CAMERA DEI DEPUTATI N. 3692

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

BRIZIOLI, FERRARI, ZAPPA, BENSI, QUERCI, ZAFFANELLA

Presentata il 15 ottobre 1971

Regolamentazione dell'aborto

1. – I MOTIVI.

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Una sommaria elencazione delle ragioni a favore della presente proposta di legge.

Nel mondo intero, come è noto, i motivi per cui una donna può desiderare l'interruzione della gravidanza, purtroppo, sono molteplici. Nella maggior parte dei casi, essi derivano dalla situazione personale della donna e dai valori ed i costumi della società nella quale essa vive. In ogni paese certe gravidanze son state considerate sempre indesiderabili, specie se sopraggiunte prima del matrimonio, dopo una violenza carnale, un incesto od un adulterio o da donne che hanno già figli adulti ed in alcuni paesi anche quando il padre del bambino che deve nascere appartiene ad un'altra razza, ad un altro gruppo o tribù. Una delle ragioni più frequenti è costituita dalla volontà di una coppia di non aver più bambini a causa della propria precaria situazione economica, specie nel caso di disoccupazione, abitazione malsana od insufficiente, ostacolo agli studi della donna, alla sua formazione professionale od alla possibilità di impiego od alla opinione che la nascita comprometterebbe il livello di vita già raggiunto od ambito dalla donna o dalla sua famiglia. Spesso, come rilevato in un recentissimo rapporto da *L'Organisation Mondiale de la Santé* sulla materia dell'aborto spontaneo o provocato, intervengono fattori psicologici personali difficili da definire e da valutare. Essi risultano principalmente dall'atteggiamento psicologico della donna nei confronti della sua gravidanza nel corso dei primi mesi e possono dipendere dalla struttura della sua personalità, da conflitti con il marito o con il suo compagno, con i genitori o con altri membri della famiglia. Questo contegno psicologico è soggetto a rapidi e spesso radicali cambiamenti nel corso della gravidanza.

2. – LE RAGIONI DELL'INTERRUZIONE DELLA GRAVIDANZA.

Le ragioni dell'interruzione della gravidanza sono differenti dai motivi personali della donna incinta e della sua famiglia e variano secondo i paesi. Per comodità di esposizione ripartiremo tali ragioni in quattro categorie: indicazioni mediche, eugeneliche, umanitarie e sociali. Bisogna però dire che la natura, il numero e la definizione dei casi ammessi dalle autorità non sono uniformi da un paese all'altro. Quando l'aborto è autorizzato su domanda della donna incinta, i casi si riconducono tutti al semplice fatto che la gravidanza non è desiderata. Per inquadrare meglio il problema dell'aborto in riferimento al nostro paese è bene premettere una breve analisi delle ragioni generali per cui una

donna è portata ad interrompere la gravidanza ed una breve panoramica di diritto comparato sulla situazione legislativa dei vari paesi e sul rapporto tra aborto e contraccezione.

3. – Ragioni mediche.

Nella concezione tradizionale che continua a prevalere in numerosi paesi, l'aborto è giustificato solo se la gravidanza costituisce una seria minaccia della vita della donna; minaccia che non è possibile allontanare con altri mezzi. Per alcuni, questa minaccia deve essere immediata e certa mentre altri considerano come indicazione accettabile l'aggravarsi probabile di una malattia che mette potenzialmente in pericolo la vita della madre. La lista delle malattie, che si considera minaccino gravemente la vita, ha subito delle modificazioni ed è stata abbreviata. Tra i venti e i trenta anni, ad esempio, la tubercolosi polmonare e il vomito incoercibile della gravidanza costituiscono importanti indicazioni mediche. Nel corso degli ultimi decenni, l'importanza di queste turbe psichiche e di molte altre si è considerevolmente ridotta grazie al miglioramento del trattamento delle malattie ostetriche e anche perché queste affezioni sono diventate più rare. Tra le indicazioni di ordine psichico che sussistono, bisogna citare l'ipertensione grave, le malattie cardiache o renali croniche e il tumore del seno e degli organi pelvici. Divenendo la malattia psichica, sempre meno, una ragione medica di aborto provocato, alcuni paesi si sono interessati di più all'effetto che può provocare una gravidanza non desiderata e la maternità sulla sanità mentale. Non si pensa necessariamente al rischio di suicidio, ma piuttosto ad evitare una rottura dell'equilibrio della personalità. Il contegno tradizionale consisteva nel considerare la minaccia rappresentata dalla gravidanza o dalla maternità per la vita della donna e per la sua sanità psichica o mentale come un problema puramente medico e nel trascurare le condizioni nelle quali la donna avrebbe dovuto vivere durante la sua gravidanza e dopo il parto. Dopo qualche tempo, questa visione del problema appare sempre più artificiale e si ritiene normale di tener conto delle circostanze esteriori nella valutazione delle indicazioni mediche dell'interruzione della gravidanza. Queste « indicazioni mediche allargate » o « indicazioni medico-sociali » sono conformi allo spirito della definizione che l'Organizzazione mondiale della sanità dà della salute che è « uno stato di benessere fisico, mentale e sociale e non consiste solamente in una assenza di malattia o di infermità ».

4. – Ragioni eugenetiche.

In certi paesi, la previsione di una anomalia psichica o mentale del bambino che deve nascere è considerata come una ragione valida per interrompere la gravidanza. All'origine, le ragioni eugenetiche, tennero principalmente conto della trasmissione ereditaria, cioè genetica, del ritardo mentale, delle malattie mentali, dell'epilessia e delle gravi malformazioni psichiche.

Frattanto, dal 1940, questa concezione si è allargata per includere lesioni provocate « in utero » al feto, da agenti come dei medicamenti (talidomide); le irradiazioni ionizzanti e le infezioni virali (ai primi posti figura la rosolia). Le anomalie fetali, genetiche o no, non poterono essere previste fino ad epoca recente che come delle probabilità. Questo fatto ha portato a provocare indebitamente degli aborti ed a distruggere perciò, per errore, dei feti normali.

Nel corso degli ultimi anni è divenuto possibile identificare per lo meno qualche tipo di anomalia fetale (per esempio la sindrome di Dhawn) e numerose malattie metaboliche, per mezzo di colture cellulari e l'encefalia per mezzo degli ultrasuoni, il tutto, ad uno stadio sufficientemente precoce della gestazione, per permettere di interrompere la gravidanza prima che il feto sia idoneo alla vita extrauterina. La diagnosi delle malattie che riguardano il feto è oggi facilmente accertabile, tra la 14ª e la 16ª settimana della gestazione, attraverso l'amniocentesi che consiste nella raccolta e nell'esame del liquido amniotico.

5. – Ragioni umanitarie.

I termini « umanitario », « etico », « giuridico », sono stati ripetutamente applicati alle ragioni di interruzione della gravidanza risultante da violenza carnale, da incesto o da altri delitti sessuali. In certi paesi l'aborto in questi casi è giustificato.

6. – Ragioni sociali.

L'aborto nella storia dei costumi è strettamente legato alle condizioni sociali di un paese. Questo termine in genere si applica alle situazioni nelle quali lo scopo dell'aborto non è quello di salvaguardare il benessere psichico o mentale della donna incinta e della

sua famiglia, ma piuttosto quello di salvaguardare il benessere sociale. A prescindere da motivazioni dovute alla superstizione per cui ad esempio nell'isola del Madagascar fino al XVIII secolo venivano ancora soppressi i bambini nati durante i giorni di martedì, giovedì e sabato o durante la quaresima, o venuti alla luce in ore dominate da un maligno pianeta o in altri paesi africani dove si riteneva che non avessero diritto di vivere i nati da parto gemellare, in quanto si reputavano frutto di adulterio, l'aborto, nel caso in cui si riteneva che la nascita dei figli potesse essere di ostacolo al benessere dei genitori, è stato in uso fino a qualche secolo fa, specie in Oriente.

Si è infatti cominciato con il ritenerlo un atto di libera decisione, strettamente legato alle necessità della vita di relazione.

Già Aristotele insisteva nella opportunità di determinare il numero dei nati in uno stato. Così Platone. Per i romani l'aborto, prima dell'avvento del cristianesimo, era sostanzialmente tollerato. Anche in epoca relativamente recente, quando l'aborto rispondeva a precise finalità, veniva largamente tollerato in alcuni paesi. Così nell'isola di Ceylon, una legge vigente sino al XVIII secolo obbligava all'aborto le donne rimaste incinte prima del trentaseesimo anno di età. Così, sia pure con motivazioni diverse, in India, in Turchia ed in Cina. Non così in Occidente dove l'influenza del cristianesimo determinò una forte opposizione all'aborto specie in Francia, dove vennero severamente proibiti i responsabili e si arrivò dalle pene corporali e detentive anche alla pena di morte per i medici e le levatrici che avessero concorso a praticare l'aborto. Le cose cambiarono durante il periodo della rivoluzione francese. La donna che aveva abortito riusciva a sfuggire la pena, se denunciava i propri complici che venivano esemplarmente puniti. Ad una maggiore severità si ispirarono le leggi napoleoniche. Arriviamo così ai nostri giorni e mentre nel nostro paese, come poi diremo, vige ancora la legislazione del 1930, ispirata a criteri autoritari, estremamente contrastanti con la realtà sociale di un paese che nonostante i molteplici e gravi squilibri è notevolmente progredito dal punto di vista sociale e con l'evoluzione del costume, in altri paesi il problema è stato variamente affrontato ma sempre con criteri aderenti all'evoluzione dell'attuale società. Prima di passare ad un esame di diritto comparato è opportuno sottolineare che è difficile definire e misurare il benessere in funzione di elementi oggettivi quali l'età, la situazione matrimoniale, il numero dei figli, le rendite famigliari. Questo fa si che ai fini della regolamentazione dell'aborto, le ragioni sociali sono meno accettate di quelle mediche, eugeneiche e umanitarie.

Nei paesi in cui il principio viene accettato, la responsabilità della decisione è spesso lasciata alla donna incinta, alla famiglia ed al suo medico senza che siano esercitate pressioni ispirate da norme affettive. Le ragioni che possono essere considerate come valide dal punto di vista medico non sono necessariamente quelle che sono legalmente riconosciute valide in un determinato paese. Questi contrasti fanno sorgere dei problemi che i medici hanno variamente risolto: alcuni si astengono su questo elemento anche se ritengono che vi siano delle valide ragioni per praticare l'aborto; altri lo praticano apertamente, spesso contravvenendo alla legge. Altri ancora interrompono una gravidanza fondandosi su ragioni che esistono oggettivamente e sono legalmente ammesse senza per altro far caso al motivo principale che spinge la gestante. Le ripercussioni di queste pratiche sulla documentazione e sulle statistiche relative agli aborti sono evidenti.

7. — Regolamentazione legislativa.

L'interruzione della gravidanza forma l'oggetto di una regolamentazione legislativa nella maggior parte dei paesi. Questa legislazione va dal divieto totale alla libertà completa. Molti paesi hanno anche creato dei servizi ufficiali. Fra questi due estremi, altri legislatori si sono sforzati di precisare le circostanze specifiche nelle quali la gravidanza può essere interrotta lecitamente e di fissare una procedura di autorizzazione. Per cui si può ragionevolmente parlare di tre tesi: la tesi della libertà assoluta, intermedia e repressiva. In certi paesi, le leggi che vietano o limitano l'aborto sono parzialmente applicate, specie tra la clientela privata dei medici; per cui è difficile alle donne appartenenti agli strati socio-economici popolari che non possono ricorrere che ai servizi medici pubblici, di ottenere una interruzione della gravidanza in condizioni favorevoli dal punto di vista medico, mentre ciò è più facile per le donne che appartengono agli strati sociali più elevati di una stessa collettività. Ai fini della presente proposta può interessare sapere che la popolazione mondiale può essere divisa in tre parti, secondo il tipo di disposizioni legislative che regolamentano l'aborto. I due terzi circa della popolazione mondiale appartengono a paesi dove gli aborti provocati sono sia

totalmente vietati, sia autorizzati unicamente sull'indicazione medica più o meno strettamente interpretata. Per gli aborti legali la proporzione è generalmente inferiore alle 5 per 1.000 nascite viventi ed il tasso d'aborto inferiore allo 0,5 per 1.000 donne dai 15 ai 44 anni. In questi paesi, la grande maggioranza degli aborti provocati sono praticati illegalmente, spesso in cattive condizioni. Circa un trentesimo della popolazione mondiale appartiene a paesi o a circoscrizioni amministrative di paesi, nelle quali la legge ammette esplicitamente una interpretazione allargata delle indicazioni mediche e nelle quali, inoltre, sono riconosciute anche ragioni eugenetiche e umanitarie. Le proporzioni di aborto legale, in questi paesi, variano dal 30 all'80 per 1.000 nascite di bambini viventi e i tassi di aborto dal 2 all'8 per 1.000 donne in età di procreare. Questo gruppo di paesi è rappresentato tipicamente dagli Stati del Nord Europa e, dal 1968, dal Regno Unito. In alcuni di questi paesi, è avvenuto che la frequenza degli aborti illegali è diminuita negli ultimi anni e che la metà degli aborti provocati sono ora praticati negli ospedali.

Circa un ottavo delle popolazioni nordiche appartiene a paesi dove l'aborto è autorizzato per ragioni sociali largamente interpretate oppure dietro domanda della donna incinta. Là dove le statistiche sugli aborti legali sono pubblicate, viene messo in evidenza che la proporzione è generalmente superiore a 300 per 1.000 nascite viventi ed il tasso superiore a 20 per 1.000 donne in età di procreare. In questo gruppo di paesi che comprende il Giappone, l'URSS e la maggior parte dei paesi socialisti dell'Europa orientale, la maggior parte degli aborti provocati sono praticati in ospedali o cliniche o nei gabinetti medici equipaggiati per la piccola chirurgia. Esiste relativamente poco circa la legislazione e la pratica della Cina continentale.

8. — Frequenza dell'aborto provocato.

Si conosce molto male la frequenza degli aborti provocati nella maggior parte dei paesi dove sono praticati, il più delle volte, clandestinamente. Fra le donne che abortiscono con l'aiuto di persone non qualificate o da sole, una proporzione indeterminata, ma che rappresenta probabilmente una minoranza, in molti paesi, fa ricorso a cure mediche e può essere ricoverata in ospedale; inoltre, le pazienti che sono curate o ricoverate in ospedale sono difficili da distinguere dalle donne in cui l'aborto è spontaneo. Se è difficile ottenere informazioni degne di fede per mezzo di inchieste retrospettive e prospettive sugli aborti spontanei, le difficoltà sono ancora più grandi quando si tratta di aborti provocati. Allorché si studiano gli aborti provocati, leciti o no, bisogna distinguere il tasso d'aborto per 1.000 persone di popolazione generale o per 1.000 donne in età di procreare, e le proporzioni di aborti per 1.000 nascite viventi o 1.000 parti o ancora per 1.000 gravidanze.

Un esempio ci chiarirà il perché. Supponiamo di avere due popolazioni di un milione di persone ciascuna; nella prima abbiamo 45.000 nascite viventi e 9.000 aborti provocati; nella seconda abbiamo 15.000 nascite viventi e 6.000 aborti provocati. I tassi di aborti per 1.000 abitanti sono rispettivamente di 9,0 e di 6,0; mentre le proporzioni di aborti per 1.000 nascite viventi sono rispettivamente di 200 e di 400; la popolazione che ha il tasso di aborti più elevato, ha la proporzione di aborti più bassa. Per un tasso di aborti allo, la proporzione di aborti corrispondente è tanto più elevata quanto è più basso il tasso di mortalità.

Attualmente è impossibile ottenere una stima sicura del numero totale degli aborti provocati nel mondo. Diverse cifre sono state pubblicate, ma esse hanno solo un carattere congetturale. Nel corso degli ultimi anni, il numero degli aborti provocati, ha superato quello delle nascite viventi in molti paesi con mortalità basse.

In molti paesi in via di sviluppo, dove la mortalità è elevata, le proporzioni di aborti per 1.000 nascite viventi appaiono basse, ma i tassi di aborto per 1.000 abitanti possono essere alti come in certi paesi industrializzati o addirittura ancora più alti.

9. — Aborto provocato e contraccezione.

Le relazioni tra l'aborto provocato e la contraccezione presentano altre complessità. Queste due pratiche mirano ad evitare nascite non desiderate. Tra le popolazioni dove solo un piccolo numero di coppie cercano di limitare il numero dei figli, si nota che anche esse sono fra quelle il cui tasso di aborto provocato per 1.000 donne è tra i più elevati, ed è la stessa cosa per le proporzioni per 1.000 gravidanze. Le coppie che adottano precocemente la contraccezione e la praticano in modo regolare determinano, probabilmente, dei tassi di aborto provocato per 1.000 donne più bassi di quelle coppie che cominciano ad usare la contraccezione tardivamente. In Italia non è possibile effettuare una precisa rilevazione della

influenza dei contraccettivi sul numero degli aborti stante la recentissima liberalizzazione della vendita dei medesimi. Per altro l'uso dei contraccettivi comporta l'acquisizione di una serie di cognizioni e soprattutto una educazione in materia sessuale che solo dopo alcuni anni, potrà segnare una effettiva incidenza sulla procreazione.

10. Fattori sociali.

Non si hanno che poche notizie sulle differenze nel ricorso all'aborto secondo i caratteri socio-economici e culturali dei diversi gruppi e esse mal si prestano a generalizzazioni. Si è osservato che il tasso di aborti per 1.000 donne è massimo nelle popolazioni tra le quali la nozione di limitazione delle nascite è stata appena introdotta. Ad uno studio ulteriore, allorché la contraccezione viene effettivamente praticata dalla maggioranza delle coppie, il tasso di aborto diminuisce, ma non necessariamente la proporzione di aborti per 1.000 gravidanze. I dati frammentari che provengono dall'America Latina e dagli altri paesi in sviluppo appoggiano questa ipotesi. In generale, le proporzioni di aborto per 1.000 parti o gravidanze sembrano più alte nelle città che nei centri rurali.

11. – Mortalità dovuta ad aborti legali.

Le statistiche più attendibili sulla frequenza delle complicazioni precoci mentali si riferiscono agli aborti praticati legalmente negli ospedali; in effetti è l'unico caso in cui il numeratore (mortalità materna) ed il denominatore (aborti praticati legalmente negli ospedali) può essere determinato con precisione. Questa mortalità si è ridotta a valori estremamente bassi, secondo i rapporti provenienti dalle diverse regioni dell'Europa orientale dove esistono buone statistiche di stato civile. Su circa 2.564.000 aborti legali effettuati in Ungheria, Cecoslovacchia e Slovenia tra il 1957-67, si hanno solo 73 decessi, cioè un tasso del 3 per 100.000. In Giappone, le statistiche nazionali di mortalità rivelano, per il periodo 1959-1965, 278 decessi attribuiti ad aborti legali per 6.860.000 di questi aborti, cioè si ha un tasso del 4 per 100.000.

A titolo di paragone, il tasso di mortalità materna, per cause diverse dall'aborto è di circa 20 per 100.000 gravidanze nei paesi sviluppati dotati di servizi ostetrici soddisfacenti, e superiore a 200 per 100.000 nei numerosi paesi meno sviluppati. Nell'Europa settentrionale, l'aborto legale fatto in ospedale comporta un tasso di mortalità nettamente superiore: circa 40 per 100.000 in due paesi agli inizi degli anni 60 (21 decessi per 52.300 aborti legali). Questa differenza può essere dovuta in parte al fatto che un gran numero di questi aborti è stato praticato al secondo trimestre della gravidanza mentre nell'Europa orientale ed in Giappone quasi tutti gli aborti legali sono effettuati al primo trimestre.

A tal fine ci sembra utile riportare due tavole relative al numero di aborti a seconda dell'età e della qualità della donna (nubile o sposata) e relative al tasso di mortalità in Inghilterra per ogni milione di aborti in relazione alle affezioni riscontrate.

ABORTION IN BRITAIN

I

Women, unspecified	5
Unmarried: age unspecified	6
25 and over	5
21-24	18
16-20	22
under 16	5
Married: no mention of children	10
with one child	2
with two children	4
with three children	2
with four children	3
with six children	2
with eight children	1

ABORTION IN BRITAIN

II

Causes of death	Rate per million
All causes	975
Neoplasms	327
Accidents, poisoning and violence	158
Circulatory system	136
Central nervous system	92
Respiratory system	65
Allergic and endocrine	37
Genito-urinary	36
Digestive	34
Infective and parasitic	29
Deliveries and complications of childbirth	25
Congenital malformations	18
Blood	6
Abortion	5
Bone and movement	5
Mental	4
Skin	2
Ill-defined	1

12. – LA SITUAZIONE LEGISLATIVA DELL'ABORTO IN ITALIA.

Per il diritto penale è aborto l'interruzione volontaria del processo fisiologico della gravidanza con la conseguente morte del prodotto del concepimento.

Secondo la dottrina tradizionale e la maggior parte delle codificazioni tale delitto è collocato tra i delitti contro la persona, poiché il bene giuridico protetto dalla norma è costituito dalla vita umana sin dalla nascita.

Il codice del 1930 tutt'ora in vigore, sotto la spinta delle ideologie del cessato regime fascista, ha invece ritenuto di collocare questo reato, insieme con pochi altri, in quella nuova classe di reati che vanno sotto il nome di « delitti contro la integrità e sanità della stirpe ». Tale codice distingue tre specie di aborto: l'aborto di donna non consenziente (articolo 545 del codice penale); l'aborto di donna consenziente (articolo 546) e l'aborto procuratosi dalla donna (articolo 547) a cui si aggiungono due fattispecie ausiliarie: l'istigazione all'aborto (articolo 548) e gli atti abortivi su donna ritenuta incinta (articolo 550).

Questa regolamentazione, per la gravità delle pene previste, per la sua classificazione, per la entità, vastità e gravità del problema, è rimasta, come vedremo pressoché inoperante, destando forti polemiche sul piano giuridico e sociale.

Infatti noi sappiamo che nonostante le gravi pene l'aborto è largamente praticato in Italia. Quanti sono gli aborti praticati in Italia? Sono moltissimi anche se non è possibile accertarne con precisione il numero stante il vincolo di omertà che impegna coloro che hanno concorso a praticarlo e la gestante.

Le cifre che vengono fatte dagli specialisti in occasione dei vari Congressi, suffragate da elementi estremamente attendibili, sono impressionanti.

Si calcola che ogni giorno in conseguenza di pratiche abortive che in Italia vengono significativamente chiamate, « fabbrica degli angeli », vengono effettuati circa 5.000 aborti al giorno. Dal milione e mezzo ai due milioni di aborti all'anno. Si calcola che in certi ambienti sociali, specie nei quartieri più poveri e nelle campagne ogni donna dai 16 ai 30 anni abbia avuto un minimo di uno o due aborti!

In questo numero si devono ricomprendere anche gli aborti spontanei che come vedremo sono però solo circa 150.000 all'anno. Si calcola che 20-25 mila donne muoiano, ogni anno, in seguito ad infezioni od emorragie conseguenti dall'aborto, anche perché spesso gli aborti vengono ancora praticati al di fuori degli ospedali o di case di cura, da praticoni o « mammane » con mezzi rudimentali e con tecniche pericolosissime.

La dimostrazione più impressionante della desuetudine in cui sono cadute le norme penali sull'aborto, e della gravità del problema, è costituita dalle recentissime ed autorevoli statistiche che seguono, relative agli anni 1967-1968-1969 ed in particolare dell'enorme divario tra gli aborti spontanei (150.000 circa) e quelli provocati (circa 1.500.000) ed il numero davvero insignificante di aborti terapeutici e delle denunce alla autorità giudiziaria per aborti criminosi.

Statistica aborti

REGIONE	Anno 1967			Anno 1968			Anno 1969		
	Spontanei	Terapeutici	A.G.	Spontanei	Terapeutici	A.G.	Spontanei	Terapeutici	A.G.
Piemonte	7.822	25	7	8.459	20	5	9.120	25	10
Valle d'Aosta . . .	239	—	—	243	—	—	269	1	—
Liguria	4.025	14	2	3.391	19	2	4.021	20	1
Lombardia	19.640	20	6	20.226	10	8	20.639	16	23
Veneto	8.931	4	—	8.635	2	2	9.156	4	1
Friuli-Venezia Giulia	2.351	9	18	2.432	20	22	2.482	17	32
Emilia	9.158	25	2	9.565	23	—	9.977	14	3
Toscana	7.992	52	15	8.863	55	13	7.711	37	—
Marche	3.291	15	5	3.240	11	—	7.711	11	—
Umbria	2.114	1	1	2.213	1	1	2.169	11	—
Lazio	11.621	7	9	12.726	9	35	13.160	8	29
Abruzzi	2.656	1	6	2.676	2	5	2.905	—	14
Campania	18.690	30	60	19.314	8	43	18.373	5	4
Puglie	17.721	23	—	16.976	17	2	17.908	—	1
Lucania	1.777	1	1	1.465	1	4	1.386	—	9
Calabria	5.838	17	26	4.170	16	6	5.663	24	3
Sicilia	19.706	2	75	18.598	1	46	16.059	1	49
Sardegna	4.771	—	—	4.791	1	1	4.679	1	—
Totale . . .	150.382	250	235	150.792	220	196	155.109	205	183

Queste statistiche dimostrano la entità della frattura tra la legislazione esistente e la realtà del paese, la scarsa o nulla efficacia intimidatoria di una normativa repressiva ormai superata dalla coscienza del paese e dal costume. Il problema della interruzione illegale della gravidanza, non si può risolvere con indiscriminate norme intimidatorie, ma solo attraverso una vasta azione educativa di cui occorre concretamente predisporre gli strumenti ed attraverso una legge che senza porre in discussione principi filosofici o teologici ed il principio del rispetto assoluto della vita umana e senza pretendere di affrontare il problema attuale ma complesso, della pianificazione delle nascite in relazione alle risorse umane, dia una risposta immediata, seria, ed adeguata, al di fuori di ogni ipocrisia, alla realtà del nostro paese, fissando i casi specifici in cui eccezionalmente per comprovate ragioni mediche, eugenetiche, umanitarie, sociali e famigliari, l'aborto terapeutico è giustificato e le garanzie mediche per la effettiva interruzione della gravidanza.

La riforma del diritto di famiglia, rimarrebbe incompleta, la conclamata parità dei coniugi rimarrebbe una affermazione astratta, se non si affrontasse concretamente il problema dell'aborto terapeutico.

Questa proposta di legge, accogliendo una esigenza sempre più sentita dalla opinione pubblica e su cui, negli ultimi tempi, si è sviluppata una vasta campagna da parte di movimenti femminili, con l'adesione di eminenti medici e sociologi, vuole essere un primo contributo al raggiungimento di questo obiettivo.

La proposta di legge si compone di 9 articoli.

L'articolo 1 indica i casi in cui l'aborto terapeutico è consentito. I casi sono quattro.

Sotto l'aspetto terapeutico l'aborto è consentito allorché la prosecuzione della gravidanza comporterebbe per la madre, pericolo di vita o grave danno anche per complicazioni lontane, alla sua salute fisica o psichica.

Sotto l'aspetto eugenetico tutte le volte che si è riconosciuta l'esistenza di un'embriopatia incurabile o di una malattia metabolica ereditaria o di un'aberrazione cromosomica da cui derivi una anomalia fisica o psichica tale da determinare una grave minorazione del prodotto del concepimento.

Attualmente con l'amniocentesi (raccolta ed esame del liquido amniotico) effettuata tra la quattordicesima e la sedicesima settimana, si possono accertare, con assoluta sicurezza, una serie di malattie metaboliche ereditarie e di aberrazioni cromosomiche che comportano o la morte precoce oppure minorazioni fisico-mentali di carattere permanente.

L'aborto, in questi casi, corrisponde a fini preminentemente etici, diretti ad evitare che la nascita di un bimbo, con gravi malformazioni, possa avere conseguenze disastrose sulla famiglia e sul bambino stesso.

Per altro mentre attualmente la donna che ha avuto un bambino affetto da gravi malformazioni si sforzerà di evitare ulteriori gravidanze, nei casi prospettati, la gestante, con l'amniocentesi potrà accertarsi dell'assenza o meno di malattie fetali ed in caso positivo, potrà, tranquillamente, portare a termine la gravidanza, evitando tra l'altro, comprensibili stati di nevrosi che spesso determinano disturbi psichici di carattere permanente.

L'ultimo caso che chiameremo di carattere eugenetico-socio-economico riguarda la donna che ha avuto già cinque figli viventi o che si trovi in condizioni economiche od ambientali così precarie da pregiudicare la normale gestazione o il prodotto del concepimento od arrecare grave danno alla famiglia. Il collegamento della norma con elementi oggettivi quali la presenza di almeno cinque figli viventi o di condizioni economiche od ambientali negative, impedisce qualsiasi generalizzazione. L'articolo 2 fissa il termine massimo entro cui la gravidanza può essere interrotta; termine che viene fissato in 14 settimane dall'amenorrea. Altre legislazioni prevedono termini più lunghi, ma a noi è sembrato giusto stabilire il termine di 14 settimane come quello che per lo stato iniziale dell'embrione, è sotto il profilo medico e sotto qualsiasi altro profilo, il più indicato.

Il termine viene, eccezionalmente, elevato a 18 settimane nel caso di interruzione dovuta a malattie eugenetiche che comportano particolari e laboriose ricerche che possono essere effettuate solo in ospedali previsti di particolari attrezzature come ad esempio gli ospedali regionali.

L'articolo 3 prevede che l'interruzione della gravidanza possa essere praticata per evidenti motivi igienici e di sicurezza ed anche economici, stante le attuali ignobili speculazioni, presso ogni ente ospedaliero, previsto dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132, che come è noto prevede ospedali di zona, provinciali e regionali.

Gli articoli 4, 5, 6 e 7 riguardano la procedura per l'interruzione della gravidanza. Elementi importanti sono:

1) la formazione da parte delle amministrazioni ospedaliere di una commissione composta da un medico specialista in ostetricia-ginecologia, un medico internista ed un assistente sociale. Il medico internista deve essere sostituito dal pediatra nel caso di malattie fetali. La commissione, a suo giudizio insindacabile, può servirsi della collaborazione di uno specialista della malattia denunciata che in tal caso partecipa alla decisione;

2) le decisioni della commissione sono collegiali e non impugnabili;

3) la decisione della commissione con l'osservanza del segreto deve essere comunicata agli interessati;

4) la legittimazione a proporre la richiesta spetta alla donna ed al padre esercente la patria potestà o da chi ne fa le veci od al rappresentante legale nel caso di donna incapace di intendere o di volere;

5) la richiesta deve essere accompagnata dalla dichiarazione di un medico anche quando è proposta oralmente.

L'articolo 8 si riferisce, ampliandolo, all'aborto terapeutico praticato in caso di necessità che costituisce l'unico motivo di giustificazione secondo l'attuale legislazione. In questo caso la richiesta del parere della commissione non è necessario. Qualsiasi medico abilitato alla professione, può intervenire immediatamente, restando a suo carico solo l'obbligo di fare denuncia dell'intervento al medico provinciale per ogni possibile eventuale controllo.

L'articolo 9 si riferisce all'obiezione di coscienza che viene inserita in molte legislazioni, non potendosi costringere alcuno, tranne che nel caso di necessità, ad interrompere una gravidanza nei casi consentiti dalla legge, qualora abbia una obiezione di coscienza nei confronti dell'aborto.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

Le norme previste dagli articoli 546, 547, 548 e 549 del codice penale, non si applicano quando l'aborto venga effettuato nei casi seguenti:

1) quando il proseguimento della gravidanza comporterebbe per la madre, anche per complicazioni future, pericolo di vita o grave danno alla salute fisica o psichica;

2) quando sia riconosciuta l'esistenza di una embriopatia incurabile o di una malattia metabolica ereditaria o di una aberrazione cromosomica da cui derivi una anomalia fisica o psichica tale da determinare una grave minorazione del prodotto del concepimento;

3) quando la gravidanza è la conseguenza dei delitti previsti dagli articoli 519 e 564 del codice penale;

4) quando la donna abbia cinque figli viventi o si trovi in condizioni economiche, ambientali o famigliari così disagiate da arrecare pregiudizio allo svolgimento normale della gestazione od al prodotto del concepimento o grave danno alla famiglia.

ART. 2.

L'interruzione della gravidanza nei casi previsti dall'articolo 1 deve essere compiuta entro e non oltre la 14ª settimana di amenorrea. Viene fatta eccezione per l'aborto dovuto a cause eugenetiche che può essere effettuato entro e non oltre la 18ª settimana.

ART. 3.

L'interruzione della gravidanza può essere, esclusivamente praticata, presso un ente ospedaliero riconosciuto tra quelli indicati dall'articolo 20 della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

ART. 4.

Presso ciascun ente ospedaliero è costituita una commissione composta da un medico specialista in ostetricia-ginecologia, da un medico internista e da un assistente sociale designati dal consiglio di amministrazione del-

l'ente secondo le norme previste dall'articolo 10 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, a cui spetta di decidere sulle richieste di interruzione della gravidanza. Il medico internista deve essere sostituito da un medico specialista in pediatria, nel caso di interruzione della gravidanza per ragioni eugenetiche.

La commissione, a suo giudizio insindacabile, può servirsi della collaborazione di uno specialista della malattia denunciata che in tal caso fa parte integrante della commissione e partecipa alla decisione.

ART. 5.

La decisione della commissione deve essere comunicata agli interessati tenendo presente l'osservanza dei termini di cui all'articolo 2. La decisione non è impugnabile.

ART. 6.

La donna che intende richiedere la interruzione della sua gravidanza deve farne richiesta alla commissione prevista dall'articolo 4 allegando alla richiesta la dichiarazione di un medico.

Nel caso di donna incapace di intendere e di volere la richiesta deve essere fatta dal padre o da chi ne fa le veci o da chi ne fa comunque la rappresentanza legale. La richiesta può essere fatta anche oralmente ma deve essere sempre accompagnata da una dichiarazione del medico. La richiesta deve essere registrata dalla commissione su di un apposito registro con la data di presentazione.

ART. 7.

I membri della commissione sottopongono ad esame anche separato e ad ogni accertamento utile, la richiedente. Esauriti gli esami e gli eventuali accertamenti, la commissione, nel più breve tempo possibile, esprime collegialmente la propria decisione che rimane agli atti della commissione. Copia della decisione viene comunicata alla richiedente.

ART. 8.

Le disposizioni relative alla richiesta del parere alla commissione medica, non si applicano all'interruzione della gravidanza praticata da un medico abilitato all'esercizio della professione anche al di fuori dei casi

previsti dall'articolo 54 del codice penale quando questi abbia fondati motivi per ritenere che l'interruzione debba essere effettuata immediatamente, al fine di salvare la vita o scongiurare una grave menomazione fisica o psichica della gestante. In questo caso dell'intervento deve essere data comunicazione al medico provinciale nei termini stabiliti dall'articolo 103 comma *b*) del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265.

ART. 9.

Nessun medico od altra persona, può essere tenuta, per contratto, disposizioni regolamentari od altra norma di legge, a praticare la interruzione della gravidanza nei casi consentiti dalla presente legge, qualora abbia una obiezione di coscienza nei confronti di essa eccettuato il caso previsto dall'articolo 8 della presente legge.