SENATO DELLA REPUBBLICA

V LEGISLATURA

(N. 1762)

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori BANFI, CALEFFI e FENOALTEA

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 18 GIUGNO 1971

Norme per la regolamentazione dell'aborto

ONOREVOLI SENATORI. — Un giorno di una settimana del 1971, in una cascina isolata, ho conosciuto una coppia di pastori sardi emigrati in continente, giovani di età, vecchi di aspetto, cinque figli. Il pastore mi ha detto che sua moglie aspettava un sesto figlio e loro avevano insieme deciso di non volerlo perchè già non sapevano come mantenere i cinque di cui il maggiore di dieci anni, e mi ha chiesto come poteva fare abortire la moglie: gli ho dovuto rispondere che l'aborto nel nostro Paese è vietato e che non avrei potuto aiutarlo: per il futuro, forse, la pillola, ma per il presente nulla.

Quanti di noi si sono sentiti fare analoga richiesta?

Ma se noi dobbiamo rispondere ai nostri concittadini che l'aborto è proibito e chi lo compie è punito con gravi pene restrittive della libertà personale, noi sappiamo anche che l'aborto è larghissimamente praticato in Italia ove la pratica abortiva è chiamata « la fabbrica degli angeli ».

Quanti sono gli aborti che si verificano ogni anno in Italia? Impossibile, per ovvi motivi, avere cifre esatte: ci si deve accontentare di quanto viene asserito dagli specialisti in occasione di convegni e congressi.

Al 53° congresso di ostetricia e ginecologia, tenutosi a Bologna nel 1968, si è parlato di due-tre milioni annui di aborti: altri cita cifre inferiori aggirantisi sul milione e mezzo.

Secondo una recente inchiesta sulla situazione demografica italiana, eseguita da una ricercatrice americana per conto dell'Università di Berkeley, ogni giorno, in Italia, si sottopongono a pratiche illecite per interrompere la gravidanza almeno quattromila donne: si tratterebbe quindi di 1.460.000 aborti criminosi per anno!

A Milano una rivista ha ritenuto di poter affermare che si verificano circa 200 mila aborti clandestini all'anno.

A Roma, la dottoressa Luisa Zardini De Marchi ha compiuto un'inchiesta nelle borgate più povere. I risultati, raccolti nel volume *Inumane vite*, sono drammatici: su 558 donne dell'età media di trentuno anni, il tasso degli aborti procurati e confessati è stato di due per ogni due-tre figli viventi.

TIPOGRAFIA DEL SENATO (1500) — 2/3/4

Tra gli aborti occorre considerare ovviamente anche quelli spontanei, ma il progresso della scienza medica e farmaceutica ha fatto grandemente diminuire gli aborti spontanei, mentre ha fatto crescere di molto gli aborti provocati da farmaci acceleratori dei flussi mestruali.

Poichè gli aborti criminosi — quelli cioè denunciati e per i quali vi è stata condanna — sono in continua discesa, si deve necessariamente ritenere che la grande maggioranza degli aborti è praticata in forma clandestina, ma solo per la Giustizia, in quanto è ben nota l'ampiezza del fenomeno.

Per avere un'idea di quanto sia caduta in desuetudine la norma penale possono bastare poche cifre relative ai fatti delittuosi denunciati all'autorità giudiziaria dalla pubblica sicurezza e dai carabinieri per i delitti contro la sanità della stirpe previsti dagli articoli da 545 a 555 del Codice penale:

Anno	Totale delitti	Delitti contro la sanità della stirpe
—	—	—
1965	452.754	325
1966	484.447	293
1967	513.233	300
1968	541.457	314
1969	482.317	246

Per fortuna delle donne italiane anche la pratica degli aborti clandestini è assai migliorata sia sul piano delle tecniche usate anche dai cosiddetti « praticoni » sia su quello igienico, ma recentemente una rivista, dopo aver eseguito una vasta indagine, ha potuto affermare che non meno di 20.000 donne muoiono ogni anno uccise da « violente infenzioni e da irrimediabili emorragie ».

Ma non vi è solo il problema umano della donna indotta a compiere un reato su se stessa, con i traumi psichici che spesso ne conseguono: vi è un problema economico determinato dagli alti costi dell'intervento abortivo che hanno creato un largo settore di speculazione: chi esegue l'intervento abortivo, anche se sa perfettamente che il suo rischio è quasi nullo, ne approfitta per far pagare alle pazienti somme assai elevate sulle quali nessuno osa discutere.

A Milano un aborto eseguito da un medico costa dalle 200 mila alle 400 mila lire; se eseguito da un « praticone » assai meno, ma, di solito, la cifra minima è di lire 50 mila.

Si è creata così una vera mafia della fabbrica di angeli che lo Stato non è in grado di colpire e che prospera allegramente.

Su questi argomenti si è venuta sviluppando una vasta campagna di opinione pubblica ed un sempre maggior interessamento da parte delle categorie professionali mediche, sociologiche, psichiatriche, il che conferma la gravità del problema che è problema non del solo nostro Paese.

È documentato che in tutto il mondo il numero degli aborti cresce progressivamente tanto che taluno ha parlato di epidemia dell'aborto. Questa epidemia deve essere affrontata seriamente e senza prevenzioni. Come tutti i problemi sociali anche quello dell'aborto presenta aspetti diversi, ed esso deve essere esaminato sotto il profilo medico, etico, religioso, biologico e giuridico: quest'ultimo sarà prevalente in questa relazione perchè si propone di regolare la soluzione del problema.

Tralasciando i problemi medici inerenti all'aborto spontaneo che esulano dal disegno di legge che vi viene sottoposto, ci si vuole occupare degli aborti provocati i quali riflettono problemi sociali per molta parte insoluti.

Si vuole qui parlare dell'aborto terapeutico o legale praticato dal medico osservando che, in Italia, esso è consentito nel solo caso in cui la vita della madre sia gravemente compromessa. Le condizioni del feto non sono prese in considerazioni. Inoltre il ginecologo è autorizzato ad interrompere la gravidanza solo se altri due medici sono d'accordo sulla gravità della malattia e se il marito è consenziente.

Prima di affrontare altri problemi sarà bene prendere in esame la legislazione straniera in materia, sia pure in modo incompleto.

Tale legislazione si rifà a tre tesi: la tesi della libertà, la tesi repressiva, la tesi intermedia.

La tesi della libertà ha il suo fondamento nella lotta contro l'aborto clandestino e la affermazione del diritto della donna a decidere delle sue maternità e questa tesi ha trovato e trova sostenitori specie nei paesi più poveri economicamente e ricchi demograficamente. Il Segretario generale della ONU ha dichiarato: « A questo stadio della storia umana dobbiamo accordare un posto importante al diritto dei genitori di decidere sul numero dei loro figli ».

L'aborto libero su semplice domanda della donna è lecito in URSS ed in Ungheria: lo era pure in Bulgaria e Romania ove però, negli anni più recenti, sono state introdotte alcune limitazioni, ma caratteristica comune è che l'aborto è sempre consentito in considerazione della situazione sociale ed economica difficile per la donna.

La tesi della repressione è quella del divieto di interrompere la gravidanza salvo il caso di pericolo di vita per la madre: è la tesi cui è informata la legislazione repressiva in Italia, Francia, Belgio, Spagna, Grecia e quasi tutti i paesi dell'America Latina; in genere si tratta di Paesi a prevalente tradizione cattolica.

Questa tesi è basata sulla protezione dei diritti del feto ed è essenzialmente di natura religiosa.

In Italia la repressione dell'aborto è particolarmente severa ed il Codice Rocco del 1930 ha istituito addirittura un titolo apposito, il titolo X del libro secondo « Dei delitti contro l'integrità e la sanità della stirpe », che corrispondeva alla concezione razzista del regime fascista.

Infine la terza tesi, quella intermedia, è stata adottata dalle democrazie del Nord Europa oltre che dalla Svizzera e da qualche Stato degli USA nonchè dal Canada.

Danimarca, Svezia, Norvegia, Finlandia, Svizzera, Gran Bretagna, per limitarci ai Paesi europei, hanno adottato, ormai da molti anni, una legislazione largamente permissiva dell'aborto terapeutico fondata su motivi umanitari, genetici e, in taluni casi, su motivi sociali.

L'applicazione di siffatta legislazione, accompagnata da una migliore organizzazione dell'assistenza sanitaria, ha determinato una diminuzione degli aborti clandestini e, soprattutto, ha fatto diminuire i decessi di donne a seguito di pratiche abortive.

Si è rilevato come la legislazione italiana sull'aborto sia tra le più repressive ed allora c'è da chiedersi perchè, nonostante la severità della legge che pesantemente punisce chi interrompe illegalmente la gravidanza e la donna stessa che chiede l'interruzione, il numero degli aborti sia così elevato.

Pare di poter rispondere con parole del professor Valle: « I motivi più appariscenti sono due fra loro correlati. In primo luogo il fatto — sempre controllabile storicamente — che, allorchè si produce un profondo divario tra la realtà e la legge, è sempre la realtà che finisce per prevalere. In secondo luogo perchè l'efficacia della legge è assai modesta malgrado la severità della norma scritta »: l'esperienza conferma questa diagnosi: l'interruzione illegale è largamente praticata in Italia.

Le donne che appartengono a classi agiate usano il metodo più sicuro del raschiamento dell'utero eseguito clandestinamente da ginecologi italiani di pochi scrupoli, i cosiddetti abortisti, oppure vanno all'estero in Paesi ove l'aborto terapeutico è consentito anche per le straniere.

Ma anche le donne che non dispongono di mezzi trovano facilmente il modo di interrompere la gravidanza: esse si rivolgono a certe ostetriche di pochi scrupoli che applicano una sonda nell'utero, o ricorrono alle cosiddette « mammane » che sono note più che per la loro generosità per la loro ignoranza nell'aiutare le ragazze gravide.

Altre volte le donne provvedono da sole con mezzi e strumenti diversi sempre pericolosi, onde l'interruzione della gravidanza, quando è clandestina e perciò illegale, è associata frequentemente a gravi complicazioni che possono essere immediate o tardive.

Le complicazioni immediate più gravi portano al decesso e le statistiche non dicono la verità perchè molti decessi post-abortivi sono denunciati come decessi da emorragie

o infezioni. Il già citato professor Valle ha calcolato che oltre 1.500 donne muoiono ogni anno in consegenza immediata di pratiche abortive.

Anche più drammatiche sono le complicazioni tardive che compromettono gravemente la salute della donna: infezioni genitali, sterilità secondaria, perforazioni accidentali dell'utero, conseguenze psicologiche. Di fronte ad una situazione così drammatica l'opinione pubblica democratica del nostro Paese ha cominciato — e non da ora — ad agitare il problema di una nuova normativa che tenga conto, da un lato, dei problemi medici, sociali, psicologici e che tenga conto, dall'altro, del complesso della società italiana: e questo stesso problema è agitato in Francia ove è stato presentato un disegno di legge ad iniziativa dell'onorevole Peyret dell'UDR, oggetto di appassionate discussioni da parte di organizzazioni del più svariato orientamento politico, sociale e religoso.

In questo dibattito sono da sottolinearsi l'intervento dell'Associazione medica mondiale in occasione della sua XXIV Assemblea tenutasi a Oslo nell'agosto 1970, ed il dibattito organizzato a Helsinki nell'aprile 1971 dall'Ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Onorevoli senatori, vale la pena di riprodurre la dichiarazione dell'Associazione medica mondiale del 1970 perchè ad essa si ispira il disegno di legge che viene sottoposto al vostro esame.

« 1) Il primo principio etico cui è tenuto il medico è l'assoluto rispetto della vita umana, sancito nella dichiarazione di Ginevra: " manterrò l'assoluto rispetto per la vita umana dal momento del concepimento ".

2) le circostanze che mettono in conflitto gli interessi vitali della madre con quelli del figlio nascituro possono essere causa di dubbi e sollevare il problema se la gravidanza debba o no essere interrotta.

3) La diversità della risposta a tale quesito è in funzione dei differenti atteggiamenti ed opinioni relative al nascituro. Tali opinioni derivano da convinzioni personali che debbono essere rispettate.

4) Non è compito della professione medica dettare su tale argomento regole ed indirizzi ad un Paese o ad una comunità, ma è nostro dovere proteggere i nostri pazienti e salvaguardare i diritti del medico nella società.

5) Di conseguenza, quando la legge autorizza la pratica dell'aborto terapeutico, od una legislazione sia prevista a tale scopo ed essa non sia in contrasto con le norme dell'Associazione medica nazionale, ed il legislatore desideri, ricerchi od accetti il parere della professione medica, potranno essere adottati i seguenti principi:

a) l'aborto terapeutico deve essere esclusivamente praticato su indicazione medica;

b) la decisione di interrompere una gravidanza deve essere di norma approvata per iscritto, da almeno due medici, scelti in ragione della loro competenza professionale;

c) l'intervento dovrà essere praticato da un medico competente in uno stabilimento di cura autorizzato dalle Autorità competenti.

6) Se il medico, a causa delle sue convinzioni, ritenga che gli sia vietato di consigliare o di praticare l'aborto, può ritirarsi assicurando la continuità delle cure (mediche) da parte di un collega qualificato.

7) La presente Dichiarazione, pur essendo stata adottata dall'Assemblea generale dell'Associazione medica mondiale non dovrà essere considerata obbligatoria per alcun membro di una associazione (nazionale), salvochè sia stata adottata da tale associazione ».

In occasione dell'incontro già ricordato dell'Ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità, alcuni esperti di Paesi che hanno adottato una legislazione liberale in tema di aborto terapeutico, sono giunti a qualificare di criminale l'immobilismo legale dei Paesi che vietano l'aborto perchè esso permette la mortalità inutile derivante dagli aborti clandestini e la mor-

bosità (fisica, mentale, emozionale, socio-economica) legate all'aborto clandestino.

Questo è il problema che vi viene sottoposto e il disegno di legge costituisce un tentativo di avviare il discorso di un adeguamento della legge alla realtà sociale del Paese.

Non si vuole con questo disegno di legge mettere in discussione principi teologici e neppure di affrontare un discorso pur assai importante qual è quello della « pianificazione delle nascite e progresso civile » cui la rivista « Mondo Economico » (27 aprile 1971) ha dedicato ampio spazio con un articolo del dottor Leo Solari: si tratta più modestamente, ma praticamente, di adeguare la legge alla realtà e di abbandonare il metodo della finzione che è incompatibile coi principi democratici: solo sulla base della finzione può sostenersi che in Italia, visto che non vi sono condanne per aborti illegali, deve dedursi che l'aborto illegale non esiste come problema sociale; ma è pura finzione mistificatoria.

Chiudere gli occhi e turarsi le orecchie di fronte alla realtà è il metodo peggiore di Governo, ed il Senato non può accettare tale metodo nè nascondersi dietro tabù che la coscienza del popolo ha già abbattuto nei fatti col proprio comportamento.

Riconoscere dunque la necessità di introdurre in Italia l'aborto terapeutico — e si sottolinea questo termine perchè esso stesso segna il limite tra l'aborto consentito e quello vietato — costituisce un dovere per il legislatore che voglia essere regolatore non di una società astratta ma di quella concreta che vive ed opera in un determinato periodo della storia.

Onorevoli colleghi, così impostato il problema, occorre dare conto della varie norme proposte con *l'avvertenza che la gravità e complessità dei problemi comporteranno uno sforzo comune di approfondimento, onde il presente disegno di legge si propone come momento di ulteriore elaborazione a voi affidato.*

L'articolo 1 prevede i casi nei quali lo aborto terapeutico può essere effettuato: ci si è preoccupati non solo delle condizioni fisiche e psichiche della madre ma anche delle condizioni fisiche del nascituro.

L'uso soprattutto se fatto senza controllo medico, di taluni farmaci teratogeni, come la talidomide, può determinare gravi malconformazioni fetali che la scienza medica è così progredita da poter diagnosticare con grande precisione, onde la necessità di evitare la nascita di esseri malconformati che per tutta la vita rimprovereranno ai genitori di averli fatti nascere.

Si sa, per esempio, che la donna che sia colpita da rosolia nelle prime quattro settimane di gravidanza corre il rischio, nella misura del 60 per cento, di produrre un bambino malformato.

Altri casi in cui l'aborto terapeutico deve essere consentito sono quelli di gravidanze provocate nell'esecuzione di un delitto di particolare gravità morale quali la violenza carnale nelle sue varie ipotesi (art. 519 del Codice penale) o l'incesto (art. 564 del Codice penale). Cui forse dovrebbe aggiungersi la congiunzione carnale commessa con abuso della qualifica di pubblico ufficiale (art. 520 del Codice penale).

Infine è previsto che si possa effettuare l'aborto terapeutico quando la donna abbia partorito antecedentemente cinque volte o abbia compiuto gli anni 45 al momento dell'inizio della gravidanza, come è previsto da alcune legislazioni straniere.

Sono i soli due casi in cui la decisione dell'interruzione della gravidanza è riservata alla donna nella sua piena libertà: si tratta di norma che è stata introdotta in quasi tutte le legislazioni che prevedono l'aborto terapeutico e che appare giustificata anche per impedire che l'egoismo del maschio prevalga sulla libera scelta della donna.

L'articolo 2 fissa il termine massimo entro il quale l'aborto terapeutico può essere effettuato: su questo punto le legislazioni più sopra considerate pongono termini diversi, tre-quattro fino eccezionalmente cinque mesi, oppure a giorni o a settimane.

È parso giusto fissare il termine di cento giorni dalla amenorrea essendo quello entro il quale l'intervento non presenta in genere particolari problemi.

L'articolo 3 prevede che l'interruzione della gravidanza possa essere praticata presso ogni Ente ospedaliero: la legge 12 febbraio 1968, n. 132, ha ormai regolamentato l'assistenza ospedaliera in modo moderno e, si spera, efficiente onde, garantita su tutto il territorio nazionale l'organizzazone ospedaliera, pare opportuno riservare a tali Enti l'effettuazione degli interventi, sia perchè il controllo sulla prevenzione degli abusi può essere più efficiente, sia per assicurare l'assistenza gratuita che dovrà trovare generalizzazione con la riforma sanitaria.

Gli articoli 4, 5, 6 e 7 disciplinano la procedura: tra le varie forme di garanzia che l'aborto terapeutico sia effettuato solo nei casi previsti dall'articolo 1 si è ritenuto di adottare quella più estesa: una commissione composta da tre specialisti: ginecologo, neuropsichiatra e assistente sociale, onde i vari aspetti del problema siano tutti oggetto di esame.

Con l'articolo 5 in particolare si è fissato il principio che la donna personalmente debba fare domanda di aborto terapeutico e ciò perchè il problema riguarda la donna gravida e non altri: neppure i genitori i quali certamente potranno consigliare la figlia minore, ma essa sola è arbitra del destino proprio e del nascituro; neppure il marito il quale, anch'esso, consiglierà la moglie ma non deve sostitursi ad essa in decisione che la riguarda direttamente nel fisico.

Può essere oggetto di perplessità per gli stessi presentatori la norma dell'articolo 7, contrastando coi princìpi generali del nostro ordinamento giuridico che ammette sempre ricorsi: ma il problema della procedura non può prevalere in una materia in cui i termini sono oggettivamente così limitati e quando si voglia un esame serio del caso. La legislazione inglese, ad esempio, prevede che basti, per l'aborto terapeutico, il parere conforme di due medici: quella svedese prevede o il parere di due medici o quello della Commissione medica reale composta di tre medici nominati dal Governo: la legge 27 giugno 1969 del Canada prevede, come lo propone la formulazione dell'articolo 7, una commissione ospedaliera per l'aborto.

L'articolo 8 dichiara non applicabili le norme repressive penali previste dagli articoli 546, 547, 548 e 549 quando l'aborto sia stato effettuato a norma degli articoli precedenti.

Onorevoli colleghi, è certo che questo disegno di legge non affronta tutti i problemi medico-sociali connessi all'aborto: il primo problema che sta a monte della proposta è l'educazione della popolazione e non solo. ovviamente, quella sessuale.

Cittadini coscienti pianificano essi stessi la procreazione ed uno Stato moderno deve mettere a disposizione dei cittadini consultori, centri specializzati di assistenza sociale ove, soprattutto, le giovani possano ricevere consigli ed essere assistiti in caso di necessità. Questa opera è in gran parte ancora da realizzare ma bisogna cominciare a responsabilizzare maggiormente e le donne ed i medici: una legge applicabile è una legge che può essere fatta rispettare: una legge contraria allo stato della società è una legge non applicabile.

È urgente fare una legge applicabile e questa che si propone lo è.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

L'interruzione della gravidanza può essere effettuata nei seguenti casi:

a) quando la salute della madre è messa in pericolo dalla prosecuzione della gravidanza;

b) quando la prosecuzione della gravidanza minaccia di aggravare uno stato patologico della madre;

c) quando si debba prevenire l'esaurimento della donna gravida se, in considerazione delle sue condizioni di vita, il parto e le cure per il nato possano gravemente nuocere alla sua salute fisica o mentale;

d) quando è riconosciuta l'esistenza di una embriopatia incurabile che si presuma possa portare alla nascita di un bambino affetto da gravi anomalie fisiche o mentali;

e) quando la gravidanza è la conseguenza di delitto previsto dagli articoli 519 e 564 del Codice penale;

f) quando una donna antecedentemente abbia partorito cinque volte ovvero abbia superato, all'atto del concepimento, gli anni quarantacinque.

Art. 2.

L'interruzione della gravidanza nei casi previsti dall'articolo 1 deve essere compiuta non oltre il centesimo giorno di amenorrea.

Art. 3.

L'interruzione della gravidanza può essere praticata esclusivamente presso un Ente ospedaliero riconosciuto a' sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Art. 4.

Presso ciascun Ente ospedaliero di cui all'articolo 3 è costituita una commissione composta da un medico ginecologo, da un neuropsichiatra e da una assistente sociale nominati dal Consiglio di amministrazione dell'Ente ospedaliero con le forme previste dall'articolo 10 della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Art. 5.

La donna che intende interrompere la sua gravidanza deve fare istanza alla commissione di cui all'articolo 4.

L'istanza può essere fatta anche oralmente, ma deve sempre essere accompagnata dalla dichiarazione di un medico.

L'istanza, che la donna gravida deve fare personalmente qualunque sia la sua età, viene registrata dalla commissione con la data di presentazione.

Art. 6.

I membri della commissione sottopongono ad esame la richiedente procedendo, anche separatamente, ai necessari accertamenti, esauriti i quali la Commissione esprime collegialmente la propria decisione che viene comunicata alla richiedente.

Art. 7.

La decisione della commissione, che deve essere comunicata all'interessata tenendo in considerazione il termine di cui all'articolo 2, non è soggetta a ricorso.

Art. 8.

Le norme previste dagli articoli 546, 547, 548 e 549 del Codice penale non si applicano quando l'aborto sia effettuato a' sensi della presente legge.