonché sulle misure per prevenire il ripetersi di analoghi casi.

ART. 11.

(*Minore*).

La richiesta prevista dall'articolo 5 è presentata personalmente dalla donna anche se non ha raggiunto la maggiore età. Se si tratta di donna nubile il consultorio, tenuto conto delle condizioni sociali e ambientali, considera, sempre d'intesa con la donna, l'opportunità di informare e cointeressare anche i genitori o uno di essi o il tutore.

ART. 12.

(*Inferma di mente*).

Nel caso di donna inferma di mente che non sia in grado di esprimere la sua volontà, sia essa o meno interdetta o inabilitata, la richiesta al consultorio può essere fatta dal marito, dai genitori, dal tutore o dal medico curante. In tal caso il consultorio, sentiti i parenti tenuti agli alimenti e consultato uno psichiatra, accerta la sussistenza dello stato di necessità e ne dà attestato agli istanti.

ART. 13.

(*Obiezione di coscienza*).

Il personale medico e paramedico è esonerato, su sua richiesta, dal prendere parte agli interventi per la interruzione della gravidanza, quando il suo rifiuto sia determinato da obiezione di coscienza nei confronti dell'interruzione volontaria della gravidanza.

L'ente ospedaliero o la casa di cura autorizzata sono tenuti in ogni caso ad assi-

curare, mediante adeguate misure, la possibilità che gli interventi siano effettuati.

Il diritto di rifiuto non può essere esercitato in caso di urgenza, quando il suo esercizio può influire negativamente sullo svolgimento dell'intervento di interruzione della gravidanza.

ART. 14.

(*Vigilanza del medico provinciale*).

L'ente ospedaliero o la casa di cura nei quali l'intervento è stato effettuato sono tenuti ad inviare al medico provinciale competente per territorio, una dichiarazione con la quale il medico che lo ha eseguito dà notizia dell'intervento e della documentazione sulla base della quale esso è avvenuto, senza fare menzione dell'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 con il vincolo del segreto d'ufficio, e, in caso di accertamento di irregolarità, applica le sanzioni di sua competenza o inoltra rapporto all'autorità competente.

ART. 15.

(*Spese inerenti all'intervento*).

Le spese di accertamento, intervento, cura ed eventuale degenza conseguenti all'interruzione della gravidanza nei casi previsti dagli articoli 3 e 4 sono a carico del fondo ospedaliero, istituito dall'articolo 14 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 17 agosto 1974, n. 386.

Le prestazioni sanitarie e farmaceutiche non previste nel precedente comma sono a carico degli enti mutualistici.

ART. 16.

(*Segreto di ufficio*).

Chiunque, per ragioni di professione o di ufficio, abbia conoscenza del fatto che una persona abbia richiesto o subito una interruzione della gravidanza nei casi e nei modi previsti dagli articoli precedenti e ne riveli o divulghi la identità, incorre nelle pene previste dall'articolo 326 del codice penale.

ART. 17.

(*Aborto clandestino*).

Chiunque, al di fuori della disciplina prevista dagli articoli precedenti, cagiona l'aborto di una donna col consenso di lei è punito con la reclusione da uno a tre anni. Chi abbia determinato la donna all'aborto è punito con la reclusione fino a due anni. Se ad istigare la donna all'aborto sia stato il marito, il padre, o la madre del nascituro, la pena è fino a tre anni. Se a praticare l'aborto è un medico che si sia avvalso del diritto di cui all'articolo 13, la pena è raddoppiata.

Se dal fatto previsto dal precedente comma deriva la morte della donna, la pena per chi abbia cagionato l'aborto è della reclusione da quattro a otto anni; se ne deriva una lesione personale grave la pena è della reclusione da due a cinque anni.

La donna che ha consentito all'aborto è punita con la pena della reclusione sino a due anni.

Ove il giudice, tuttavia, in qualunque stato o grado del giudizio accerti che l'aborto è avvenuto senza l'osservanza delle modalità indicate negli articoli precedenti, ma sussistendo le condizioni previste dall'articolo 2, o che la donna è stata determinata all'aborto da motivi di particolare gravità, concede alla donna il perdono giudiziale.

ART. 18.

(*Aborto in istituti non autorizzati*).

Il medico che pratica l'interruzione della gravidanza al di fuori degli istituti indicati dall'articolo 8, su donna che si trovi nelle condizioni previste dagli articoli 4 e 7, è punito, salvo che non abbia operato in condizioni di urgenza, con l'ammenda di lire 100.000. In questo caso la donna non è perseguibile. Nei casi più gravi il medico provinciale può disporre la chiusura fino a un anno della casa di cura o del reparto in cui è avvenuto l'intervento.

ART. 19.

(*Aborto di donna non consenziente*).

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:

1) se il consenso è estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero è carpito con l'inganno;

2) se la donna è minore degli anni quattordici o inferma di mente, al di fuori dei casi previsti dagli articoli 11 e 12.

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

ART. 20.

(*Relazione annuale*).

Entro il mese di gennaio di ogni anno, il Ministro della sanità presenta al Parlamento una relazione sull'attuazione della presente legge nell'anno precedente e sui suoi effetti.

ART. 21.

(*Stanziamento*).

In relazione alle finalità di cui all'articolo 5 della presente legge lo stanziamento previsto dall'articolo 5 della legge numero 405 è aumentato di 20 miliardi all'anno. Tale stanziamento potrà essere ulteriormente aumentato in base all'esperienza dei primi due anni di attuazione della presente legge, di cui le Regioni dovranno dare relazione insieme ad una motivata previsione di spesa per gli anni successivi.

Alla copertura dell'onere di 20 miliardi per il 1977 si provvede per il medesimo anno finanziario mediante corrispondente riduzione del capitolo 6856 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare con proprio decreto le occorrenti variazioni di bilancio.

ART. 22.

(*Aborti pregressi*).

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, ove il giudice accerti che sussistevano le condizioni previste dagli articoli 2 e 4.

ART. 23.

(*Abrogazione di norme del codice penale*).

Il Titolo X del libro I del codice penale è abrogato.

ART. 24.

(*Regime transitorio*).

Nei primi due anni di vigenza della presente legge, nelle more di una piena attuazione della rete dei consultori, i loro compiti sono surrogati nell'ambito di ciascuna provincia o consorzio di comuni da una commissione di operatori sociali, formata da almeno tre membri designati dal consiglio provinciale tra persone di riconosciuta esperienza. Entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, tali commissioni devono essere costituite e messe in grado di funzionare.

Anche a tali organismi si estendono i compiti di coordinamento e consulenza della Commissione regionale di cui all'articolo 6.

Il medico a cui sia stato richiesto un intervento di interruzione di gravidanza da una donna che si trovi nelle condizioni previste dall'articolo 3 della presente legge invita la donna alla riflessione, le fornisce i sussidi informativi di cui dispone, ed invia entro tre giorni alla commissione di cui al primo comma, un referto con l'indicazione dei motivi addotti dalla donna e di ogni altro elemento utile per la valutazione del caso.

La commissione o direttamente, o attraverso i consultori ove già siano esistenti, o attraverso il medico stesso, prende le iniziative opportune in analogia a quanto stabilito dall'articolo 5.

Trascorso il termine di dodici giorni dalla richiesta formulata al medico, della quale il medico nel corso di un secondo incontro è tenuto a darle atto per iscritto, la donna può sottoporsi all'intervento per l'interruzione della gravidanza presso un ospedale o una casa di cura autorizzata ai sensi dell'articolo 8. L'ente ospedaliero o la casa di cura provvede all'intervento sulla base dell'attestato fornito alla donna dal medico, che è titolo per il ricovero d'urgenza.

Compito delle commissioni di cui al primo comma è anche quello di esperire un'azione di sollecitazione e promozione per la costituzione e la diffusione dei consultori.