CONSIGLIO NAZIONALE DELLE DONNE ITALIANE
VIA ENNIO QUIRINO VISCONTI, 55 — 00193 ROMA
C.N.D.I.

PIANIFICAZIONE DELLA FAMIGLIA E ABORTO

Aspetti giuridici, medici ed etico-sociali

Dibattito tenuto a Milano il 20 maggio 1972 nella Sala della Unione Artigiani della Provincia di Milano - Piazzetta Pattari, 4

ROMA 1972

ASSR

LEGISLAZIONE SULL'ABORTO NEL MONDO

EUROPA

Albania	Aborto legale.
Austria	Aborto legale.
Belgio	Aborto illegale, ma non strettamente perseguito.
Bulgaria	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per motivi eugenetici, etici e medico-sociali.
Cecoslovacchia	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per motivi eugenetici, etici e medico-sociali.
Danimarca	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per motivi eugenetici, etici e medico-sociali.
Finlandia	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per motivi eugenetici, etici e medico-sociali.
Francia	Aborto legale, unicamente per salvare la vita della matre.
Germania (R. D.)	Aborto legale, per motivi clinici, eugenetici e medico-sociali e su richiesta senza prove.
Germania (Federale)	Aborto legale, unicamente per salvare la madre.
Islanda	Aborto legale, per proteggere la salute della madre e per motivi etici.
Grecia	Aborto legale, per proteggere la salute della madre.
Italia	Aborto legale, unicamente per salvare la vita della madre.
Jugoslavia	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per motivi eugenetici, etici e medico-sociali.
Lussemburgo	Aborto illegale.
Malta	Aborto illegale.
Norvegia	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per motivi eugenetici, etici e medico-sociali.
Paesi Bassi	Aborto legale, solo per salvare la vita della madre.
Polonia	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per motivi eugenetici, etici e medico-sociali.
Portogallo	Aborto illegale.
Repubblica Irlandese	Aborto illegale.
Regno Unito (Gr. Br.)	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per motivi eugenetici e medico-sociali.
Romania	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per motivi eugenetici, etici e medico-sociali.
Spagna	Aborto illegale.

Svezia	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per motivi eugenetici, etici e medico-sociali.
Svizzera	Aborto legale, per proteggere la salute della madre e per motivi medico-sociali.
Ungheria	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per motivi eugenetici, medico-sociali e su richiesta senza prove.
U.R.S.S.	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per motivi eugenetici, medico-sociali e su richiesta senza prove.

AFRICA

Algeria	Aborto legale.
Bostwana	Aborto legale, per ragioni cliniche.
Burundi	Aborto legale.
Camerun	Aborto legale, per proteggere la salute della madre e per motivi etici.
Ciad	Aborto legale.
Congo	Aborto legale.
Costa d'Avorio	Aborto legale.
Dahomey	Aborto illegale.
Egitto	Aborto legale, per proteggere la salute della madre.
Etiopia	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, pena ridotta in alcuni casi.
Gabon	Aborto legale.
Gambia	Aborto legale, per ragioni cliniche.
Ghana	Aborto legale, per proteggere la salute della madre.
Guinea	Aborto legale.
Guinea Equatoriale	Aborto illegale.
Kenia	Aborto legale, per proteggere la salute della madre.
Lesotho	Aborto legale, per motivi clinici.
Liberia	Aborto legale, per proteggere la salute della madre.
Libia	Aborto legale.
Malawi	Aborto legale, per ragioni cliniche.
Mali	Aborto legale.
Marocco	Aborto legale, per proteggere la salute della madre.
Mauritania	Aborto legale.
Maurizio	Aborto illegale.
Niger	Aborto legale.
Nigeria	Aborto legale, per proteggere la salute della madre.

ASSR

Repubblica Centrale Africana	Aborto legale.
Repubblica Malgascia	Aborto illegale.
Reunion	Aborto illegale.
Ruanda	Aborto legale.
Senegal	Aborto legale.
Seychelles	Aborto legale, per ragioni cliniche.
Sierra Leone	Aborto legale, per proteggere la salute della madre.
Somali	Aborto legale.
Sud Africa	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, pena ridotta in alcuni casi.
Sudan	Aborto legale.
Swaili	Aborto legale, per ragioni cliniche.
Tanzania	Aborto legale.
Togo	Aborto legale.
Tunisia	Aborto legale, per proteggere la salute della madre e per motivi medico-sociali, incluso l'insuccesso dei metodi anticoncezionali.
Uganda	Aborto legale, per proteggere la salute della madre e per motivi eugenetici.
Volta Superiore	Aborto legale.
Zaire	Aborto legale.
Zambia	Aborto legale, per motivi clinici.

AMERICHE

Argentina	Aborto legale, per proteggere la salute della madre e per motivi etici.
Bolivia	Aborto illegale.
Brasile	Aborto legale, per motivi etici.
Canada	Aborto legale, per proteggere la salute della madre.
Cile	Aborto legale.
Colombia	Aborto illegale, ma pena ridotta in alcuni casi.
Costarica	Aborto legale, per proteggere la salute della madre.
Cuba	Aborto legale, per proteggere la salute della madre e per motivi eugenetici ed etici.
Equador	Aborto legale, per proteggere la salute della madre e per motivi etici.
El Salvador	Aborto legale, per proteggere la salute della madre e per motivi eugenetici.
Giamaica	Aborto legale per proteggere la salute della madre.

Guadalupa	Aborto legale.
Guatemala	Aborto illegale.
Haiti	Aborto illegale.
Honduras	Aborto legale, per proteggere la salute della madre.
Messico	Aborto legale, per motivi etici.
Montserrat	Aborto legale, per motivi clinici.
Nicaragua	Aborto legale.
Panama	Aborto illegale.
Paraguay	Aborto legale.
Perù	Aborto legale, per proteggere la salute della madre.
Portorico	Aborto legale.
Repubblica di San Domingo	Aborto illegale.
Trinidad e Tobago	Aborto legale, per proteggere la salute della madre.
Uruguay	Aborto legale per proteggere la salute della madre, per ragioni etiche e sociali.
U.S.A.	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per ragioni eugenetiche ed etiche (in alcuni stati liberalizzazione completa).
Venezuela	Aborto legale.

ASIA ED OCEANIA

Afganistan	Aborto legale, per proteggere la salute della madre.
Arabia Saudita	Aborto illegale.
Australia	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per motivi eugenetici (nell'A. Meridionale anche sociali).
Bahrain	Aborto legale.
Burma	Aborto illegale.
Cambodgia	Aborto legale.
Ceylon	Aborto legale, per proteggere la salute della madre.
Cina	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per motivi eugenetici ed etici, medico-sociali ed a richiesta.
Cipro	Aborto legale.
Corea del Sud	Aborto illegale.
Corea del Nord	Aborto illegale.
Figi	Aborto legale.
Filippine	Aborto illegale.
Giappone	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per motivi eugenetici ed etici e medico-sociali.
Giordania	Aborto illegale (in pratica tollerato per ragioni etiche).

Hong Kong	Aborto illegale.
India	Aborto legale, per ragioni di protezione della salute della madre, per motivi eugenetici ed etici e per motivi medico-sociali, incluso l'insuccesso di pratiche anticoncezionali.
Indonesia	Aborto illegale, ma tollerato nella pratica.
Iran	Aborto legale.
Iraq	Aborto legale, per motivi etici.
Kuwait	Aborto legale.
Laos	Aborto illegale.
Libano	Aborto illegale, ma nella pratica tollerato per motivi etici.
Malesia	Aborto illegale, ma nella pratica tollerato per motivi clinici.
Mongolia	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per motivi eugenetici ed etici.
Nepal	Aborto legale, per proteggere la salute della madre.
Nuova Zelanda	Aborto legale.
Pakistan	Aborto legale.
Singapore	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per motivi eugenetici, etici e medico-sociali.
Siria	Aborto illegale.
Taillandia	Aborto illegale.
Taiwania	Aborto illegale.
Turchia	Aborto legale, per proteggere la salute della madre, per motivi eugenetici, incluso l'insuccesso dei metodi anticoncezionali.
Vietnam del Nord	Aborto illegale.
Vietnam del Sud	Aborto illegale.
Yemen	Aborto legale.

BIBLIOGRAFIA INTERNAZIONALE

ABORTION LAW REFORM ASSOCIATION: *A guide to the Abortion Act, 1967*, London 1968.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION: *Committee on Human Reproduction*, « J. Amer. Med. Ass. », 201, 134, 1967.

BARTOLOZZI G., CREMISCINI R.: *L'assistenza al bambino in Toscana*, « Riv. Clin. Pediatr. », 81, 41, 1968.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION: *Committee on Therapeutic Abortion*, « Brit. Med. J. », I, 171, 1968.

CALLAHAN D.: *Abortion Law, Choice and Morality*, London, Macmillan, 1970.

CHANDRASEKHAR S.: *Abortion in India* (in Hall R.E., ed.) *e Abortion in a changing world*, New York and London, Columbia University Press, p. 245, 1970.

DELMAS J., DOUBLEN-ROLLIER A.: *L'Avortement*, Paris, Casterman, 1970.

D'ANDREA R.: *Gli steroidi orali ovariostatici*, « Ann. San. Pubbl. », 28, 791, 1967.

D'ANDREA R.: *Orientamenti e prospettive di igiene e di educazione sanitaria nella prevenzione della mortalità perinatale*, « Ann. Med. e Ig. », 6, 577, 1968.

D'ANDREA R.: *Problemi di Sanità Pubblica in rapporto alle nuove vedute sui farmaci antiovulatori*, « Ann. Med. e Ig. », 6, 616, 1968.

DAVID H.P.: *Family planning and abortion in the socialist countries of Central and Eastern Europe*, New York, The Population Council, p. 46, 1970.

DE TONI G., ARCARISI G., SICCHIERO C.: *L'attuale situazione della mortalità infantile in Italia. Come è considerato il problema in alcune nazioni straniere più progredite*. Relaz. al Congr. internazionale di Pediatria e di Puericultura (Imperia-San Remo, 7-8 dicembre 1970), in « Not. S.I.P. », 4, 357, 1970.

FANCONI G., WALLGREN A.: *Trattato di Pediatria*, Ed. Vallardi, Milano, vol. I, 1966.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION: *Report of the Oral Contraceptives by Advisory Committee on Obstetrics and Gynecology*, U.S. Government Printing Office, 1966.

HANKINSON R. K. B. et AL.: *Proceedings of the Eight International Conference of the International Planned Parenthood Federation*, Santiago, 9-15 aprile 1967.

HERSCHLER L.: *Spontaneous and Induced abortion in Eastern Europe*, Document de Travail OMS non pubbl. HR/SC-AB/69, 5, 1969.

HUNTFORT P. O., PRIBERMAN J.: *Abortion in Western Europe*, (in Hall R.E. ed.) - *Abortion in a changing world*, New York and London, Columbia University Press, I, 325, 1970.

KLEEMAN R. I.: *Abortion - Classification and Techniques*, London, IPPF, 1971.

LUCAS R.: *Laws of the United States*, (in Hall R.E., ed.) - *Abortion in a changing world*, New York and London, Columbia University Press, I, 126, 1970.

MEDICAL PROTECTION SOCIETY: *The Abortion Act, 1967*. Proceedings of a Symposium held at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, 7 february 1969 - London, Pitman Medical Publishing Co. Ldt.

652

MEHLAN K. H.: *Abortion in Eastern Europe*. In: *Hall R.E. ed. Abortion in a changing world*, New York and London, Columbia University Press, I, 302, 1970.

MINISTERO DELLA SANITÀ: *Impiego degli anticoncezionali e problemi che ne derivano per la Sanità Pubblica*. Relaz. della Direz. Gen. dei Serv. Ig. Pubbl. ed Ospedali, « Not. Amm. San. », 20, 2, 1967.

MINISTERO DELLA SANITÀ: *Relazione del Comitato per lo Studio dei metodi anticoncezionali del Consiglio Superiore di Sanità ai quesiti posti dal Ministero della Sanità*, « Not. Amm. San. », 20, 82, 1967.

MURAMATSU M.: *Abortion in Japan*. In: *Hall R.E. ed. Abortion in a changing world*, New York and London, Columbia University Press, I, 260, 1970.

NAZER I.: *Report of the IPPF Seminar on Induced Abortion - a hazard to Public Health*, Beirut, febbraio 1971.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ: *Aspects cliniques de l'utilisation des gestagènes oraux*. Série de Rapports techniques, n. 326, Ginevra 1966.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ: *La contraception par les stéroïdes hormonaux*. Série de Rapports techniques, n. 386, Ginevra 1968.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ: *La législation de l'avortement dans le monde*, « Rec. int. Lég. sanit. », 21, 461, 1970.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ: *Spontaneous and induced abortion*. Série de de Rapports techniques, n. 461, 1971.

OVERSTREET E. W.: *Experience with California's new therapeutic abortion law*. In: Sobrero A. J., Mckee C. eds. *Advances in Planned Parenthood*, vol. V., Amsterdam and New York, Excerpta Medical Foundation, p. 190, 1970.

PINCUS G.: *The control of fertility*, Academis Press, New York, London 1965.

POTTS D. M.: *Post-conceptive control of fertility*, International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 1970, p. 137 - 43.

PRIDHEDA L. S.: *Le nouveau-né à risques périnataux élevés*, « Revue Medicale de la Suisse Romande », 2, 415, 1968.

PUNTONI V.: *Trattato di Igiene*, ed. Tuminelli, Roma, vol. 1, 581, 1962.

SCIANCA F., SPALATIN G.: *L'assistenza sanitaria nell'Unione Sovietica*, « Notiz. Amm. Sanit. », 2-3, 1, 1969.

SEGHORINI L. F., PIN R., ARMIGLIO B.: *Alcuni aspetti della natimortalità a Firenze fra il 1945 e il 1962*, « Ann. San. Pubbl. », 25, 931, 1964.

SKALTS V., NORGAARD M.: *Abortion legislation in Denmark*, in: *Smith D.T. Abortion and the Law*, Cleveland, The Press of Western Reserve University, p. 144, 1967.

TIETZE C.: *Abortion laws and abortion practices in Europe*, in: Sobrero A. J., Mckee C. eds., *Advances in Planned Parenthood*, vol. V, Amsterdam.

TIETZE C.: *Early complications of abortion under medical auspices: a preliminary report*. Stulies in Family Planning, vol. 11, 1971, p. 137 - 43.

Estratto da:

D'ANDREA R.: *La profilassi Eugenica alla luce della Legislazione Internazionale*, « Annali della Sanità Pubblica », vol. XXXII, n. 1, Gennaio-Febbraio 1971.

Tullia Carettoni - Simone Gatto

L'ABORTO
PROBLEMI E LEGGI

569

(Sulla scorta della « Raccolta internazionale di legislazione sanitaria » pubblicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra, 1970).

Europa occidentale

Regno Unito

Nel Regno Unito, prima della promulgazione della legge del 1967 sull'aborto, la questione dell'interruzione della gravidanza era regolata essenzialmente dall'articolo 58 dell'« Offences against the Person Act » del 1861, che prevedeva che ogni aborto procurato « illegalmente » fosse un crimine punibile con la prigione a vita; tuttavia non era data alcuna definizione del termine « illegalmente ».

Nel 1938, tuttavia, in occasione del giudizio del celebre affare Bourne, il tribunale decise di ammettere come regola del diritto che un aborto eseguito in « buona fede », per salvare la vita della madre, doveva essere considerato legale.

Per citare i termini stessi di questa decisione, si precisava che, quando un medico stima che il proseguimento della gravidanza avrà come conseguenza probabile di rovinare la salute fisica e mentale della donna, la giuria avrà la capacità legale di considerare che quel medico... agisce per preservare la vita della madre.

Nell'affare in questione, un famoso ginecologo, M. Aleck Bourne, aveva praticato l'aborto alla giovane figlia di 14 anni che era rimasta vittima di una violenza multipla.

Questa decisione ha costituito un caso fondamentale di giurisprudenza.

Nondimeno, nonostante questo precedente, il numero effettivo degli aborti terapeutici non è aumentato che in deboli proporzioni fino alla promulgazione della legge del 1967. Così il numero di questi interventi praticati negli ospedali del Servizio di Sanità dell'Inghilterra e dei Paesi del Galles, non era che 1570 nel 1958 per elevarsi a 2830 nel 1962 e a 6380 nel 1966.

Questi dati non tengono naturalmente conto degli aborti terapeutici « privati », il cui numero era valutato, nel 1966, non meno di 15.000.

A titolo di paragone, il numero degli aborti illegali in Inghilterra e nei Paesi del Galles, negli anni che precedono la riforma del 1967, si aggirava dagli 80.000 ai 100.000 ogni anno, benché, come sottolineano molti autori, fosse estremamente difficile pervenire a una stima precisa del numero di questi interventi.

Nei 18 mesi seguenti all'entrata in vigore della legge del 1967 sull'aborto, furono praticati in tutto 65.241 interventi d'interruzione di gravidanza.

È interessante notare che secondo un rapporto statistico pubblicato nell'agosto del 1970, 1.309 dei 23.641 aborti, praticati nei primi otto mesi che seguirono alla applicazione della nuova legge, furono eseguiti su donne che non risiedevano in Inghilterra e nei Paesi del Galles.

La legge del 1967 sull'aborto (che, cosa da sottolineare, è applicabile in Inghilterra, Paesi del Galles e Scozia, esclusa Irlanda del Nord) ha suscitato numerosi commenti nella stampa medica britannica e straniera ed è, senza alcun dubbio, chiamata ad influenzare la legislazione di numerosi paesi.

Si è già rilevata incontestabilmente questa influenza nella nuova legislazione di Singapore e dell'Australia del Sud e nel progetto di legge sull'interruzione medica della gravidanza presentata davanti al Parlamento indiano e in un testo promulgato nel 1969 nell'Oregon.

La legge del 1967 contiene elementi innovatori specialmente all'art. 1, dove si precisa che i medici chiamati a dare il loro parere, in caso d'indicazioni mediche diverse da quelle che mirano a salvaguardare la vita della donna, debbono ponderare i rischi relativi alla continuazione della gravidanza e della sua eventuale interruzione.

In un opuscolo, contenente raccomandazioni per l'applicazione di questa legge, pubblicato dall'Abortion Law Reform Association,[1] è specificato che esistono senza alcun dubbio troppo poche indicazioni mediche costituenti un motivo assoluto d'interruzione della gravidanza dal punto di vista del « rischio per la vita della donna incinta ».

I tumori maligni e in particolare il cancro del seno sono ordinariamente il motivo medico che s'impone in maniera primaria per giustificare in questo caso un'interruzione di gravidanza.

Questo opuscolo ricorda inoltre che il Comitato per l'Aborto terapeutico dell'Associazione Medica Britannica ha enumerato un certo numero di affezioni somatiche che possono, tenuto conto della loro gravità, costituire ugualmente una indicazione a questo riguardo.

Queste affezioni comprendono soprattutto i casi di collasso cardiaco, malattia reumatica del cuore, cardiopatia congenita, ipertensione polmonare, ipertensione (complicata da collasso cardiaco o insufficienza renale), epatite acuta, ecc. L'interruzione della gravidanza può inoltre diventare necessaria quando s'imponga un inter-

1. Abortion Law Reform Association (1968), *A guide to the Abortion Act*, 1967, Londra.

656

vento chirurgico per affezioni addominali acute, dovute a una pancreatite acuta o ulcera gastrica perforante o colite ulcerosa.

La gravidanza può, d'altronde, costituire un danno per la vita in un certo numero di donne, specialmente per le multipare che hanno avuto parti lunghi e difficili e per coloro che hanno avuto parti complicati da emorragie postpartum. Per valutare il rischio che la gravidanza comporta per la vita della donna, sarà necessario in tutti i casi il parere d'uno specialista.

Per quanto concerne l'« attentato alla salute fisica e mentale della donna incinta », l'opuscolo suddetto fa presente che il Comitato per l'Aborto terapeutico ha precisato che la continuazione della gravidanza può compromettere la prognosi a lungo termine di alcune malattie, quali la tubercolosi polmonare evolutiva, il diabete (specialmente in casi complicati da lesioni renali o se vi sono ripetuti precedenti di bambini nati morti), il cancro dell'ovario, la sclerosi multipla, l'epilessia, malattie dei surrenali, l'ulcera gastrica, ecc. Tra le malattie mentali, che possono costituire un'indicazione per l'interruzione della gravidanza, sono citate, per esempio, la schizofrenia, gli stati ossessivi e l'ansietà; in questo caso la valutazione può essere molto difficile e può essere un dato indicativo importante la reazione della paziente a precedenti eventuali gravidanze.

Il punto *b*) del paragrafo 1 dell'art. 1 della legge, tratta dei casi in cui il bambino rischia di essere affetto da anomalie fisiche o mentali capaci di menomarlo gravemente. Il Comitato per l'Aborto terapeutico della Associazione Medica Britannica ha precisato a questo riguardo che certe affezioni o certi agenti possono costituire un rischio serio di anomalie fisiche o mentali, quali per esempio la rosolia, il vaiolo, l'influenza, medicamenti citotossici, raggi X, ed altre irradiazioni.

Una possibilità di anomalia fetale deve essere ravvisata se la regione pelvica è stata esposta a una radiazione superiore a 30 « rads » e deve essere considerata quasi certa se la dose ricevuta supera i 200 « rads ».

Una menzione speciale è ugualmente fatta, nell'opuscolo dell'Abortion Law Reform Association, per certe malattie ereditarie quali: il retinoblastoma, la corea di Huntington, la neurofibromatosi, la fenilchetonuria piruvica, l'emofilia. Il paragrafo 2 dell'articolo 1 presenta un interesse particolare perché, pur non ponendo vere e proprie indicazioni sociali, introduce la nozione medico-sociale, nel senso che si può tener conto delle condizioni ambientali suscettibili di avere una ripercussione sulla salute fisica e mentale della donna.

L'art. 4 della legge merita ugualmente menzione speciale perché precisa che nessuno sarà tenuto a praticare un intervento autorizzato ai sensi di questa legge, contro la sua coscienza.

Questa obiezione non può piú essere accettata quando vi è l'obbligo a intervenire per salvare la vita della donna incinta o per prevenire un grave attentato permanente alla sua salute fisica o mentale.

Certe modalità concernenti la procedura per ottenere l'autorizzazione dell'aborto terapeutico, conformemente al potere spettante al ministro della Sanità per l'articolo 2 della legge, sono state fissate dal regolamento in data 15 aprile 1968 (un regolamento separato è stato emanato in Scozia) che è stato oggetto d'una modifica di dettaglio nel 1969. Questo testo prevede che i due medici (o il solo medico chiamato in caso d'intervento urgente) devono rilasciare un certificato esprimente il loro parere conforme al modello di formula data in annesso; questo documento deve essere conservato dal medico che procede all'operazione, per un periodo minimo di tre anni, al di là del quale può essere distrutto. Inoltre nei sette giorni che seguono l'interruzione della gravidanza questo ultimo medico deve farne dichiara-

zione al medico ufficiale capo del ministero della Sanità (per l'Inghilterra, eccetto la contea di Monmouth) per mezzo della formula di notificazione prevista all'annesso art. 2.

Svizzera

In Svizzera gli atti punibili in materia di aborto sono previsti dal Codice penale; l'art. 118 concerne l'aborto commesso dalla madre, l'art. 119 l'aborto commesso da una terza persona.

Quanto alle interruzioni della gravidanza non punibili, le disposizioni in materia sono previste dall'art. 120 che specifica: « Non c'è aborto, ai sensi del presente codice, quando la gravidanza sarà stata interrotta da un medico diplomato, con il consenso scritto della persona incinta e con il parere conforme d'un secondo medico diplomato, per evitare un pericolo, impossibile ad allontanare altrimenti, che minaccia la vita della madre o costituisce una minaccia seria per la sua salute, attentandola in maniera grave e permanente ».

Il parere conforme richiesto al capoverso primo deve essere dato da un medico qualificato come specialista, in ragione dello stato della persona incinta, e autorizzato, in generale o in ogni caso particolare, dall'autorità competente del cantone dove sia il domicilio della persona incinta o di quella presso la quale avrà luogo l'operazione. Se la persona incinta è incapace di intendere, il consenso scritto del suo rappresentante legale dovrà essere richiesto.

Come diversi autori hanno segnalato, l'articolo 120 del Codice penale è stato oggetto di differenti interpretazioni, soprattutto per il fatto che il parere conforme, previsto da questo articolo, dipende dal giudizio particolare di medici designati dall'autorità competente del cantone. Così, seguendo l'interpretazione data all'art. 120 del codice penale, certi cantoni non autorizzano praticamente l'aborto, mentre in altri è praticato in maniera più liberale.

A Ginevra è stato promulgato un regolamento d'esecuzione in data 12 dicembre 1953, poi modificato in data 16 febbraio 1954 e in data 26 gennaio 1960, per regolare il caso delle straniere non domiciliate in Svizzera o domiciliate da meno di tre mesi.

Dopo questo regolamento d'esecuzione il consiglio di stato designa i medici autorizzati a dare parere conforme previsto dall'art. 120 del codice penale svizzero; la durata del loro mandato è di tre anni e può essere rinnovata. I medici autorizzati formano un collegio che prende misure atte a garantire, nel concedere parere conforme, un'unità di dottrina nell'interpretazione dell'art. 120 del suddetto codice.

Questo collegio presenta alla sottocommissione medica della commissione di sorveglianza delle professioni mediche e ausiliarie un rapporto sulla sua attività, ogni tre mesi, e sul numero dei pareri conformi accordati o rifiutati da ciascuno dei medici autorizzati, con l'indicazione del domicilio e origine delle persone esaminate.

Il medico autorizzato, al quale un medico o la sua paziente chiede l'interruzione della gravidanza, deve farsi rilasciare:

1. un certificato medico motivato e i documenti necessari che portano il consenso scritto della persona incinta o quello del suo rappresentante legale se essa è incapace di intendere;

2. i documenti necessari per stabilire l'identità, la nazionalità e il domicilio della persona incinta o del suo rappresentante legale.

Il medico autorizzato deve in tutti i casi procedere ad un esame personale approfondito dell'interessata e, se necessario, può ordinare innanzi tutto che sia messa in osservazione in un complesso ospedaliero.

ASSORI

Egli può domandare al medico che ha rilasciato il certificato iniziale di fornirgli tutti i ragguagli complementari che giudichi utili. Egli deve, d'altronde, in un rapporto, menzionare se la persona incinta si è già indirizzata, senza successo, ad un altro medico autorizzato e, in questo caso, non prende deliberazioni senza aver consultato questo medico.

Quando constata un'affezione per la quale non è specializzato, egli deve indirizzare la persona incinta allo specialista competente. Egli non può dare parere conforme per la sua propria clientela.

A seguito del suo esame, egli rimette al medico che ha proposto l'interruzione della gravidanza un suo rapporto motivato (parere conforme) per essere trasmesso al medico incaricato dell'intervento. Quest'ultimo non può d'altronde interrompere la gravidanza se non è in possesso del parere conforme e dei documenti necessari: consenso scritto, identità, nazionalità e domicilio della persona incinta.

Ai termini del regolamento del 26 gennaio 1960, v'è una commissione di periti incaricata di esaminare i casi di straniere non domiciliate in Svizzera o domiciliate nel paese da meno di tre mesi. Questa commissione interroga la persona che domanda l'interruzione della gravidanza, la esamina, consulta il dossier che ella presenta e prende una delle tre decisioni seguenti:

1. se la domanda appare subito fondata, dà parere conforme;

2. se la domanda appare subito senza fondamento, è rifiutato il parere conforme;

3. se la domanda pone un problema d'ordine medico che non può essere risolto immediatamente, la commissione rimette alla persona una dichiarazione che l'autorizza a recarsi da un medico autorizzato a dare parere conforme nella specialità adeguata; questo medico accorda o rifiuta il parere conforme.

Europa settentrionale

I paesi scandinavi hanno adottato, sia pure in date differenti (negli anni che hanno preceduto la seconda guerra mondiale in Islanda, Danimarca e Svezia, e a partire dal 1950 e 1960 rispettivamente in Finlandia e in Norvegia), una politica relativamente uniforme in materia d'interruzione legale della gravidanza. Questa politica, che si avvia verso una progressiva liberalizzazione delle indicazioni che possono giustificare l'aborto, ha avuto per conseguenza un aumento sensibile del numero degli aborti legali nel corso degli ultimi dieci anni.

Nonostante questa liberalizzazione, sembra tuttavia che il numero degli aborti illegali abbia continuato a rimanere sensibile e che alcune cittadine di questi paesi, non potendo ottenere l'autorizzazione d'interruzione della gravidanza, si rechino all'estero per abortire.

Una caratteristica interessante della legislazione dei diversi paesi di questa zona è stata l'adozione della nozione d'indicazione medico-sociale, secondo la quale, per valutare il grave pericolo per la salute della donna, si deve tener conto di diverse circostanze, quali, per esempio, le condizioni difficili di vita dell'interessata.

I motivi d'ordine sociale sono stati presi in considerazione nelle nuove leggi promulgate all'inizio del 1970 dalla Danimarca e dalla Finlandia; il primo di questi paesi prevede che l'interruzione può aver luogo senza autorizzazione speciale quando la donna incinta è già madre di quattro figli minori di diciotto anni a carico.

Danimarca

In Danimarca, prima del 1937, benché il codice penale del 1930 non avesse previsto casi di aborto non punibili, l'interruzione della gravidanza era tuttavia ammessa nella pratica per prevenire un pericolo grave per la vita o la salute della madre. Il 18 maggio 1937

è stata promulgata in questo paese la prima legge che tratta specificamente dell'aborto e che prevede che tale intervento poteva essere autorizzato per tre categorie di motivi:

1. d'ordine medico (intervento reso necessario per prevenire un rischio grave per la vita o la salute della donna incinta);

2. d'ordine morale (gravidanza che sia risultato d'un atto vietato dalle disposizioni del codice penale);

3. d'ordine eugenetico (rischio di trasmettere al bambino malattie ereditarie).

Questa legge, in vigore soltanto dall'1 ottobre 1939, conteneva all'art. 2 disposizioni che lasciavano intendere che il « rischio grave » per la donna poteva essere dovuto ad altre cause oltre la malattia, introducendo implicitamente la nozione medico-sociale.

Essa fu inoltre seguita da un certo numero d'istruzioni, di circolari ecc., che ne precisavano le disposizioni. Le statistiche elaborate negli anni che seguirono mostrarono un aumento considerevole del numero degli aborti legali (che era quasi decuplicato tra il 1940 e il 1951) senza un aumento sensibile del numero di altri casi d'aborto trattati negli ospedali (che erano più del doppio in quel periodo); situazione che può spiegarsi con un cambiamento d'attitudine del pubblico di fronte al problema dell'aborto e per una minore riserva della popolazione femminile riguardo alla pratica dell'interruzione della gravidanza.

Per quanto riguarda gli aborti legali, una statistica del 1951 faceva risaltare, d'altra parte, che questi interventi erano stati giustificati nel 15,6% dei casi per motivi strettamente medici (rischio d'attentato alla salute fisica), nel 75,5% dei casi per motivi medici implicanti un rischio per la salute mentale corredati o no

di motivi sociali), nello 0,4% dei casi per motivi d'ordine morale e nel 7,5% dei casi per motivi d'ordine eugenetico. Questa sproporzione marcata, e specialmente l'interpretazione abusiva della nozione d'indicazione « socio-psichiatrica », che non corrispondeva né allo spirito né agli obiettivi dei testi in vigore, giustificarono una revisione della legislazione concretata con la promulgazione della legge del 22 giugno 1956.

Questa legge precisava che la gravidanza poteva essere interrotta quando l'intervento era necessario per prevenire un grave pericolo che minacciasse la vita o la salute della donna, e che, nel valutare questo danno, bisognava tener conto, fondandosi sull'apprezzamento di tutte le circostanze, comprese le condizioni nelle quali la donna doveva vivere, non solamente della presenza d'una malattia fisica o mentale ma ugualmente di ogni stato d'infermità fisica o mentale, reale o potenziale.

Inoltre nel conservare i motivi d'ordine morale e nell'estendere i motivi d'ordine eugenetico, questo testo prevedeva che l'interruzione della gravidanza poteva aver luogo quando, nei casi particolari, risultava (da deficienze fisiche o mentali gravi o da qualche altra circostanza che costituiva un motivo d'ordine medico) che la donna doveva essere considerata inadatta ad avere cura di suo figlio.

Salvo rischio grave per la salute fisica o mentale della donna, l'intervento che, ai termini della legge del 1937, doveva essere praticato prima del compimento dei tre mesi della gravidanza, poteva allora aver luogo fino alla sedicesima settimana.

È interessante notare che questa legge del 1956, almeno inizialmente, non ebbe per risultato di far aumentare il numero degli aborti legali, mentre il numero degli aborti illegali rimase proporzionalmente elevato: circa 15.000 per anno (vale a dire da tre a quat-

099

tro volte gli aborti legali), secondo le cifre citate da Skalts e Norgaard.[2]

Una nuova tappa verso una netta liberalizzazione è stata segnata con la promulgazione della legge del 24 marzo 1970. Ormai l'interruzione della gravidanza poteva aver luogo senza autorizzazione speciale:

1. quando è necessario per prevenire un pericolo per la vita della donna o un attentato grave alla sua salute fisica o mentale e questo pericolo è fondato su motivi esclusivamente o principalmente medici;

2. per ogni donna domiciliata in Danimarca quando ha 38 anni compiuti o li compie nella dodicesima settimana di gravidanza o quando è madre di almeno quattro figli minori di 18 anni conviventi.

Ogni donna domiciliata in Danimarca può inoltre subire un'interruzione di gravidanza su autorizzazione:

1. quando la gravidanza o il parto o le cure da dispensare al bambino possono attentare alla sua salute (la decisione tiene conto non solo delle eventuali malattie fisiche o mentali ma anche dello stato di debolezza fisica o mentale esistente o probabile e prendendo in considerazione le condizioni di esistenza dell'interessata);

2. quando il concepimento avviene nelle circostanze contemplate da certe disposizioni del codice penale;

3. quando, per ereditarietà o per malattia nello stato embrionale, il bambino rischia d'essere affetto da turbe fisiche o mentali gravi;

2. V. Skalts - M. Norgaard, *Abortion legislation in Denmark*, in D. T. Smith ed., *Abortion and the Law*, Cleveland, The Press of Western Reserve University, pp. 144-178.

4. quando la donna si troverebbe, per turbe fisiche o mentali o per debolezza mentale, nell'incapacità di prestare le cure necessarie al bambino;

5. quando la donna si troverebbe, per giovane età o per immaturità spirituale, nell'incapacità immediata di prestare le cure necessarie al bambino;

6. quando la gravidanza, la nascita o le cure da dispensare al bambino costituirebbero con ogni probabilità un peso non sopportabile.

Le autorizzazioni speciali d'interruzione della gravidanza sono accordate da commissioni create presso istituzioni d'assistenza alla madre (ogni commissione si compone di un direttore dell'istituzione o suo rappresentante, di un medico specialista in ginecologia o in chirurgia e di un medico specialista in psichiatria o con conoscenza speciale in medicina sociale; i membri debbono prendere all'unanimità la decisione di autorizzazione dell'aborto.

In caso di rigetto della domanda, la questione può essere portata davanti a un comitato di ricorso.

Salvo i casi di pericolo per la vita o di attentato grave alla salute fisica o mentale della donna, l'intervento non può aver luogo al di là della dodicesima settimana di gravidanza, salvo autorizzazione speciale della commissione competente o del comitato di ricorso. La domanda d'interruzione della gravidanza deve essere presentata dall'interessata (o eventualmente dai suoi parenti o tutore); se la donna è maritata e convive con il marito, deve essere richiesto il parere di quest'ultimo, se circostanze particolari non s'oppongono. Prima che l'interruzione della gravidanza sia effettuata o autorizzata, un medico informa la richiedente (o i parenti o il tutore) della natura dell'intervento, delle conseguenze dirette e dei rischi che possono derivarne.

Finlandia

In Finlandia, prima della promulgazione della legge del 1950 per l'interruzione della gravidanza, l'aborto non poteva essere praticato che negli ospedali di stato e su indicazione medica e con il solo scopo di salvaguardare la vita della madre. Il numero degli aborti così autorizzati era di 1.196 nel 1938 e di 933 nel 1945.

Per limitare i casi di aborti criminali, in numero considerevole, la legge del 17 febbraio 1950 legalizzava la pratica dell'interruzione della gravidanza quando, per malattia o infermità fisica o debolezza della donna, la continuazione della gravidanza o la nascita del bambino presentava un pericolo grave per la salute dell'interessata sul piano fisico e mentale; inoltre, come risulta nella legislazione danese del 1956, si deve tener conto, per apprezzare l'importanza di questo danno, delle condizioni di vita particolarmente difficili della donna e di altre circostanze che influiscono sullo stato della sua salute. D'altronde la gravidanza poteva essere interrotta per motivi d'ordine morale (in particolare gravidanza conseguenza di delitti previsti dal codice penale) o d'ordine eugenetico (rischio di trasmettere malattie ereditarie).

Sembra che questa legislazione non abbia dato i risultati previsti e una legislazione più liberale è stata promulgata in data 24 marzo 1970.

Ai termini delle disposizioni di questa legge la gravidanza può essere interrotta su domanda dell'interessata:

1. quando la sua continuazione o il parto produrranno, per una malattia, infermità fisica o debolezza da cui sarà minacciata la donna incinta, un pericolo (non più un « grave pericolo ») per la sua salute;

2. quando il parto e le cure da dispensare al bambino implicherebbero, per le sue condizioni di vita, della sua famiglia ed altre circostanze, un accrescimento di peso notevole per essa;

3. quando il concepimento è avvenuto nelle circostanze previste da certe disposizioni del codice penale;

4. se al momento del concepimento essa aveva meno di 17 anni o più di 40 anni o se era già madre di 4 figli;

5. se si ha motivo di presumere che il bambino sarà affetto da deficienza mentale o sarà affetto, alla nascita o dopo, da una malattia grave o da una infermità fisica grave;

6. quando una malattia o turbe delle facoltà mentali ecc. dei parenti possono ridurre notevolmente la capacità di dare le cure necessarie al bambino.

Se la donna è incapace, per una malattia mentale, per deficienza mentale o altre turbe mentali, di presentare una domanda valevole d'interruzione della gravidanza, l'intervento può aver luogo con l'accordo d'un curatore o rappresentante designato appositamente.

Quando l'interruzione della gravidanza è effettuata perché il bambino rischierebbe, per deficienza mentale della madre, d'essere lui stesso affetto da tale deficienza, si procede simultaneamente alla sterilizzazione, salvo che non s'oppongano ragioni importanti.

Prima di procedere all'interruzione della gravidanza la donna incinta deve essere informata dell'importanza dell'intervento e dei suoi effetti.

L'intervento deve essere effettuato in uno stadio il più precoce possibile, salvo casi di malattia o infermità della donna, e può aver luogo prima della sedicesima settimana di gravidanza. La Direzione della Sanità pubblica può tuttavia, se il concepimento è avvenuto quando la donna non aveva ancora 17 anni, o se esiste altro motivo particolare, autorizzare l'operazione a uno stadio più avanzato che non può superare tuttavia la ventesima settimana di gravidanza.

L'interruzione della gravidanza può aver luogo:

1. nei casi previsti dai punti 1° a 3° e 6° della lista delle indicazioni date qui sopra, con l'accordo di due medici o, nei casi che saranno precisati per via d'ordinanza, su autorizzazione della Direzione della Sanità pubblica;

2. nel caso previsto al punto 4°, su decisione del medico che deve procedere all'intervento;

3. nei casi previsti al punto 5° o nel caso in cui si debba procedere all'intervento per motivi non medici entro la sedicesima e ventesima settimana della gravidanza, su autorizzazione della Direzione della Sanità pubblica. Quando i due medici (o eventualmente il medico) chiamati a dare la loro decisione esprimono un parere negativo, l'autorizzazione d'interruzione di gravidanza può essere domandata alla Direzione della Sanità pubblica. Prima che sia presa la decisione d'interruzione della gravidanza, il padre del bambino che deve nascere, il curatore della donna incinta e se essa è ricoverata in un ospedale pubblico, il medico o il direttore di questo ospedale debbono, se le circostanze lo giustificano, avere la possibilità d'esprimere un parere sulla questione.

Le interruzioni della gravidanza devono, salvo caso d'urgenza, aver luogo in un ospedale ammesso dalla Direzione della Sanità pubblica; ogni medico che esercita le sue funzioni in questo ospedale può procedere a questo intervento.

Una ordinanza del 29 maggio 1970 fissa le modalità di dettaglio concernenti l'interruzione della gravidanza e precisa che ogni donna, la cui gravidanza sia stata interrotta, prima di lasciare l'ospedale, deve ricevere direttive in materia di limitazione delle nascite.

L'ordinanza prevede inoltre che la direzione della Sanità pubblica emanerà, per i medici competenti a dare un parere sull'interruzione della gravidanza e dei

medici che procedono a questi interventi, delle prescrizioni miranti a facilitare l'interpretazione dei testi in vigore e indirizzerà in particolare a questi medici le direttive per l'adozione d'un metodo uniforme per la valutazione dei motivi che giustificano l'aborto.

Islanda

L'Islanda è il primo paese scandinavo che abbia promulgato una legge che tratta specificamente della gravidanza e, come si è visto altrove, è il primo paese del mondo ad aver introdotto, in maniera molto esplicita, la nozione d'indicazione medico-sociale. Tuttavia alcune disposizioni non sembrano prevedere i casi d'interruzione della gravidanza per motivi d'ordine eugenetico o d'ordine morale.

Ai termini della legge n. 38 del 28 gennaio 1935 l'interruzione della gravidanza può aver luogo quando il concepimento risale a meno di 28 settimane e se la continuazione di questa gravidanza costituisce un rischio grave manifesto per la salute della donna (la nozione d'indicazione medico-sociale indicata sopra viene considerata per la valutazione del rischio).

L'intervento deve essere eseguito in un ospedale attrezzato, su rapporto motivato di due medici (il medico capo d'ospedale dove l'operazione deve aver luogo e il medico che ha consigliato alla donna di rivolgersi a questo ospedale) che attestano la necessità di interrompere la gravidanza.

Tuttavia, se la donna è incinta da più di otto settimane, il medico non può interrompere la gravidanza, tranne che sussista un pericolo grave che non può essere eliminato se non con questo intervento.

È interessante rilevare che l'Islanda è il paese scandinavo dove il numero degli aborti legali è il più basso e dove la natalità è più elevata. Infatti su mille nascite

63

di bambini viventi si contano, secondo le statistiche del 1969, 13 aborti legali, quando in Svezia nello stesso periodo era di 80.

Norvegia

In Norvegia, l'Associazione dei Medici aveva preconizzato nel 1930 una riforma radicale della legislazione relativa all'aborto ed un primo progetto di legge fu presentato dal Governo qualche anno dopo. Ma solo nel 1960 fu adottata una legge specifica relativa all'interruzione della gravidanza, legalizzando così la situazione che esisteva di fatto in materia di pratica dell'aborto.

La legge dell'11 novembre 1960 (che sembra sia entrata in vigore solo nel febbraio 1964) prevede che l'interruzione della gravidanza può avere luogo per le indicazioni che erano già contenute nella legge finlandese del 1950 e danese del 1956:

1. indicazioni mediche e medico-sociali;

2. indicazioni eugenetiche (rischio di malattia grave o di deficienza fisica o mentale grave per il bambino, in ragione di predisposizioni ereditarie, o di una malattia di cui è affetta la donna durante la sua gravidanza o di una lesione dell'embrione);

3. indicazioni d'ordine morale (gravidanza risultante da atti vietati da certe disposizioni del Codice penale)

L'intervento non può aver luogo, senza motivo particolare, se la gravidanza supera i tre mesi. Esso non può inoltre essere eseguito che negli ospedali o cliniche attrezzate, e da medici specialisti in chirurgia o in ginecologia.

La procedura di autorizzazione dell'interruzione della gravidanza, di cui le modalità sono state fissate dalla

legge dell'11 novembre 1960 e dal decreto di applicazione in data del 20 dicembre 1963, prevede che la domanda di intervento deve essere espressa dall'interessata; uno dei suoi parenti o il suo tutore o curatore possono essere consultati a questo riguardo se ella è minore o non è in possesso di tutte le sue facoltà mentali. Se ella è affetta da malattia o da deficienza mentale pronunciata, i suoi parenti o il tutore o il curatore può presentare questa domanda. Quando la donna è sposata e coabita col coniuge, quest'ultimo deve, se necessario, dare il suo parere, tranne che ragioni particolari si oppongano.

Prima che sia data l'autorizzazione d'interruzione della gravidanza un medico deve presentare per scritto una domanda di ricovero in ospedale, contenente, oltre le informazioni personali concernenti l'interessata, il maggior numero possibile di dati d'ordine medico, sociale ecc. in relazione alla domanda, accompagnata da una dichiarazione scritta della donna (o eventualmente del suo coniuge, tutore o curatore) attestante il suo desiderio di ricorrere all'intervento.

L'autorizzazione d'interruzione della gravidanza è, salvo urgenza, data da 2 medici, da un medico nominato da un medico dipartimentale (e che non deve svolgere funzioni nel servizio ospedaliero dove l'esecuzione dell'operazione è esaminata) e il capo medico (o il suo sostituto) del servizio di chirurgia o di ginecologia dell'ospedale dove l'intervento deve aver luogo (o eventualmente il medico che deve praticare questo intervento). Se c'è motivo di pensare che la domanda d'interruzione della gravidanza può essere giustificata dalle condizioni di vita della donna, una inchiesta a questo riguardo dovrà essere fatta prima che una decisione sia presa.

In ogni caso la donna deve far sapere di quali risorse e mezzi di sussistenza potrà disporre nella eventualità in cui porti la sua gravidanza a termine. Se la domanda

669

di interruzione della gravidanza è respinta, il medico dipartimentale può domandare, su proposta del medico aiutante, che la donna sia ammessa in un altro ospedale dove la questione sia riesaminata da altri medici.

Il consenso del medico dipartimentale deve essere ottenuto, specialmente se c'è opposizione del curatore o obiezione presentata dal congiunto o tutore abilitato a emettere un parere sulla domanda o quando il marito della donna sposata non ha dato il suo consenso all'intervento. In un commentario recente sull'applicazione pratica della legislazione norvegese Grünfeld e Strom sottolineano che le disposizioni non sono interpretate in maniera uniforme sia dai medici curanti sia dai comitati d'aborto.

Il numero effettivo delle domande è aumentato di circa 4.800 nel 1965 e approssimativamente di 7.500 nel 1969, le proporzioni di quelle che sono ammesse variano dal 5% al 9% secondo le regioni.

Svezia

In Svezia la legislazione relativa all'aborto ha avuto inizio nel 1938 e ha subito delle modifiche successive nel 1946, 1963, 1964. La legge del 1938 limitava le pratiche giustificanti l'aborto solo in caso di pericolo per la vita e la salute (questo pericolo poteva essere dovuto a una malattia, a una debolezza fisica o a uno stato di debilitazione), quando la gravidanza era il risultato di un atto criminale, o ai casi di rischio di trasmissione di una affezione mentale o fisica ereditaria.

Negli anni seguenti all'entrata in vigore di questa legge il numero degli aborti legali è rimasto piuttosto basso e superava appena i 500 l'anno.

La modifica del 1946 ha introdotto la nozione medico-sociale di « debolezza anticipata » (quando si prevede, basandosi sulle condizioni di vita della donna e

su altre circostanze, che le sue forze fisiche e mentali saranno seriamente compromesse dalla nascita e la cura di un bambino), mentre quella del 1963 (introdotta dopo la constatazione degli effetti patogeni del Thalidomide) ha reso legale l'aborto quando si ha motivo di credere che, per una lesione intrauterina, il bambino rischi di nascere con una malattia o malformazione grave.

L'interruzione della gravidanza, per motivi che esulano da malattie o difetto fisico, non può essere praticata dopo le 20 settimane di gravidanza; la Direzione generale della Sanità pubblica e della Previdenza sociale può tuttavia accordare una deroga e autorizzare l'intervento sino alla fine della 24ª settimana.

Un'ordinanza di applicazione della legge del 1938 è stata emanata in data 9 settembre 1938, poi modificata in data 10 maggio 1963. L'autorizzazione d'interruzione della gravidanza è, insomma, deliberata nella maggior parte dei casi su domanda indirizzata a un centro di consultazioni dell'aborto da due medici (uno nell'esercizio delle sue funzioni ufficiali, l'altro che deve procedere all'intervento) o alla Direzione nazionale di Sanità pubblica e di Previdenza sociale (che, senza pregiudizio di altre indicazioni, deve esaminare tutti i casi dove i motivi addotti sono d'ordine eugenetico, o quando la donna è incapace di dare un consenso valido per turbe mentali).

In seno alla Direzione nazionale della Sanità pubblica e della Previdenza sociale, un Comitato di Psichiatria sociale è incaricato di tutte le questioni relative all'aborto (o alla sterilizzazione).

Tietze[3] segnala che il numero di interruzioni della gravidanza praticate mediante certificato di due medici

3. C. TIETZE, *Legal abortion in industrialized countries*, in N. SAYEK e altri eds., *Population control: implications, trends and prospects. Proceedings of the Pakistan International Family Planning Conference at Dacca*, January 28 - February 4 1969, Islamabad, Pakistan Family Planning Council, 1969, pp. 213-243.

659

è di un quarto di tutti gli interventi autorizzati nel 1966, e di un terzo nel 1967.

Appare senza alcun dubbio che la legge del 1938, modificata, è stata progressivamente interpretata in maniera più liberale. Tra il 1963 e 1968, in soli due anni per esempio, il numero degli aborti legali si è triplicato passando da 3.528 a 11.060.

Inoltre, nel 1968, soltanto il 6% degli aborti era praticato su indicazioni mediche contro il 90% per motivi medico-sociali.

La legislazione svedese sull'aborto non fa alcuna distinzione tra i cittadini del paese e gli stranieri. Secondo Borell e Engström[4] numerose donne straniere sono venute in Svezia per abortire.

In un ospedale, per esempio, 700 straniere hanno fatto domanda di interruzione di gravidanza tra il 1963 e il 1965, ma il 3% soltanto ha ricevuto l'autorizzazione richiesta: questa situazione si spiega per il fatto che è impossibile procedere all'inchiesta richiesta dalla legge svedese.

Nel 1965, una commissione d'inchiesta sul problema dell'aborto è stata designata dal ministro della Giustizia.

Quest'ultimo ha suggerito, nelle istruzioni date a questa commissione, di considerare particolarmente una riforma di questa legislazione, dando un'importanza più grande all'attitudine propria della donna, di fronte alla questione dell'aborto.

Europa orientale

Dopo una ventina d'anni, i paesi dell'Europa dell'Est hanno promulgato numerosi testi legislativi relativi all'aborto legale, che sono stati fatti spesso oggetto

4. U. Borell - L. Engström, Wld Med. J., 13, 72, 1966.

di revisione, sia nel senso di una liberalizzazione delle indicazioni autorizzanti l'interruzione della gravidanza, sia, al contrario, nel senso di un irrigidimento delle disposizioni in vigore, con un parallelo adattamento appropriato delle disposizioni della legislazione penale. Sembra tuttavia che, nonostante la liberalizzazione della legislazione relativa all'aborto e dell'estensione delle indicazioni giustificanti questo intervento in base a motivi d'ordine medico-sociale, si registri una certa percentuale di aborti illegali.

Le conseguenze demografiche che producono un cambiamento di politica in materia d'aborto legale hanno talvolta carattere spettacolare. Così in Romania il ritorno ad una politica meno liberale ha avuto per effetto dopo il 1966, allorché il tasso delle nascite era sceso al 14,3 per mille, di far passare quest'ultimo a 38,4 per mille nel corso del terzo trimestre del 1967.

Ma in questo campo è difficile tirare delle conclusioni generali perché è spesso impossibile valutare l'importanza delle misure anticoncezionali.

Bulgaria

In Bulgaria una istituzione in data 27 aprile 1956 permetteva, conformemente alle disposizioni del codice penale del 1951, di praticare l'aborto a tutte le donne incinte che ne esprimevano il desiderio. Questa pratica non è tuttavia autorizzata in presenza delle controindicazioni seguenti:

1. affezioni infiammatorie acute o subacute degli organi genitali;

2. focolaio purulento, quale che ne sia la localizzazione;

3. malattia infettiva acuta;

4. interruzione di gravidanza praticata negli ultimi 6 mesi;

666

5. gravidanza che dati da più di 12 settimane (essendo inteso in quest'ultimo caso che la pratica poteva tuttavia essere autorizzata se un esame approfondito della donna incinta, praticato in un complesso ospedaliero, permetteva di constatare che la continuazione della gravidanza e il parto rischiavano di mettere in pericolo la salute o la vita della donna).

Nei 10 anni che hanno seguito l'entrata in vigore di queste norme del 1956, circa 950.000 aborti sono stati praticati. Ne è seguito un irrigidimento della legislazione, tradottosi nel 1968 in una nuova regolamentazione dell'interruzione artificiale della gravidanza e nella lotta contro l'aborto criminale in applicazione del decreto n. 61 del 28 dicembre 1967, mirante ad incoraggiare le nascite.

Un eguale indirizzo si riscontra nelle disposizioni del nuovo codice penale pubblicato con decreto del 16 marzo 1968.

Ormai l'interruzione della gravidanza è soggetta alle restrizioni seguenti:

1. l'intervento è interdetto alle donne che non abbiano bambini viventi, salvo su indicazioni mediche in caso di circostanze particolarmente gravi;

2. l'intervento su donne che abbiano uno o due bambini deve essere autorizzato da una commissione medica speciale. Questa commissione è incaricata di spiegare alle interessate i danni e i pericoli risultanti dall'aborto, la necessità di conservare la gravidanza, i vantaggi materiali che la famiglia riceve in seguito alla nascita del bambino e, in maniera generale, di sforzarsi di dissuadere dall'aborto. Se nondimeno la donna insiste, la commissione dà l'autorizzazione necessaria;

3. l'interruzione della gravidanza, su domanda della donna incinta, è autorizzata, senza intervento della commissione medica, alle donne con età maggiore di 45 anni o aventi almeno tre bambini;

4. l'interruzione artificiale della gravidanza alle donne non sposate è autorizzata da una commissione speciale, su indicazioni mediche e in caso di circostanze particolarmente gravi:

— allorché l'interessata non abbia 16 anni compiuti, sotto riserva del consenso dei parenti;

— quando la donna incinta non possa sposarsi col genitore del bambino perché parente consanguineo;

— in caso di violenza carnale, con riserva che la donna incinta abbia esposto querela in tempo debito presso le autorità competenti e che lo stato della gravidanza coincida con la data della violenza;

— in caso di motivi d'ordine sociale gravi, stabiliti dal Servizio di consulenza per donne.

Inoltre, le controindicazioni già previste dalla norma del 1956 sono riprese in termini un poco più precisi (la durata massima di gravidanza è ridotta da 12 a 10 settimane).

La nuova norma del 1968 prevede che il Servizio di consultazioni per donne del distretto, al quale la donna incinta presenta la sua domanda di interruzione della gravidanza, debba sforzarsi di convincerla a ritirare la domanda e utilizzare tutti i mezzi possibili d'informazione e di aiuto. I funzionari di questo servizio assicurano, anche mediante altri organi competenti, un aiuto materiale e sociale alle donne incinte che portano a termine la gravidanza. Se la donna non ha potuto essere convinta a ritirare la sua domanda ed esiste un motivo legale di interruzione della gravidanza, il Servizio rinvia l'interessata presso la commissione competente perché le accordi l'autorizzazione richiesta.

Quando l'interruzione della maternità è stata autorizzata, la donna è ospitata in un complesso appropriato; in quest'ultimo si deve procedere all'intervento nei 10 giorni che seguono la comunicazione e l'autorizzazione.

Quando l'interruzione della maternità ha luogo su indicazioni mediche, il complesso ospedaliero dove si effettua l'operazione ha il diritto di esaminare le indicazioni e controindicazioni. Le commissioni incaricate di autorizzare le interruzioni di gravidanza registrano le loro decisioni in un registro speciale, conservato come documento ufficiale. Questo nuovo testo del 1968 fissa, inoltre, le disposizioni concernenti le straniere e le misure miranti a rinforzare la lotta contro l'aborto criminale. Esso è corredato inoltre da una tabella elencante la lista delle malattie che autorizzano l'interruzione della gravidanza. Secondo David,[5] l'interpretazione del regolamento del 1968 sarebbe stata resa più liberale a partire dal 1970, e l'autorizzazione di interruzione della gravidanza sarebbe accordata praticamente su domanda a tutte le donne non sposate e a tutte le donne sposate già madri di un bambino.

Ungheria

In Ungheria, l'aborto non era autorizzato fino al 1952, salvo che su indicazioni mediche. Nel 1953, queste indicazioni sono state estese ai motivi d'ordine medico-sociale ed eugenetico; nel 1956, nel quadro di nuove ordinanze pubblicate il 3 giugno e il 26 giugno, ai motivi di ordine puramente sociale. Questi ultimi testi sono senza dubbio fra i più liberali che esistano in Europa.

Mentre nel 1952 si contavano 1.700 aborti legali, questa cifra era passata a 151.900 nel 1959 e a 187.500 nel 1967.

5. H. P. David, *Family planning and abortion in the socialist countries of Central and Eastern Europe*, New York, The Population Council, 1970, p. 46.

Nonostante l'allargamento progressivo della legislazione in materia di interruzione della gravidanza, molti autori constatano che l'aborto illegale continua a essere praticato su una scala relativamente grande.

D'altra parte, il tasso di nascite in Ungheria è attualmente uno dei più bassi d'Europa. Le indicazioni mediche richieste per giustificare l'interruzione della gravidanza non intervengono che per il 4% dei casi, contro il 10% in Cecoslovacchia e 1% in Romania (in quest'ultimo paese tuttavia, prima dell'introduzione, nel 1966, di una legislazione più restrittiva).

L'ordinanza del 24 giugno 1956 prevede che la commissione competente autorizzi l'interruzione della gravidanza:

1. se essa è necessaria sia per salvare la vita della donna incinta in caso di malattia grave, sia per evitare che lo stato d'una malata subisca complicazioni, sia infine, se si prevede che il bambino possa subire lesioni molto gravi;

2. se le condizioni personali e familiari lo giustificano, o se la richiedente mantiene la sua domanda malgrado le spiegazioni fornite dalla commissione. L'intervento può essere autorizzato, per quest'ultimo motivo, soltanto se la gravidanza non supera le 12 settimane. L'interruzione della gravidanza non può essere praticata che in ospedale. I complessi ospedalieri sono tenuti a fornire periodicamente l'elenco delle interruzioni di maternità praticate; da parte loro, le commissioni competenti devono fare una volta l'anno rapporto all'autorità sanitaria della loro attività.

Polonia

In Polonia, come in Ungheria, si è assistito ad un allargamento progressivo della legislazione, in materia d'aborto. Questo intervento, che, ai termini della legge

del 28 ottobre 1950 sulla professione di medico, non poteva essere praticato che in caso di assoluta necessità per salvaguardare la salute della donna o quando la gravidanza era chiaramente il risultato di un atto represso dal codice penale, può in effetti essere motivato, dopo la promulgazione della legge del 27 aprile 1956, da indicazioni mediche e (salvo controindicazione medica) dalle condizioni di esistenza difficile della donna incinta, o se si presuma che la gravidanza sia il risultato di un atto criminale.

Questa liberalizzazione ha portato una riduzione considerevole del numero di aborti illegali. Parallelamente, la mortalità dovuta all'aborto è passata da 76 casi nel 1959 a 26 nel 1965. Per contro la natalità, che in Polonia era nel 1952 due volte superiore a quella del Regno Unito, è caduta nel 1965 al disotto di quella di quest'ultimo paese.

È interessante notare che, secondo una statistica fatta nel 1968, su 121.700 aborti legali 120.000 erano stati autorizzati per motivi d'ordine sociale contro 1.700 autorizzati per ragioni d'ordine medico.

Ai termini dell'ordinanza del 19 dicembre 1959 in applicazione della legge del 27 aprile 1956, ogni donna incinta che ha l'intenzione di interrompere la sua gravidanza deve recarsi da un medico perché le rilasci un certificato dichiarante ammissibile questo intervento. Se l'operazione è richiesta a causa delle sue condizioni di vita, la donna è tenuta a presentare al medico un certificato attestante tali condizioni (dopo il 1960, tuttavia, una dichiarazione verbale della donna sembra essere sufficiente per stabilire la sua situazione sociale difficile). Fondandosi sugli esami effettuati o, se si tratta di una interruzione di maternità a causa delle condizioni di esistenza difficili della donna, basandosi sul certificato rilasciatole, il medico stabilisce se vi sono le condizioni di interruzione della maternità. Ogni medico che rilascia ad una donna un certificato dichiarante ammissibile una interruzione della gravidanza, deve tuttavia informarla sui mezzi per prevenire la gravidanza e darle l'indirizzo degli ospedali dove può procedere all'aborto. Ogni donna, alla quale un medico avrà rilasciato un certificato dichiarante che l'interruzione della gravidanza non può essere autorizzata, ha il diritto di recarsi alla sezione sanitaria del Consiglio popolare, nella cui giurisdizione si trova il suo domicilio, per chiedere che il suo caso sia sottoposto a una commissione medica (composta di tre medici). Ogni medico che proceda a interruzioni di gravidanza al di fuori di un ospedale pubblico del Servizio di sanità deve tenere una cartella medica degli interventi praticati e mandare, ogni trimestre, alla sezione sanitaria del Consiglio popolare del distretto un rapporto sul numero di tali interventi. Una istruzione in data 19 dicembre 1959 ha fissato le modalità secondo le quali le interruzioni di gravidanza possono farsi sotto forma ambulatoriale.

Romania

In Romania la liberalizzazione dell'aborto, introdotta per decreto del 30 settembre 1957, ha avuto per risultato di far abbassare il tasso di natalità che era del 25,6‰ nel 1955 al 16,2‰ nel 1962 e al 14,6‰ nel 1965. Questa diminuzione si è tradotta in un aumento crescente del numero di aborti legali, che sono stati stimati 112.000 per il 1958, 219.600 per il 1959, 1.115.000 per il 1965.

Fino all'anno 1966, quando le disposizioni in materia d'aborto sono state nuovamente emanate, le condizioni dell'interruzione della gravidanza erano così facili che ricorrevano a questa pratica, senza alcun ricovero in ospedale, le turiste straniere che si recavano in Romania. Parallelamente alla promulgazione del decreto del 29 sett. 1966, che regolamentava l'interruzione della

gravidanza, un decreto modificava le disposizioni del codice penale prevedendo che ogni aborto provocato in condizioni non previste dalla legge costituisca un delitto penale, e che ogni medico che provoca l'aborto in un caso d'urgenza senza autorizzazione e senza avere avvertito l'autorità competente nel tempo richiesto, commette ugualmente delitto (disposizioni che sono state ulteriormente riprese dal nuovo testo del codice penale fissato dalla legge del 21 giugno 1968). Questa nuova politica ha avuto per risultato immediato di aumentare considerevolmente la natalità nel corso dell'anno e di abbassare il numero degli aborti legali (secondo le notizie comunicate dal Ministero di Sanità di Romania, questo numero è stato di 51.650 nel 1967).

Il decreto n. 770 del 29 sett. 1966 è stato seguito dalle istruzioni di applicazione in data 19 ott. 1966 e prevede che l'interruzione della gravidanza, interdetta in principio, può tuttavia essere eccezionalmente autorizzata quando:

1. la gravidanza mette in pericolo la vita della donna e il pericolo non può essere eliminato in altro modo;

2. uno dei genitori è affetto da una malattia grave a carattere ereditario o tale che può provocare malformazioni congenite gravi;

3. la donna incinta presenta turbe psico-fisiche o sensoriali gravi;

4. la donna ha più di 45 anni;

5. la donna è già madre di 4 bambini conviventi;

6. la gravidanza è il risultato di violenza carnale o di incesto.

Le indicazioni mediche e giudiziarie che possono dar luogo all'interruzione della gravidanza sono specificate in annesso, precisandosi però che l'esistenza di tali malattie non significa necessariamente una indicazione assoluta.

L'interruzione della gravidanza è autorizzata da una commissione medica creata nei distretti e nelle città della Repubblica che dispongono delle specializzazioni di ostetricia e di ginecologia. Questa commissione ha sede nell'ospedale di cui fa parte il servizio di ostetricia e di ginecologia dove sarà effettuato l'intervento. Se l'autorizzazione è accordata, la commissione medica la comunicherà alla direzione dell'ospedale. L'intervento non può essere effettuato che entro i primi tre mesi della gravidanza e, eccezionalmente, in caso di pericolo per la vita della donna, fino al 6° mese. Un registro speciale degli interventi deve essere tenuto dall'ospedale o dal servizio d'ostetricia e di ginecologia. Alla sua uscita dall'ospedale la donna riceve una guida di educazione sanitaria concernente la regolazione delle nascite. Il medico che procede all'interruzione della gravidanza d'urgenza deve avvertire entro le 24 ore, per telefono o per iscritto, il procuratore del distretto o della città. Egli deve menzionare sulla scheda di osservazione le constatazioni fatte durante gli esami delle interessate e menzionare l'esistenza eventuale di segni di manovre abortive.

Cecoslovacchia

In Cecoslovacchia è stata promulgata nel 1957 una legge specifica relativa all'interruzione artificiale della gravidanza. Questa legge, che ha abrogato le disposizioni dell'articolo 218 della legge penale n. 86 del 1950 (che prevedeva che eccezionalmente l'aborto non era punibile quando la gravidanza o il parto potevano compromettere la salute della donna o se uno dei coniugi era affetto da una malattia ereditaria grave, la diagnosi medica dovendo essere confermata da un medi-

co e l'intervento non potendo farsi che con consenso dell'interessata e nel complesso ospedaliero), mira, com'è precisato nelle disposizioni preliminari, a prevenire i danni causati alla salute e alla vita delle donne da interventi praticati da persone non qualificate e fuori dei complessi ospedalieri.

Si stimava in effetti che fino al 1957 il numero di aborti criminali annui oscillasse da 100.000 a 300.000 (le cifre citate da Heiss[6] essendo tuttavia inferiori a questo dato), quello degli aborti legali si aggirava sui 2.000-7.000. Dopo la promulgazione della nuova legge del 1957 e delle sue disposizioni di applicazione, una statistica per il periodo 1958-67 ha indicato un numero di aborti legali variante da 70.000 a 90.000 per anno.

Per l'anno 1968 questo numero è stato di circa 100 mila. Sembra tuttavia che il numero di aborti illegali resti assai elevato e non sia diminuito che in una proporzione dal 65 all'80%.

Ai termini della legge n. 68 del 19 dic. 1957 sopra citata, la gravidanza non può essere interrotta artificialmente che col consenso della donna incinta (o eventualmente del suo rappresentante legale) e con l'autorizzazione di una commissione speciale, autorizzazione che non può essere accordata che per motivi medici o per altri motivi particolarmente degni di considerazione. Inoltre, l'intervento non può essere praticato che in ospedale.

Le modalità di applicazione di questa legge sono attualmente regolate dal decreto governativo del 21 dic. 1962, modificato tuttavia in data 6 luglio 1966. La procedura di interruzione della gravidanza è inoltre stata precisata con istruzioni ministeriali, di cui l'ultima è quella del 17 sett. 1966. Le ragioni di salute (indicazioni mediche) che giustificano l'interruzione della gravidanza sono oggetto di una enumerazione dettagliata, data in annesso. D'altra parte, sono considerati come particolarmente degni di considerazione e giustificanti l'intervento i motivi seguenti:

1. l'età avanzata della donna;

2. l'esistenza di almeno 3 bambini;

3. il decesso del coniuge o la sua invalidità;

4. la rottura dei legami familiari;

5. il fatto che la responsabilità economica della famiglia e la responsabilità del bambino gravino sulla donna;

6. l'esser donna non sposata;

7. il fatto che la gravidanza risulti da una violenza carnale o da altro atto criminale. Tuttavia l'interruzione della gravidanza non può aver luogo (salvo se la continuazione può mettere in pericolo la vita della donna) quando si presentano le seguenti controindicazioni: durata della gravidanza superiore a 12 settimane; malattie infiammatorie acute o croniche degli organi genitali; focolai purulenti rappresentanti un rischio per la riuscita dell'intervento; malattie contagiose acute; il fatto che una interruzione di gravidanza sia già stata praticata nel corso degli ultimi 6 mesi; incompatibilità sanguigna del sistema A-B-O in donne che non hanno avuto figli. La donna che desideri subire l'interruzione artificiale della gravidanza deve rivolgersi, sia direttamente sia per mezzo del medico curante, al direttore del servizio di ginecologia di ogni ospedale con policlinico situato nel distretto in cui essa ha il domicilio permanente o il posto di lavoro o la scuola che frequenta; se non esiste alcun ospedale con policlinico nel circonda-

6. H. Heiss, *Die Abtreibungsfrage in Europa und in ausereuropäischen Ländern*, Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag, 1967, p. 56.

rio, deve recarsi dal direttore del servizio di ginecologia dell'ospedale. Il capo del servizio ginecologico trasmette la domanda alla commissione di interruzione della gravidanza creata in seno alla sezione sanitaria del Consiglio popolare del distretto (o della circoscrizione equivalente). Questa commissione (che comprende 3 membri, di cui un medico appartenente di preferenza al servizio di ginecologia e ostetricia di un ospedale con policlinico) deve esaminare la situazione globale risultante dall'insieme di disturbi d'ordine medico e dalle condizioni sociali, prendendo in considerazione le controindicazioni previste dalle disposizioni in vigore e decidere se l'intervento debba essere intrapreso nonostante eventuali controindicazioni.

L'interruzione della gravidanza, eventualmente autorizzata, deve avere luogo nel reparto di ginecologia dell'ospedale con policlinico, il cui capo è membro della commissione, o, su domanda dell'interessata, in un altro ospedale con policlinico. La commissione di interruzione della maternità si astiene dal convocare la donna incinta per l'esame della sua domanda nel caso di intervento giustificato per motivi di ordine medico debitamente constatati da un medico, o quando la richiedente ha più di 40 anni, ha almeno tre bambini viventi o è vedova, o quando la maternità risulta da una violenza carnale o da altro atto criminale. Prima della fine della degenza ospedaliera, il medico che ha proceduto all'intervento deve istruire la donna sulle misure anticoncezionali e avvertirla che ogni interruzione eventuale di gravidanza ulteriore non può avere luogo prima di un periodo di 6 mesi.

In caso di rigetto della domanda, il presidente della commissione di interruzione della gravidanza del distretto deve informare la richiedente della possibilità di ricorrere in appello presso la commissione provinciale di interruzione della maternità.

L'autorizzazione di interruzione della gravidanza può essere accordata alle straniere nelle condizioni che sono state già analizzate altrove.

Ai fini di perseguire le persone che procedono ad aborto illegale, è obbligo di ogni medico di dichiarare, al procuratore del distretto o ad altri servizi competenti, ogni caso in cui sarà stato constatato, in occasione di esame medico e fondandosi su indizi scientificamente stabiliti, l'esistenza, nella paziente, di una interruzione di gravidanza praticata in infrazione alla legislazione in vigore. La stessa procedura deve essere seguita in caso di morte per aborto illegale.

Unione Sovietica

In U.R.S.S., in un primo periodo dal 1917 al 1920, l'aborto era considerato illegale anche su indicazioni mediche. Nel 1920, un decreto emanato congiuntamente dal Commissariato del Popolo alla Sanità e dal Commissariato del Popolo alla Giustizia rese legale l'aborto a ostacolare la pratica dell'aborto clandestino; infatti, in seguito alle manovre abortive criminali, una percentuale, fino al 50%, di donne che avevano abortito era affetta da complicazioni infettive, con decessi fino al 4%.

Questo decreto precisava tuttavia che l'intervento doveva aver luogo negli ospedali e non poteva essere praticato che da medici; il medico che praticava l'aborto nell'esercizio privato della sua professione e a fine di lucro, commetteva reato. Questa legislazione sull'aborto prevedeva tuttavia restrizioni, e l'intervento doveva, salvo pericolo grave per la salute della donna, essere fortemente sconsigliato, e, se possibile, rifiutato in caso di prima gravidanza. I medici erano inoltre tenuti a sconsigliare l'operazione (tuttavia essi non potevano rifiutarla tranne nel caso che la gravidanza

642

datasse da piú di 2 mesi e mezzo) e a dissuadere la donna dal ricorrervi qualora non esistessero ragioni di ordine sociale, economico o medico che giustificassero la pratica abortiva, se la donna aveva meno di 3 figli e disponeva di risorse necessarie per mantenerne un altro.

L'applicazione del decreto del 1920 accrebbe considerevolmente gli aborti (per l'anno 1934, 700.000 aborti legali erano registrati nella sola R.S.F.S.R.) e, per rimediare a questa situazione, fu pubblicato nel 1936 un nuovo decreto che limitava l'intervento ai casi in cui la gravidanza poteva mettere in pericolo la vita della donna o presentare un rischio grave per la sua salute, o a quelli in cui una malattia dei genitori poteva trasmettersi alla discendenza. L'operazione doveva avvenire in ospedali. Poco dopo, il Commissariato del Popolo alla Sanità stabilì una lista precisa delle indicazioni mediche raggruppate sotto 15 rubriche, di cui l'ultima relativa ai casi di malattie ereditarie (emofilia, deficienza mentale, epilessia, sordomutismo, ecc.); questa lista era seguita da un elenco di controindicazioni (blenorragia, vulvovaginite, bartolinite, focolai purulenti, malattie infettive acute, ecc.). Questo decreto è rimasto in vigore (tranne una modifica introdotta nel 1954, a sopprimere le sanzioni penali di cui erano passibili le donne incinte in caso di aborto provocato) fino alla promulgazione del decreto del 23 nov. 1955 che riprende nelle sue grandi linee le disposizioni del decreto del 1920 e « rilegalizza » la pratica dell'aborto.

Questo decreto del 1955 prevede che l'interruzione della gravidanza è autorizzata solo negli ospedali e negli altri complessi sanitari, conformemente alle disposizioni di una istruzione emanata dal ministro della Sanità dell'URSS; i medici e le persone che non hanno la qualifica di medici specializzati e che praticano aborti fuori di questi ospedali o complessi, sono passibili di procedimento penale. L'istruzione del 28 dic. 1955, che precisa le norme di applicazione di questo decreto,

prevede che ogni donna incinta che ne faccia domanda può ottenere l'interruzione della gravidanza.

Tuttavia l'operazione non può aver luogo se esiste alcuna delle controindicazioni già enumerate precedentemente.

La donna che desidera interrompere la sua gravidanza deve richiedere un certificato al medico della Sanità pubblica locale, a un ginecologo o, in certi casi, a un medico esercitante in un centro di consultazione sociale. Dopo un esame approfondito, il medico deve confermare che esiste una indicazione di aborto e eventualmente indirizza l'interessata a un ospedale (la spedalizzazione minima è di 3 giorni); secondo una statistica, resa pubblica recentemente, è divenuta pratica corrente che un ginecologo discuta con la donna dei motivi della sua domanda e l'avverta delle possibili conseguenze dell'intervento. Un giurista è consultato nei casi sociali difficili. Se la donna persiste nel chiedere l'interruzione di gravidanza la sua richiesta deve essere accettata.

Secondo Mehlan[7] nell'URSS si procede a circa 6 milioni di aborti legali all'anno. Secondo David[8] la cifra è di 1,6 aborti per una nascita vivente nel 1960, e di 2,5-3 aborti per una nascita vivente nel 1965.

Jugoslavia

In Jugoslavia, l'interruzione della gravidanza dopo l'entrata in vigore del decreto dell'11 gennaio 1952 poteva essere autorizzata sulla base di indicazioni mediche,

7. K. - H. Mehlan, *Abortion in Eastern Europe*, in R. E. Hall, ed., *Abortion in a changing world*, New York and London, Columbia University Press, 1970, vol. 1.

8. H. P. David, *Family planning and abortion in the socialist countries of Central and Eastern Europe*, New York, The Population Council, 1970.

eugenetiche, morali (gravidanza risultante da un atto criminale), eccezionalmente medico-sociali; queste indicazioni sono state allargate dal decreto del 16 febb. 1960 che ha abrogato il decreto citato precedentemente e, in seguito, dal decreto del 26 aprile 1969. Ai termini dell'art. 3 di quest'ultimo testo, l'interruzione di gravidanza può attualmente essere eseguita con il consenso o su richiesta della donna incinta:

1. quando il medico constata che nessun altro mezzo può salvare la sua vita o prevenire un pericolo grave alla sua salute durante la gravidanza o durante il parto o dopo (in questo caso l'intervento può aver luogo in qualsiasi momento della gravidanza);

2. quando si possa ritenere che, per malattia dei genitori, il bambino rischia di nascere con gravi deficienze fisiche o mentali (l'intervento tuttavia non può aver luogo dopo il terzo mese di gravidanza, tranne nel caso in cui si rischi un danno più grave per la salute della donna o un pericolo immediato per la sua vita);

3. quando la gravidanza risulta da un atto criminale (violenza carnale, incesto, ecc.), (l'intervento tuttavia ha luogo quando concorrano le condizioni previste al n. 2).

Inoltre, conformemente alle disposizioni dell'art. 4, l'intervento è eseguito, su richiesta della donna incinta, quando questa rischi di trovarsi, durante la gravidanza o dopo il parto, in condizioni personali, familiari, materiali, ecc., difficili; l'operazione tuttavia non può avere luogo che durante i primi tre mesi della gravidanza.

Questo stesso decreto del 1969 prevede che la donna debba essere informata delle conseguenze che possono risultare dall'interruzione della gravidanza e dei mezzi anticoncezionali da utilizzare in seguito. L'intervento deve aver luogo in complessi sanitari che soddisfino le condizioni richieste per portare a buon fine l'operazione.

Il complesso sanitario, dove è eseguita l'interruzione di gravidanza, deve dichiarare al servizio competente tutti i casi di morte fetale nel tempo di 3 giorni. Inoltre, qualora si sospettino manovre criminali, il direttore del complesso che porta a termine l'aborto deve farne, senza ritardo, dichiarazione al Consiglio competente.

In attesa che siano pubblicate le norme di applicazione del decreto del 26 aprile 1969, la procedura di esame delle domande di interruzione della gravidanza è guidata dalle prescrizioni del decreto del 16 febb. 1960 e dell'istruzione del 28 ott. 1960. Le domande sono esaminate da commissioni di I^a^ e II^a^ istanza costituite presso i complessi sanitari che dispongono di un servizio di ginecologia debitamente organizzato (ospedali generali, maternità, cliniche di ginecologia o ostetricia). Queste commissioni, che devono rendere le loro decisioni in un tempo di 3 giorni dopo l'inoltro della domanda (o di una settimana al più, se ragioni valevoli lo giustifichino), sono composte di 2 medici (di cui uno specialista in ostetricia e ginecologia) e di un assistente sociale. La commissione di prima istanza esamina se sono contemplate le condizioni per l'autorizzazione di interruzione della gravidanza, e prende le sue decisioni a maggioranza, salvo che uno dei medici affermi che esistono controindicazioni mediche. Se la domanda è respinta, la commissione deve avvertire la richiedente che può inoltrare domanda perché il suo caso sia esaminato dalla commissione di II^a^ istanza.

Nonostante le disposizioni relativamente liberali di questa legislazione, si è rilevato che il numero degli aborti illegali rimane notevole. Secondo una stima ufficiale, il numero annuale di aborti ammonterebbe a più di 200.000 casi, di cui il 70% eseguiti in condizioni legali. In effetti, una percentuale notevole (40-50%) di donne la cui domanda è stata già respinta (la percentuale delle domande rifiutate si aggirerebbe sul 10-12% in Jugoslavia) abortisce in condizioni illegali. Inoltre, in certi

casi, soprattutto nelle zone rurali, le donne preferiscono abortire illegalmente anche se potrebbero praticare l'intervento conformandosi alla procedura legale; altre ricorrono all'aborto clandestino per mantenere l'anonimato.

La maggior parte dei nuovi stati africani ha conservato, in materia d'aborto, la legislazione introdotta dai paesi colonizzatori; pertanto, in pratica, è autorizzato soltanto l'aborto terapeutico, mirante a salvaguardare la vita della donna incinta.

A questo riguardo Akinla[9] rileva che l'adozione nel 1967 da parte del Regno Unito d'una legislazione più liberale non ha ancora influenzato le disposizioni legislative dei paesi africani di lingua inglese; essi in effetti mantengono ancora in vigore le disposizioni dell'« Offences against the Person Act » del 1861.

Lo stesso vale per i paesi di lingua francese, che spesso hanno conservato la legislazione relativa all'aborto del Codice penale, del Codice della Sanità pubblica, e del Codice di deontologia medica francese.

Infatti, nella Costa d'Avorio, l'art. 37 della legge n. 62.248 del 31 luglio 1962, istituendo un Codice di deontologia medica, riprende le disposizioni dell'art. 38 del Codice di deontologia francese.

Lo stesso è per il Senegal, a proposito delle disposizioni dell'art. 35 del decreto del 10 febbraio 1967.

---

9. O. Akinla, *Abortion in Africa*, in R. E. Hall, ed., *Abortion in a changing World*, New York and London, Columbia University Press, 1970, vol. I.

L'Algeria, da parte sua, nel Codice penale emanato con l'ordinanza n. 66-156 dell'8 giugno 1966 non prevede in alcun caso l'aborto autorizzato, salvo che non sia indispensabile per salvare la vita della madre e sia praticato da un medico o chirurgo dopo averne dato avviso all'autorità amministrativa.

Altri paesi si sono allontanati dalla legislazione francese: è il caso del Camerun, del Marocco, della Tunisia.

Nel Camerun, l'art. 339 del Codice penale, promulgato con la legge del 12 giugno 1967, prevede che le sanzioni previste in caso d'aborto non sono applicabili se la pratica viene eseguita da persona qualificata e se è giustificata dalla necessità di salvare la donna incinta da un grave pericolo per la salute.

D'altra parte, quando la gravidanza è il risultato d'una violenza carnale, l'aborto medico non costituisce trasgressione se è effettuato dopo l'autorizzazione a procedere del Pubblico ministero.

In Marocco, un decreto reale in data 1° luglio 1967 ha abrogato il decreto del Sultano del 10 luglio 1939 che puniva l'aborto provocato e la propaganda anticoncezionale.

Il medesimo decreto ha modificato le disposizioni dell'art. 453 del Codice penale, prevedendo d'ora innanzi che l'aborto non sia più punito quando costituisca una misura necessaria per salvaguardare la salute della madre e sia praticato da un medico o chirurgo con l'autorizzazione del coniuge.

Dunque, se il medico ritiene che la vita della donna incinta sia in pericolo, l'autorizzazione non viene richiesta, pur dovendosene dare notizia al medico-capo della prefettura o della provincia.

In mancanza del coniuge o qualora questi rifiuti di dare il suo consenso o ne sia impedito, il medico o chirurgo non può procedere all'intervento chirurgico o intraprendere una terapia per l'interruzione della gravidanza, se non dopo avviso scritto del medico-capo della

prefettura o provincia, attestante che la salute della madre non può essere salvaguardata che per mezzo di tale trattamento.

In quanto alla Tunisia, la legge del 1° luglio 1965 relativa all'aborto precisa che, ai termini del nuovo art. 214 del Codice penale, l'interruzione provocata della gravidanza è autorizzata se praticata durante i primi 3 mesi e se i due coniugi hanno almeno 5 figli viventi.

L'intervento può essere ugualmente praticato quando la salute della madre rischi d'essere compromessa dalla continuazione della gravidanza.

Gli interventi non possono essere praticati che in un complesso ospedaliero o in una clinica autorizzata, e da medici che esercitano legalmente la loro professione.

L'Etiopia occupa in Africa un posto a parte avendo adottato, in materia d'aborto, nel suo Codice penale in data 23 luglio 1957, disposizioni ispirate a quelle del Codice penale svizzero.

Le prescrizioni applicabili all'interruzione terapeutica della gravidanza sono contenute negli art. 534 e 536.

« 534. Interruzione terapeutica della gravidanza:

1. L'interruzione terapeutica della gravidanza non è punibile quando ha luogo per salvare la donna incinta da un pericolo grave e permanente che minaccia la sua vita o salute e che è impossibile allontanare diversamente, a condizione che sia praticata nel rispetto delle norme legali vigenti.

2. Eccetto impossibilità, questo pericolo deve essere riconosciuto e attestato per scritto da un medico autorizzato a praticare in Etiopia, dopo aver esaminato lo stato di salute della richiedente.

3. L'interruzione della gravidanza sarà subordinata:

a) alle constatazioni e all'avviso conforme, osservato lo stato di bisogno, d'un secondo medico specialista riguardante lo stato di salute della donna incinta, e

autorizzato dall'autorità competente, in generale o di caso in caso, a concedere l'autorizzazione necessaria;

b) al consenso, debitamente stabilito, dato dalla donna incinta o, se essa è incapace, secondo le disposizioni del diritto civile riguardanti il suo stato fisico, dai suoi parenti prossimi o dal suo rappresentante legale.

4. Il medico che pratica l'interruzione non può modificare queste condizioni appellandosi ai doveri professionali (art. 65); se egli procede al di fuori delle garanzie legali, le sanzioni sull'aborto gli sono applicate ».

« 536. Caso d'urgenza:

1. In caso di grave e imminente pericolo, che non può essere allontanato se non da un intervento immediato, sono applicabili (art. 71) le disposizioni sullo stato di necessità.

2. Il consenso preliminare della donna incinta o, in mancanza, dei suoi parenti o del suo rappresentante legale, qualora possibile... è richiesto...

Nella maggior parte dei paesi dell'Asia, secondo le informazioni disponibili (in particolare nei paesi già sotto tutela), la legislazione relativa all'aborto è assai repressiva, e ogni intervento è passibile di pene, tranne se praticato per salvare la vita della madre.

Una politica fondamentalmente differente è stata tuttavia adottata nel 1948 dal Giappone, con la promulgazione della legge di protezione eugenica; una riforma della legislazione in vigore è attualmente esaminata in India, dove un « progetto di legge relativo all'interruzione medica della gravidanza » è stato sottoposto al parlamento nel 1969.

Una legge liberale sull'aborto è stata inoltre adottata nel 1969 a Singapore.

In Cambogia l'art. 459 del Codice penale, promulgato con ordinanza reale del 23 luglio 1934, prevede che l'aborto non è punibile se costituisce una misura necessaria per salvare la vita della madre e se è praticato da un medico qualificato dopo l'avviso dato alle autorità comunali.

Nella repubblica della Corea del Sud, al contrario, il Codice penale del 1953 non prevede alcun caso non punibile d'interruzione terapeutica della gravidanza. In effetti l'art. 269 di questo codice prevede pene sia per la donna che, per mezzo di medicinali o altri modi, abortisce, sia per la persona che procura l'aborto. L'art. 270 pre-

vede sanzioni ancora più severe riguardo a medici, levatrici o farmacisti che avranno praticato un aborto.

Nel Pakistan si ritrovano le medesime disposizioni che nel Regno Unito prima del 1967; l'art. 312 del Codice penale del 1860 non deroga all'interdizione generale della pratica dell'aborto se non quando sia effettuata per salvare la vita della madre. Tuttavia, sembra che, contro la legge, un numero considerevole di donne maritate ricorrano all'aborto illegale, probabilmente per motivi sociali ed economici.

In Thailandia, la legge del 13 nov. 1956 promulgata nel Codice penale, prevede, all'art. 305, che l'aborto praticato da un medico non sia punibile se l'intervento è necessario per preservare la salute della donna o quando la gravidanza è il risultato d'un atto previsto dalla legislazione penale (violenza carnale, rapporti sessuali con una minore di 13 anni, seduzione di una minore di 18 anni, ecc.).

Il numero effettivo di aborti terapeutici praticati in Thailandia è tuttavia estremamente basso.

India

In India, come nel Pakistan, l'interruzione della gravidanza è ancora retta dalle disposizioni dell'art. 312 del Codice penale del 1860, secondo cui è punibile ogni aborto, tranne che si tratti di salvare la vita della donna, le pene essendo d'altronde più severe a partire dal momento in cui il feto comincia a manifestare i movimenti spontanei.

Nonostante il carattere repressivo di questa legislazione, sembra probabile, secondo Chandrasekhar,[10] che il

10. S. Chandrasekhar, *Abortion in India*, in R. E. Hall, ed., *Abortion in a changing World*, New York and London, Columbia University Press, 1970, vol. 1, pp. 245-250.

numero annuale d'aborti in questo paese tocchi la cifra di 5 milioni; più del 90% delle donne che praticano l'aborto sono maritate.

In questa situazione, per porre rimedio ai danni provocati dalla pratica dell'aborto illegale, la Commissione centrale di pianificazione familiare ha proposto, nel 1964, la creazione d'un comitato incaricato di esaminare i problemi dell'aborto sotto i differenti aspetti: legale, medico, morale e sociale. Questo comitato, istituito poco dopo, ha presentato alla fine del 1966 le sue raccomandazioni per una liberalizzazione della legislazione in materia, e nel 1969 è stato presentato al parlamento un « progetto di legge sull'interruzione medica della gravidanza ».

Questo testo prevede deroghe importanti alle disposizioni del Codice penale, e precisa che la gravidanza può essere interrotta, da un medico quando non supera le 12 settimane, o da due medici operanti congiuntamente quando è superiore a 12 settimane ma inferiore a 20 settimane; purché il medico o i medici giudichino che:

1. il proseguimento della gravidanza implica un rischio per la vita della donna incinta o attenti alla sua salute fisica o mentale;

2. che, alla nascita, l'infante rischi seriamente d'essere colpito da anomalie fisiche o mentali suscettibili di gravi squilibri.

Alcune note esplicative specificano due casi in cui la gravidanza può essere considerata un attentato grave alla salute mentale della donna: 1. l'angoscia causata dalla gravidanza, quando la donna incinta dichiara che è il risultato d'una violenza carnale; 2. l'angoscia causata da una gravidanza non desiderata, quando la gravidanza risulta dal fallimento di metodi anticoncezionali utilizzati dalla donna maritata o dal coniuge (questa ul-

tima disposizione costituisce un fatto nuovo, che potrebbe dare una interpretazione più larga alla nozione di danno potenziale alla salute mentale della donna incinta). Inoltre, per determinare se la prosecuzione della gravidanza potrà implicare un rischio tale da attentare alla salute fisica o mentale dell'interessata, si può tener conto delle condizioni in cui la donna vive al momento considerato o sarà chiamata, prevedibilmente, a vivere.

Questa disposizione, che riprende d'altra parte una disposizione di legge del 1967 sull'aborto del Regno Unito, introduce così la nozione dell'indicazione medico-sociale.

Tuttora, ai termini di questo progetto di legge, si intende che l'interruzione della gravidanza non può aver luogo che in un ospedale ufficiale o in altro luogo delegato a questo compito dal Governo.

Questo progetto sembra tuttavia lontano dal ricevere un appoggio unanime, e un certo numero d'obiezioni serie a questo riguardo sono state recentemente formulate da Bose. Inoltre, l'associazione medica indiana raccomanda prudenza al Governo, particolarmente data l'insufficienza del personale e dei mezzi ospedalieri.

Giappone

In Giappone le disposizioni relative all'aborto sono contenute nella legge del 13 luglio 1948, detta « legge di protezione eugenica » (che ha sostituito la legge nazionale del 1940 sull'eugenia, le cui disposizioni relative all'aborto provocato erano molto restrittive e il cui testo è stato rivisto più volte: l'ultima modifica è in data 21 aprile 1960).

Dal 1949 al 1955, il numero degli aborti ufficiali dichiarati all'autorità è cresciuto passando da 246.104 a 1.170.143. Successivamente, si è constatata una diminuzione del numero di aborti legali. Tuttavia, secondo

Muramatsu,[11] le cifre più recenti non corrispondono più alla realtà dei fatti perché attualmente i medici tendono a non dichiarare questi aborti.

Infatti, per farsi una idea esatta del numero degli aborti che hanno luogo in Giappone, bisognerebbe moltiplicare i dati ufficiali per un fattore da 1,6 a 2.

Il medesimo autore precisa che, come è prevedibile, la maggior parte degli aborti sono praticati per ragioni che non hanno rapporto con la salute della donna.

La legge attuale del 1960 presenta differenti caratteristiche, di cui la principale è di esordire con un capitolo concernente l'« operazione eugenica ».

Questa — definita come un intervento che, senza ablazione delle gonadi, ha lo scopo di prevenire la procreazione — può essere eseguita a discrezione di un medico nei casi seguenti:

1. quando la persona in questione o il coniuge è colpito da psicopatia ereditaria, da una affezione somatica ereditaria o da una malformazione ereditaria, o quando il coniuge è affetto da malattia o debolezza mentale;

2. quando la persona in questione o il coniuge ha un parente, consanguineo fino al 4° grado, affetto da malattia mentale ereditaria, da debolezza mentale ereditaria, da psicopatia ereditaria, da affezione somatica ereditaria o da malformazione ereditaria;

3. quando la persona in questione o il coniuge è affetto da lebbra e può trasmettere la malattia ai suoi discendenti;

4. quando la gravidanza o il parto potrebbe mettere in pericolo la vita della madre;

---

11. M. Muramatsu, *Abortion in Japan*, in R. E. Hall, ed., *Abortion in a changing World*, New York and London, Columbia University Press, vol. I, 1970, pp. 260-266.

5. quando la madre ha già più figli e il parto potrebbe attentare seriamente al suo stato di salute.

Nei casi di cui ai punti 4 e 5 l'operazione eugenica può essere effettuata sul coniuge.

Il medico deve tuttavia rivolgere alla Commissione di protezione eugenica competente una domanda d'inchiesta, ogni volta che l'intervento gli pare necessario per prevenire la trasmissione d'una delle malattie menzionate nell'annesso della legge:

1. psicosi ereditarie: schizofrenia, psicosi maniaco-depressiva, epilessia;

2. debolezza mentale ereditaria;

3. psicopatia ereditaria grave: erotomania, forte tendenza criminale;

4. affezioni somatiche gravi: corea ereditaria cronica, atassia spinale ereditaria, atassia cerebrale ereditaria, atrofia muscolare progressiva, distrofia muscolare progressiva, miotonia, miotonia' congenita, malformazione congenita delle cartilagini, leucemia, ittiosi, neurinomi multipli, sclerosi a placche, epidermolisi bullosa ereditaria, porfirinuri congenito, cheratoma palmare e plantare ereditario, atrofia ereditaria del nervo ottico, degenerazione pigmentare della retina, acromatopsia, nistagmo congenito, sclerite bleu, sordità ereditaria, emofilia;

5. malformazione ereditaria importante: malformazione della mano o del piede, malformazione congenita delle ossa.

L'interruzione artificiale della gravidanza può aver luogo alle condizioni prescritte dall'art. 14 della legge, che precisa:

1. Il medico designato dall'Associazione medica, organismo che gode di personalità giuridica (nel seguito

del testo: « il medico designato »), può effettuare l'interruzione della gravidanza, a sua discrezione e con il consenso dell'interessata o del coniuge, su ogni persona che rientri in una delle categorie menzionate qui sotto:

a) a persona, o il suo coniuge, affetta da psicosi, debolezza mentale, affezioni mentali, affezione somatica ereditaria o malformazione ereditaria;

b) parente consanguineo fino al quarto grado di una persona, o suo congiunto, affetto da psicosi ereditaria, debolezza mentale ereditaria, affezione mentale ereditaria, affezione somatica ereditaria o malformazione ereditaria;

c) persona, o suo congiunto, affetta da lebbra;

d) madre la cui salute può essere gravemente compromessa dal prolungamento della gravidanza o dal parto, per ragioni fisiche o economiche;

e) persona il cui concepimento è il risultato d'un atto di violenza carnale o di minaccia o per incapacità a resistere.

2. Il consenso di cui al paragrafo 1° non è richiesto quando il coniuge non può essere identificato, se rifiuta di dichiarare le sue intenzioni o se è scomparso dopo il concepimento.

3. Se la persona, che deve subire l'operazione d'interruzione terapeutica della gravidanza, è affetta da una malattia mentale, o da debolezza mentale, il consenso della persona chiamata a difendere i suoi interessi in virtù dell'art. 20 (il tutore, il coniuge, la persona che esercita la patria potestà o chiamata a sovvenire ai suoi bisogni) o dell'art. 21 della legge su l'igiene mentale (il sindaco della città, del comune o del villaggio) sostituisce il consenso dell'interessata.

Il capitolo 5 della legge prevede la creazione di uffici di consultazione chiamati a dare consigli sulla protezione eugenica e in particolare a divulgare e raccomandare procedimenti anticoncezionali adeguati.

Questi uffici devono disporre d'un medico che possegga le qualifiche richieste dal ministro della Sanità e della Previdenza sociale e di una *équipe* sufficiente per gli esami e gli interventi.

Il medico che abbia effettuato un'operazione eugenica o una interruzione terapeutica della gravidanza, deve farne rapporto all'autorità, indicando il numero d'interventi effettuati nel corso del mese e i motivi che li giustificano.

Singapore

A Singapore, dove ai termini dell'art. 312 del codice penale la pratica dell'aborto legale non è permessa se non per salvaguardare la vita della madre, la procedura d'interruzione della gravidanza viene liberalizzata con la promulgazione della legge del 31 dic. 1969, entrata in vigore il 20 marzo 1970.

Conformemente alle disposizioni di questa nuova legge, l'aborto non può essere considerato reato quando è praticato da un medico immatricolato, che interviene in base agli accordi della Commissione d'autorizzazione d'interruzione della gravidanza: questa Commissione comprende il direttore dei servizi medici, presidente, il direttore aggiunto dei servizi medici, un ostetrico-ginecologo pubblico funzionario, uno psichiatra con funzioni pubbliche, il direttore della Previdenza sociale e cinque altri membri designati dal ministro competente.

La Commissione è abilitata a designare dei comitati ai quali può delegare funzioni e poteri specifici.

La Commissione d'autorizzazione d'interruzione della gravidanza può autorizzare l'intervento quando avrà stabilito che:

1. la prosecuzione della gravidanza implicherebbe un rischio grave per la vita della donna incinta o un attentato grave alla sua salute fisica o mentale;

2. le condizioni della donna incinta, sia al momento della nascita eventuale del bambino sia dopo la nascita, giustificano, per quanto può prevedersi, l'interruzione della gravidanza (per condizioni si intendono quelle familiari e finanziarie della donna incinta);

3. il nascituro rischia fortemente d'essere affetto da anomalie fisiche o mentali suscettibili di menomarlo gravemente;

4. la gravidanza è il risultato d'una violenza carnale, d'un incesto o di rapporti sessuali illegali o con persona affetta da malattia mentale o da deficienza mentale. Inoltre, in deroga alle disposizioni precedenti, un medico immatricolato, che agisce di concerto con un altro medico immatricolato, non sarà perseguibile quando procederà a una interruzione di gravidanza se a giudizio dei due medici e in buona fede si reputa che essa è giustificata per i motivi previsti al punto 1.

In generale, l'interruzione della gravidanza non può aver luogo che in un ospedale di stato o in luogo attrezzato, salvo che un medico immatricolato intraprenda l'intervento dopo aver giudicato che esso s'impone d'urgenza per salvaguardare la vita della donna incinta, nel qual caso dovrà rivolgere alla Commissione d'autorizzazione d'interruzione di gravidanza, entro 14 giorni, una dichiarazione, esponendo le ragioni mediche che, a suo avviso, hanno giustificato l'urgenza dell'intervento.

Salvo il caso d'intervento urgente mirante a salvaguardare la vita della donna incinta, l'interruzione della

gravidanza non può essere autorizzata che per le donne che sono cittadine di Singapore o che hanno sposato un cittadino di questo stato o avranno risieduto a Singapore per un periodo minimo di 4 mesi, precedenti immediatamente la data in cui ha luogo l'operazione.

La Commissione d'autorizzazione d'interruzione della gravidanza non autorizzerà l'intervento:

1. per i motivi previsti ai punti 1 e 3, se la gravidanza supera le 24 settimane, salvo che l'operazione s'imponga d'urgenza per salvare la vita della donna incinta o per prevenire un grave attentato permanente alla sua salute fisica o mentale;

2. per i motivi previsti ai punti 2 e 4, se la gravidanza supera le 16 settimane.

Salvo i casi nei quali l'autorizzazione della Commissione d'autorizzazione d'interruzione della gravidanza non è necessaria, ogni donna che desideri interrompere la gravidanza deve fare domanda a questo organismo.

L'interessata dovrà precedentemente essere sottoposta all'esame d'un medico iscritto all'albo, scelto da lei o designato dalla Commissione. Se dopo l'esame del dossier (domanda e certificato medico e altre giustificazioni a sostegno) la domanda è respinta, la Commissione dovrà informare immediatamente per scritto la richiedente e indicare i motivi della decisione. La donna incinta non ha alcun diritto di ricorrere contro la decisione della Commissione, ma può domandare a quest'ultima di riconsiderare il caso.

La Commissione rinvia la questione davanti al medico che ha redatto il certificato medico allegato alla domanda, ingiungendogli di presentare un nuovo certificato medico relativo allo stato di salute o alle condizioni dell'interessata, e di comunicarle tutti gli elementi giustificativi nuovi che possano essere disponibili.

Si procede dunque come se si trattasse d'una prima domanda.

La Commissione d'autorizzazione d'interruzione della gravidanza non può dare parere favorevole alla domanda d'aborto se non è in possesso del consenso scritto della richiedente, relativo a questo intervento.

Il consenso scritto è dato:

1. dalla richiedente stessa se supera i 18 anni, o non supera i 18 anni ma è maritata;

2. dal coniuge o dai parenti superstiti o dal tutore, se la richiedente non supera i 18 anni (in mancanza di queste persone, dalla Commissione stessa).

La richiedente può ritirare il suo consenso in ogni momento prima dell'intervento, con riserva d'informare della sua decisione la Commissione.

Se la richiedente è affetta da malattia mentale o ritardo mentale che la rendano incapace di dare un consenso valido, la Commissione può decidere essa stessa se esistano motivi che giustificano l'interruzione della gravidanza, con riserva di consultare, precedentemente, il marito dell'interessata o, se non è maritata, il padre o tutore o, in mancanza di questi, senza consulto preliminare.

Salvo i casi nei quali l'intervento è praticato, per indicazione medica o per preservare la vita della madre, dai medici che intervengono direttamente conformemente alla legge, l'interruzione della gravidanza non può essere eseguita che da un medico abilitato specializzato in chirurgia o ostetricia (queste specializzazioni sono richieste dal Regolamento del 14 marzo 1970 sull'aborto) o che abbia acquistato esperienza speciale nella pratica di questo intervento in ragione delle funzioni esercitate in un ospedale di stato o complesso specializzato per un periodo determinato (questo periodo è stato fissato a 6 mesi dal Regolamento sopra indicato).

62

Il medico abilitato che ha certificato la necessità o l'opportunità di procedere all'interruzione della gravidanza, può, con riserva di possedere le qualificazioni o le esperienze prescritte, procedere lui stesso all'intervento in un ospedale di stato o complesso specializzato.

Medio Oriente

La maggior parte dei paesi del Medio Oriente hanno adottato, in materia d'aborto, una legislazione piuttosto repressiva.

D'altra parte, le disposizioni di questa legislazione sono raramente osservate nella pratica, e i medici stessi procedono ad aborti illegali in ospedali e cliniche private.

In Iran l'aborto non è punibile se eseguito per salvaguardare la vita della madre; in pratica tre medici devono certificare che il proseguimento della gravidanza presenta un danno per la salvezza della donna.

In Siria è ammessa l'interruzione della gravidanza per salvaguardare la vita della donna incinta; l'articolo 8 del Decreto legislativo n. 96 del 26 sett. 1952 regolamenta l'esercizio della professione prevedendo che l'aborto debba aver luogo con il consenso di almeno due medici e che il verbale attestante la necessità assoluta dell'intervento, debba essere redatto prima di esso.

In Giordania e Libano l'aborto non è autorizzato in alcun caso, ma circostanze attenuanti sono previste, se è praticato per preservare la reputazione della donna e l'onore della famiglia.

Secondo Bachi,[12] la regolamentazione applicabile in Palestina all'aborto, sotto il mandato britannico, era

12. R. Bachi, *Abortion in Israel*, in R. E. Hall, ed., *Abortion in a changing World*, New York and London, Columbia University Press, vol. I, 1970, pp. 274-283.

estremamente rigida e s'ispirava alle disposizioni dell'« Offence against the Person Act » del 1861; pochissimi casi d'aborto criminale sono stati portati tuttavia davanti al tribunale.

In Israele, la situazione legale relativa all'aborto ha subito una modifica importante nel 1952 in seguito a una sentenza del Tribunale del Distretto di Haifa, che dichiarava ammissibile l'interruzione della gravidanza per motivi medici *bona fide*, a condizione che l'operazione non fosse segreta.

Istruzioni (abrogate in seguito) furono inviate alle autorità di polizia dal Procuratore generale, raccomandando una certa tolleranza nei casi ordinari d'aborto provocato.

Più recentemente, le pene applicate a casi di aborto illecito sono state meno severe, e le pene alle donne che si autoprocurano aborto sono state soppresse.

Sembra che, in pratica, l'aborto sia relativamente facile a ottenersi e che numerose donne vi abbiano ricorso, in particolare quelle che già avevano due o tre figli.

Turchia

In Turchia, la legge del 13 gennaio 1960 sulla deontologia medica prevede all'art. 22 che l'aborto non è autorizzato che per salvare la vita della madre; l'intervento non può essere effettuato che in base a un rapporto circostanziato di due specialisti in ginecologia e, in loro mancanza, di due medici generici. La legge del 1° aprile 1965 sulla pianificazione familiare e il decreto del 12 giugno 1967 che regola l'interruzione della gravidanza, e la pratica di sterilizzazione, hanno modificato largamente la politica in materia d'aborto legale.

Attualmente, infatti, l'aborto può essere autorizzato se la gravidanza mette in pericolo o rischia di mettere

in pericolo la vita della madre, o se si prevede che lo sviluppo normale dell'embrione non è possibile, o che il nascituro sarà affetto da infermità grave o eventualmente trasmissibile ai propri discendenti.

Le malattie che giustificano l'interruzione della gravidanza sono annesse al decreto del 1967 e comprendono una serie di affezioni di differenti organi e apparati, malattie mentali, quali la schizofrenia, la psicosi maniaco-depressiva, la psicosi associata e non associata alla gravidanza, la paranoia.

I casi suscettibili di provocare una malformazione per la discendenza comprendono:

1. le malattie trattate, durante la gravidanza, col cortisone o con medicamenti suscettibili di danneggiare gravemente il nascituro;

2. i casi di trattamento per mezzo di raggi X o di radioisotopi suscettibili di avere una influenza sull'embrione o sul feto;

3. le affezioni mentali ereditarie del padre o della madre;

4. i genitori che hanno già bambini affetti da debolezza mentale dovuta ad anomalia dei cromosomi;

5. il caso delle seguenti malattie sopravvenute nel corso dei primi tre mesi di gravidanza: *a*) rosolia; *b*) epatite virale; *c*) toxoplasmosi; *d*) varicella; *e*) altre malattie da virus grave.

L'art. 6 del decreto del 1967 concerne la sterilizzazione dell'uomo o della donna; questo intervento può essere effettuato allorché la gravidanza è controindicata in ragione di una infermità o di una malattia, o allorché l'uomo o la donna sono affetti da malattie ereditarie gravi. Le circostanze che giustificano la sterilizza-

zione sono indicate nell'annesso II del decreto e comprendono:

1. malattie incurabili o di lunga durata giustificanti una interruzione della gravidanza;

2. anemia emolitica congenita;

3. emofilia;

4. corea di Huntington;

5. malattia di Wilson (degenerazione lenticolare progressiva);

6. alcune malattie ereditarie;

7. retinite pigmentosa;

8. caso in cui la madre o il padre hanno subito una enucleazione in seguito a retinoblastoma;

9. caso in cui uno dei congiunti o un membro della famiglia sono affetti da malformazioni gravi;

10. caso in cui la donna ha subito tre cesarei.

Due tipi di commissione (commissioni ordinarie e commissioni superiori) sono istituite per decidere dei casi d'aborto terapeutico o di sterilizzazione.

La commissione ordinaria comprende 3 specialisti, di cui uno in ostetricia e ginecologia, appartenenti al personale ospedaliero e designati dal Ministero della Salute e della Previdenza sociale. I loro rapporti devono essere stesi entro sette giorni. In caso d'appello contro le decisioni di questa commissione, decide la Commissione superiore d'interruzione della gravidanza e di sterilizzazione. In quanto all'interruzione della gravidanza, essa, in linea di principio, deve aver luogo negli ospedali ufficiali o nelle istituzioni private abilitate dal ministero della Sanità e della Previdenza sociale.

ASSR

Gli interventi sono subordinati al consenso scritto dell'interessata o dei parenti per le minori. Inoltre per le minori o le incapaci poste sotto tutela è necessaria l'autorizzazione del giudice conciliatore. Questa formalità tuttavia non è richiesta se il termine necessario a ottenere il benestare dei parenti o dell'autorità giudiziaria rischia di essere pregiudizievole alla salute della donna.

Paesi latino-americani

Alcuni paesi latino-americani non prevedono ancora, sia nel codice penale sia in altre leggi, circostanze nelle quali l'interruzione di gravidanza non è punibile, ed escludono, dunque, anche la nozione di aborto terapeutico. È il caso, per esempio, della Repubblica Dominicana dove la legge n. 1690 del 19 aprile 1948 relativa all'aborto non prevede alcuna deroga a questo riguardo. Ugualmente in Colombia il decreto del 23 sett. 1954, che promulga il Codice di deontologia medica, precisa, all'art. 10, che il medico non può prescrivere né eseguire alcun atto di aborto, di eutanasia o di impiego di metodi anticoncezionali tendenti in maniera diretta o deliberata, quale che sia il fine da perseguire, a distruggere la vita umana. Il Codice penale di questo paese, adottato per decreto in data 14 sett. 1936, prevede, tuttavia, all'art. 389, che, quando l'aborto è stato provocato per salvaguardare l'onore della donna (madre, congiunta, discendente, figlia adottiva, o sorella), la sanzione normalmente applicabile può essere ridotta ai due terzi o può essere accordata l'esenzione dalla pena (perdono giudiziario).

Molti paesi latino-americani autorizzano l'interruzione della gravidanza quando ha luogo per salvaguardare la vita della madre e preservare la sua salute, o quando

la gravidanza è il risultato di un atto contemplato dal Codice penale (violenza carnale). Indicazioni d'ordine medico-sociale o eugenico (eccetto Cuba) o sociale (salvo, in certe misure, l'Uruguay) rimangono escluse. Così in Argentina, ai termini dell'art. 8 del Codice penale, modificato da una legge in data 6 dicembre 1967, non è più punibile l'aborto, eseguito da un medico diplomato con il consenso della donna incinta, se:

1. è effettuato per evitare un danno grave alla vita o salute della madre, e se questo danno non può essere evitato in altro modo;

2. se la gravidanza è il risultato di una violenza per la quale è in corso un'azione penale (se la vittima d'una violenza carnale è minorenne o affetta da deficienza mentale o da malattia mentale, si esige il consenso del suo rappresentante legale).

In Brasile il decreto legge n. 2848 prevede che non è punibile l'aborto praticato da un medico:

1. se non vi è altro mezzo per salvare la vita della donna incinta;

2. quando la gravidanza è il risultato d'una violenza carnale, con riserva che l'intervento sia effettuato con il consenso dell'interessata o, se è incapace, del suo rappresentante legale.

Secondo Rodrigues-Lima[13] la decisione che autorizza l'aborto terapeutico non può essere presa che da una commissione di tre medici riuniti a consulto col medico curante; una dichiarazione scritta deve essere fatta da questi tre medici; in caso d'urgenza il medico curante può tuttavia praticare l'aborto di sua iniziativa, ma è

13. O. Rodrigues-Lima, in R. E. Hall, ed., *Abortion in a changing World*, New York and London, Columbia University Press, vol. II, 1970, p. 77.

tenuto a presentare un rapporto confidenziale al Consiglio regionale del medico competente.

In Cile, il decreto dell'11 dic. 1967, promulgante il Codice sanitario, prevede che la gravidanza non può essere interrotta che a scopo terapeutico, esigendo l'avviso motivato di due medici che procedono all'intervento. Una proposta di legge che dovrebbe permettere l'aborto su indicazioni socio-economiche è stata sottoposta al parlamento cileno. In quest'ultimo paese il tasso di aborti terapeutici è, nella città di Santiago, di uno su 5.000 parti.

A Costarica l'art. 199 del Codice penale del 21 agosto 1941 precisa che l'aborto praticato da un medico non è punibile se è stato eseguito a evitare un danno alla vita o se la salute della madre non poteva essere tutelata con altri mezzi, con riserva che altri due medici siano stati previamente consultati.

A Cuba, ai termini del Codice di difesa sociale entrato in vigore il 10 ott. 1938, l'aborto non cade più sotto le sanzioni delle disposizioni del Codice penale, quando s'impone per salvaguardare la vita della madre o per evitare un grave danno alla sua salute, quando la gravidanza è il risultato di un delitto, specialmente di una violenza carnale, e infine quando è necessario per evitare al feto la trasmissione d'una malattia ereditaria o contagiosa grave.

In Ecuador, l'art. 423 del Codice penale del marzo 1936 prevede che l'aborto praticato da un medico con il consenso della donna incinta (o, se non ha l'età per dare il consenso, con l'accordo del marito o di membri prossimi della sua famiglia) non è punibile:

1. se è stato eseguito per evitare un danno non eliminabile in altra maniera;

2. quando la gravidanza è il risultato d'una violenza carnale o di rapporti sessuali illegali con una donna

affetta da deficienza mentale o ma...a mentale (con riserva, in quest'ultimo caso, del consenso del suo rappresentante legale).

In Honduras, il decreto del giugno 1964, nel dare legge organica all'Ordine dei medici, interdice formalmente ai medici di procedere all'interruzione della gravidanza, a qualunque stadio questa sia, salvo che l'intervento sia indicato per ragioni terapeutiche.

Questo intervento non può essere praticato senza il consenso della paziente, del coniuge o di un parente prossimo; una commissione di medici deve inoltre autorizzare e attestare per iscritto la necessità assoluta di interrompere la gravidanza.

Non si potrà tuttavia procedere a questo intervento se non dopo aver sperimentato tutti i mezzi suscettibili di preservare la salute della madre senza nuocere alla vita del feto.

In Messico l'art. 333 del Codice penale del 13 agosto 1931 prevede che l'aborto non è punibile quando la gravidanza è il risultato d'una violenza carnale; l'art. 334 del medesimo codice precisa che nessuna sanzione sarà applicabile quando il medico, che ha in cura la donna, avrà giudicato che il proseguimento della gravidanza rischia di metterne in pericolo la vita e prescrive il parere di un altro medico (se è possibile e salvo casi d'urgenza).

In Paraguay, ai termini dell'art. 352 del Codice penale, nessuna responsabilità è imputabile ai medici che hanno praticato l'aborto con lo scopo di salvare la vita della madre messa in pericolo dalla gravidanza o dal parto.

In Perú, conformemente alle disposizioni del decreto legge del 18 marzo 1969, che promulgava il Codice sanitario, l'aborto terapeutico è autorizzato solo quando è indiscutibilmente provato che esiste un serio pericolo per la salute della madre o del nascituro, previo parere favorevole di due medici a consulto.

Il medesimo codice precisa che è interdetto l'aborto terapeutico fondato su motivi d'ordine morale, sociale o economico, e come mezzo di regolamentazione delle nascite.

In Uruguay l'art. 328 del Codice penale (relativo alle circostanze attenuanti e alle esenzioni dalle pene in materia d'aborto), nei termini fissati dalla legge n. 9763 del 24 genn. 1938, precisa che:

1. se il delitto è stato commesso per salvaguardare il proprio onore (della donna), o quello della moglie o d'una parente prossima, la pena sarà diminuita da un terzo alla metà; il giudice può, in caso d'aborto consentito e dopo l'esame dei fatti, accordare l'esenzione totale dalla pena prevista;

2. se l'aborto è commesso senza consenso della donna, a interrompere una gravidanza frutto di violenza carnale, la pena sarà diminuita da un terzo alla metà; nessuna sanzione sarà applicabile se è praticato con il consenso della donna;

3. se l'aborto è stato commesso senza il consenso della donna, per motivi gravi di salute, la pena sarà diminuita da un terzo alla metà; se è praticato con il consenso della donna o per salvaguardare la sua vita, la riduzione della pena può giungere fino all'esenzione totale;

4. nel caso in cui l'aborto è commesso senza il consenso della madre, per preoccupazioni d'ordine economico (angustia economica), il giudice può diminuire la pena da un terzo alla metà e, se l'intervento ha luogo con il consenso dell'interessata, si ha l'esenzione dalla pena;

5. tanto l'attenuazione della pena quanto la sua esenzione possono essere pronunciate solo se l'aborto è praticato da un medico nei tre mesi che seguono la concezione (tale dilazione non riguarda i casi al punto III).

Infine, in Venezuela l'art. 435 del decreto del 22 giugno 1964 contiene una riserva per cui non sarà sottoposto a pena il medico che avrà provocato l'aborto come mezzo indispensabile per salvare la vita della donna incinta.

Stati Uniti

Il numero degli studi e degli articoli che trattano dell'aborto negli Stati Uniti è assai considerevole, e va crescendo continuamente con specie dopo l'ultima decisione rivoluzionaria (gennaio 1973) della Corte Suprema, che ha legalizzato per tutto il paese norme che da qualche anno erano in vigore solo in alcuni Stati.

La Corte Suprema — la quale però deve tener conto del diritto dei singoli Stati a emanare leggi specifiche — ha stabilito i seguenti princìpi generali, ai quali le legislazioni statali dovranno ispirarsi:

1. per i primi tre mesi di gravidanza il potere pubblico non ha alcun diritto di interferire nella sfera di libertà privata della donna, che può decidere di abortire come e quando le pare e per i motivi che le sembrano più opportuni, d'intesa con il suo medico di fiducia;

2. per i sei mesi successivi ogni Stato può « regolare la procedura abortiva nei modi che ritiene ragionevoli relativamente alla salute della madre »;

3. l'aborto può essere proibito dagli Stati che lo ritengano opportuno solo nelle ultime dieci settimane di gravidanza, poiché « partire da questo momento il feto, se venisse alla luce, potrebbe forse sopravvivere. Però anche in queste ultime dieci settimane nessuno Stato può proibire l'aborto quando sono in gioco la vita o la salute della madre.

La Corte Suprema ha inoltre affermato esplicitamente che il termine « persona » e i diritti che ne discendono

non possono essere applicati a chi non è ancora nato.

Tale decisione ha suscitato larga commozione e commenti favorevoli e contrari; particolarmente negative le reazioni degli ambienti cattolici: il cardinale John Krol di Filadelfia, per riferire una sola di queste reazioni, ha dichiarato che si tratta di una « tragedia indicibile ».

Canada

Come rileva Ledermann, a differenza dell'« Offence against the person act » del 1861 del Regno Unito che interdiceva la pratica « illegale » dell'aborto, l'articolo corrispondente (art. 237) del Codice criminale del Canada del 1953-54 (fino alla modifica introdotta dalla legge 1968-69 modificante il diritto penale) non prevedeva, né esplicitamente né implicitamente, casi nei quali l'aborto potesse essere legale.

Di conseguenza, non esisteva alcun motivo di considerare il precedente di giurisprudenza, creato in occasione dell'affare « Bourne », come applicabile al Canada e, come precisa l'autore, non esisteva « alcuna approvazione legale dell'aborto su indicazione terapeutica »; nella pratica, le autorità incaricate dell'esecuzione delle leggi non perseguivano i medici che praticavano l'aborto per ragioni mediche valide, confermate dai loro colleghi. Secondo i dati segnalati dal Katz nel 1968, il numero di aborti illegali in Canada era intorno ai 50.000 per anno.

Una riforma radicale della legislazione dell'aborto è stata introdotta nel 1969 con la promulgazione della legge del 1968-69 modificante il diritto penale. L'art. 18 di questa legge completa l'art. 237 del Codice criminale con disposizioni precisanti che l'interdizione della pratica dell'aborto (ai termini dei paragrafi 1° e 2° del suddetto articolo) non è applicabile « ad un medico qualificato (o membro di un comitato dell'aborto di

qualche ospedale che procede in buona fede a un aborto in ospedale accreditato o approvato, con riserva che il comitato dell'aborto terapeutico di questo ospedale abbia, per decisione della maggioranza dei suoi membri e dopo esame del caso, dichiarato che, a suo avviso, la continuazione della gravidanza della donna mette o metterebbe probabilmente in pericolo la vita o la salute di questa ultima ».

Questo testo definisce i termini « ospedale accreditato », « ospedale approvato », « medico qualificato » (che designa le persone che hanno il diritto di esercitare la medicina in virtù delle leggi della provincia nella quale è situato l'ospedale considerato) e « comitato dell'aborto terapeutico » d'un ospedale (cioè un comitato formato da almeno tre medici qualificati nominati dal consiglio di quell'ospedale). Naturalmente è richiesto il consenso della persona interessata.

In un commento a queste disposizioni, il ministro della giustizia del Canada ha precisato davanti alla Camera dei Comuni che la nuova legislazione « non impone ai consigli d'ospedale di creare un comitato dell'aborto terapeutico, né ai medici di procedere ad un aborto o di prendere l'iniziativa di chiederne l'autorizzazione a nome di una malata ».

Un editoriale, pubblicato nel luglio 1970 sul « Journal de l'Association Médicale Canadienne », precisa che l'adozione di nuove prescrizioni legali non mette alcun fine alla controversia che la questione dell'aborto legale solleva nel Canada, specialmente perché « la legislazione attuale può prestarsi a interpretazioni molto valide ma anche cagionare molte ingiustizie ». Nel giugno del 1970 l'Associazione psichiatrica canadese, nel suo congresso annuale tenuto a Winnipeg, ha espresso l'opinione che la questione non dovrebbe essere più contemplata nel codice criminale. Essa è così il primo organo medico canadese a prendere posizione per una soluzione « mirante a che l'aborto diventi strettamente

un atto medico demandato alla donna, al suo eventuale marito, congiuntamente al medico ». E ha precisato che l'iniziativa è stata presa « dopo la constatazione del carattere inoperante che presenta la legislazione in vigore, per permettere di regolare questo aspetto della umana sofferenza ».

È interessante notare in questo contesto che il nuovo Codice di deontologia, la cui entrata in vigore è prossima, omette ogni riferimento all'aborto, mentre il precedente lo considerava una « violazione della legge morale e del Codice criminale del Canada ». Per spiegare tale omissione, il presidente del comitato responsabile del progetto del nuovo testo ha dichiarato che « non abbiamo menzionato l'aborto poiché noi lo consideriamo essere un intervento chirurgico pari a tutti gli altri ».

AUSTRALIA

In Australia le prescrizioni applicabili all'aborto sono contenute nella legislazione penale degli Stati. Ad eccezione dell'Australia meridionale, dove una riforma importante della legislazione relativa all'aborto sarà presto introdotta, i differenti Stati applicano prescrizioni molto simili. Nel Nuovo Galles del Sud, per esempio, gli artt. 82 e 83 della legge del 1900 sui delitti criminali sono ispirati alle disposizioni corrispondenti dell'« Offences against the person act » del Regno Unito e dispongono che ogni donna che fa illegalmente uso di medicine o oggetti dannosi o che utilizza altri mezzi, con lo scopo di abortire, è punibile e che le stesse disposizioni sono applicabili a chiunque procuri o tenti di procurare illegalmente l'aborto ad altre persone. Il termine « illegalmente » utilizzato in questi articoli non ha mai ricevuto (almeno fino al maggio 1969) interpretazione giuridica.

Il precedente creato dall'affare Bourne è manifestamente applicabile a questo riguardo e, infatti, come segnala il Rapporto annuale del 1968 dell'Associazione medica australiana, « è stato ammesso che l'interruzione di gravidanza, praticata da un medico qualificato, agente in buona fede per preservare la vita d'una donna incinta, non è illegale ». L'espressione « preservare la vita » ha ricevuto una interpretazione estensiva ed è

stata applicata ai casi in cui è presente, per ragioni mediche, un rischio grave per la sanità mentale o fisica ».

Il problema d'una riforma della legislazione australiana sull'aborto è stato posto pubblicamente, in un editoriale pubblicato nel « Medical Journal of Australia » nel 1968 e in un articolo di R. C. Bretherton, apparso nel 1969 sulla stessa pubblicazione. Per puntualizzare la sua posizione in favore di una modifica delle leggi esistenti, il Bretherton fa notare, fondandosi sulle osservazioni fatte nell'esercizio della sua professione di medico, che le domande d'aborto sono presentate indipendentemente dal livello di educazione religiosa, morale e sociale degli interessati, dalle loro posizioni sulla legalità dell'atto, dalla loro età, dalle situazioni familiari o economiche, il colore, il credo, la nazionalità. Allorché una donna è risoluta a ricorrere all'aborto, niente può stornarla dalla sua intenzione. Questo fatto costituisce, secondo il Bretherton, uno dei principali motivi per una riforma della legislazione.

Il movimento in favore di una tale riforma ha ricevuto un impulso manifesto con l'adozione d'una nuova legislazione del Regno Unito. Durante l'anno 1968 alcuni governi hanno esaminato l'introduzione di modifiche nella loro legislazione, che hanno portato alla pubblicazione, nell'ottobre dello stesso anno, di una dichiarazione del Consiglio nazionale della Sanità e della ricerca medica raccomandante un certo numero di principi generali. Finora l'Australia meridionale ha introdotto alcune nuove prescrizioni, approvate l'8 gennaio 1970. Queste disposizioni riprendono essenzialmente quelle della legge del 1967 del Regno Unito.

Nell'Australia occidentale, un primo progetto, mirante ad autorizzare l'interruzione della gravidanza su indicazioni mediche eugeniche, medico-sociali e morali, è stato sostituito da un testo similare, emendato per tener conto di certe eventuali obiezioni costituzionali. Nello Stato del Victoria, il governatore ha affermato la sua

intenzione di non procedere ad alcuna modifica della legislazione relativa all'aborto. Tuttavia una importante norma di diritto (in occasione di un processo per aborto) è stata formulata il 22 maggio 1969 precisando l'interpretazione del termine « illegalmente » nei termini seguenti: « Perché l'impiego di uno strumento, nell'intenzione di procurare un aborto, sia considerato legale, l'accusato deve aver creduto in buona fede e per motivi validi che il suo intervento:

1. era necessario per preservare la donna da un grave danno per la sua vita o la sua salute fisica o mentale che risulterebbe dalla continuazione della gravidanza (con esclusione dei danni normali derivanti dalla gravidanza e dal parto);

2. che, nelle speciali circostanze, non c'era da frapporre alcun indugio ».

Nuova Zelanda

Nella Nuova Zelanda, la legislazione relativa all'interruzione della gravidanza è essenzialmente identica a quella del Regno Unito, prima dell'adozione della legge del 1967 sull'aborto. Le disposizioni applicabili in materia sono quelle degli articoli 220 e 223 della legge del 1908 sui delitti criminali, ispirati chiaramente alle corrispondenti prescrizioni della legge del 1929 sulla vita del bambino e su l'« Offences against the person act » del 1861.

La norma di diritto provocata dall'affare Bourne sembra essere applicabile in Nuova Zelanda.

In un commentario che raccoglie la legislazione attuale Brown ha fatto notare che « non si potrà non essere favorevoli a ciò che ha per scopo la riduzione degli aborti illegali ».