

VISITA E CERTIFICATO PREMATRIMONIALI

Il nostro tema è uno dei più ricorrenti nell'ambito della medicina specializzata e della morale prematrimoniale. Non c'è persona che possa contestare **sul piano teorico** l'incalcolabile utilità di una visita medica, il più possibile completa e profonda, prima del matrimonio e di un certificato relativo che sia in qualche modo, per l'interessato, la dichiarazione ufficiale della sua idoneità alla vita coniugale e della sua « non pericolosità » nei confronti dell'altra parte e della prole.

Sul piano pratico il tema ha sempre suscitato vivaci polemiche, in quanto i due istituti potrebbero prestarsi facilmente, sotto la spinta eccessiva di una preoccupazione profilattica, a gravi limitazioni della libertà personale, creando un doloroso conflitto fra il libero esercizio del potere generativo, proprio di ogni individuo, e un eventuale divieto o ritardo delle nozze in determinate condizioni di contagiosità o di ereditarietà.

Pensiamo, tuttavia, che restando la visita e il certificato uno dei mezzi più determinanti ed efficaci nella lotta contro l'espansione venerea e contro le eredità patologiche, si debba e si possa trovare **un giusto punto di equilibrio fra i due diritti**: quello personale della libertà, certamente prevalente, e quello sociale della difesa della sanità e dell'efficienza comunitaria.

Così avviene in tante altre situazioni umane, in cui *dovento scegliere necessariamente* fra esigenze concorrenti o contrastanti, ci si rivolge alla soluzione di maggior bene. Tale, per esempio, è *il problema dei figli illegittimi*, nel quale è chiaro il contrasto fra la necessità di difendere l'istituto familiare e quella di rendere giustizia a piccoli esseri umani che hanno il diritto a non essere discriminati per causa della loro nascita. Così *il problema della stampa*, esigente la libertà di espressione e la difesa della libertà morale dei terzi a cui l'espressione è diretta (1).

Il nostro studio vuol essere un contributo alla ricerca di questo punto di equilibrio fra i due diritti concorrenti, in modo da poter offrire una soluzione concreta, moralmente accettabile e il meno possibile contrastante con la sensibilità e l'immatùrità della nostra popolazione.

(1) MIGLIORI L., *Introduzione del certificato prematrimoniale obbligatorio in Italia*, in *Riflessi*, n. 3, 1960, p. 51.

Per ragioni di chiarezza e di maggior disponibilità di materiale per un giudizio comparativo più esatto, anticiperemo in una **prima parte** alcune premesse illustrative del problema, con cenni storici e giuridici sullo sviluppo dei due istituti, rimettendo a **una seconda parte** la ricerca sulla loro accettabilità morale.

I

PREMESSE AL PROBLEMA

IL PERICOLO VENEREO

Le **malattie veneree** costituiscono una delle preoccupazioni più assillanti dei responsabili della sanità pubblica. Si chiamano così **quattro malattie** che si trasmettono nella maggioranza dei casi col contatto sessuale, ma anche mediante il contatto di oggetti infetti, biancheria o strumenti professionali: e sono la lue, più comunemente detta sifilide o « spirocheta pallida »; la gonorrea, più comunemente detta blenorragia o « gonococco di Neisser »; l'ulcera venerea o molle, detta anche « streptococco di Ducrey »; il linfogranuloma inguinale assai raro fra noi (2).

1. Le conseguenze nel soggetto ammalato sono varie e rivestono assai spesso carattere di gravità. Accenniamo brevemente a quelle derivanti dalle due malattie veneree più temibili: la gonorrea e soprattutto la sifilide. **L'invasione del gonococco** (blenorragia), che si propaga sulle mucose, trova i suoi punti di attacco più profondo negli organi sessuali maschili e femminili; e se riesce a penetrare nella circolazione sanguigna si propaga nell'endocardio e nelle meningi.

Il gonorroico contagia fatalmente la donna con cui ha rapporti e convivenza, e contamina la prole che ne nasce. La gonorrea, specie quella femminile, se non è rilevata da un esperto può sfuggire a lungo all'osservazione della paziente, mettendola quindi nel rischio di sposare e di generare credendosi sana.

La **sifilide** è un microrganismo che, comunque trasmesso, riesce a penetrare nei tessuti, entra in circolazione e può raggiungere così tutti gli organi; le arterie stesse, l'aorta, il midollo, il fegato possono essere attaccati profondamente. Il decorso del suo impianto e della sua azione nell'organismo viene indicato con diversi appellativi: sifilide primaria, secondaria, terziaria, tardiva, aventi ciascuna manifestazioni diverse e di diversa entità.

Dopo le prime lacerazioni ulcerose e il periodo delle efflorescenze, le spiroteche scompaiono dalla superficie; è l'epoca più insidiosa per chi vuol giudicare da sé il suo stato, in cui la sifilide continua senza sintomi rilevabili la sua opera di distruzione

(2) KHAN F., *La vita sessuale*, Edizioni Mediterraneo, Roma, 1956, pp. 160 ss.

negli organi e nelle viscere del soggetto, e porta a complicazioni veramente gravi: aortiti, paralisi progressive, disturbi nella deambulazione, demenza, ecc.

2. Le conseguenze sulla prole generata da contagiati, soprattutto sifilitici, sono assai serie. Il microrganismo perfora le pareti delle arterie uterine intaccando il feto, che da quel momento corre il pericolo di morire assai presto nel seno della madre, di nascere sifilitico prima del tempo, di nascere cieco, sordomuto, atassico, degenerato, paralitico (3).

3. Non vanno sottovalutati i danni economici inflitti al bilancio nazionale, per le spese di mantenimento, di ricovero e di cura degli ammalati, dei minorati mentali e fisici, per l'efficienza degli istituti profilattici e dei dispensari e la diminuita capacità produttiva dei contagiati. Nel solo 1936 le spese sostenute per la cura dei venerei è stata di un miliardo e 500 milioni in moneta d'allora (4).

La curva delle malattie veneree in Italia.

1. Prendiamo un punto qualunque di partenza che ci riporti ad alcune decine di anni fa, per poter avere una cifra di confronto. Nel 1936, secondo i dati raccolti nel Congresso della Società di Sifilografia e Dermatologia, i sifilitici italiani raggiungevano il milione, con una media annuale di 60.000 infezioni recenti. Dal 1947 in poi, secondo un'indagine pubblicata dall'Alto Commissariato per l'Igiene e Sanità, si avverte un generale regresso della sifilide e un regresso, meno sensibile però, della blenorragia (5).

Nel 1951, ad esempio, dai dispensari comunali delle varie provincie venivano segnalati 21.204 casi di blenorragia acuta e cronica, contro i 45.318 del 1947; e 27.383 di sifilide in tutte le sue forme contro i 43.318 del 1947. La blenorragia risultava più estesa fra gli uomini (35.512) che fra le donne (10.375), mentre la sifilide più fra le donne (14.722) che fra gli uomini (12.661) (6).

Di un certo interesse è conoscere la distribuzione geografica delle infezioni nel 1951, anche se nel valutare i dati occorre tenere presente la diversa disponibilità dei dispensari nelle varie zone e la diversa attività delle mutue e la diversa possibilità di ricorrere ai medici privati per la cura. *Nell'Italia Settentrionale* le infezioni in quell'anno furono 11.568, *nelle regioni del Centro* 9.246, *nel Meridione* 17.715, *nelle Isole* 8.862 (7).

(3) KAHN F., o.c., pp. 185-193.

(4) *Senato della Repubblica*, Disegno di legge d'iniziativa del sen. MONALDI V. 28 settembre 1949, n. 628/A, dal titolo « *Misure di lotta contro le malattie veneree* », p. 1.

(5) *Documenti di vita italiana*, febbraio 1956, pp. 4023 ss.

(6) *Difesa Sociale*, aprile-giugno 1956 p. 220 ss. - In complesso, rispetto al 1937, nel 1951 si ha una caduta del 65,8% per la blenorragia, dell'87,7% per la sifilide e del 77,9% per l'ulcera venerea.

(7) *Difesa Sociale*, aprile-giugno 1956, p. 221.

2. **Dati più recenti**, tolti dai rapporti ufficiali giunti al Ministero degli interni nell'occasione della discussione del Bilancio per l'esercizio finanziario 1° luglio 1959-30 giugno 1960, segnalano (come da relazione dell'on. Gaspari) **l'aumento delle malattie veneree in 39 provincie italiane**, « presumibilmente determinato dalle difficoltà di far sottoporre a controllo le persone sospette di infezione » (8).

Contro le critiche, raccolte alla stessa Camera dei Deputati, contro la relazione dell'on. Gaspari sull'aumento delle malattie, il 1° luglio 1959 l'on. Giuseppe Gonella con altri deputati presentava una proposta di legge, in cui **gli aumenti denunciati nella relazione Gaspari** venivano maggiormente documentati. Nella relazione si citano i dati pervenuti dai dispensari di Milano, di Brescia, di Bari, di Bologna, di Vercelli, di Novara, di Asti, di Mestre, di Modena, di Rovigo, di Udine, di Trento, di Vicenza, di Ravenna, di Roma: tutti denuncianti un sensibile aumento, in qualche città addirittura di tre volte l'indice del passato (9).

3. Di fronte a questi accenni, la polemica si riaccese con violenza. Il 9 settembre 1960, la on. Merlin, durante la discussione del bilancio della Sanità, contestava fortemente la validità e la lealtà dei dati venerei resi noti in Parlamento (10).

Quasi contemporaneamente, a nome della Società Italiana di Dermatologia e di Sifilografia e della Associazione Nazionale Ispettori Dermosifilografi, i proff. Falchi e Ducrey presero energicamente posizione contro le accuse della Merlin di manomissione dei dati, e pubblicarono un ordine del giorno con il quale denunciavano « che la **progressione della sifilide recente in Italia ha raggiunto vertici che non hanno riscontro in alcun'altra nazione europea [...]**. In Milano l'aumento della sifilide recente, dal 1958 al 1959, registrato nella Clinica Dermosifilopatica Universita-

(8) *Camera dei Deputati*, Relazione della II Commissione Permanente sul disegno di legge degli onn. ANDREOTTI e MEDICI, 27 gennaio 1959, n. 830/A, dal titolo « *Stato di previsione della spesa del Ministero dell'interno per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1959 al 30 giugno 1960* », p. 31. Vedi anche: *Difesa Sociale*, luglio-settembre 1959, pp. 201 ss.; *Medicina e morale*, gennaio-marzo 1960, pp. 34 ss.

(9) *Atti Parlamentari, Camera dei Deputati*, Proposta di legge d'iniziativa degli onn. GONELLA GIUSEPPE, MANCO, CUCCO, CALABRO', DELFINO, 1° luglio 1959, n. 1388, dal titolo « *Modifiche e integrazioni della legge 20 febbraio 1958, n. 75, sull'abolizione della regolamentazione della prostituzione e lotta della prostituzione altrui* ».

(10) *Corriere della Sera*, 16 settembre 1960; *La Stampa*, 15 settembre 1960. - Non intendiamo affatto, con questi richiami, criticare la legge Merlin nella sua sostanza; abbiamo sempre sostenuto la chiusura delle case, come espressione di moralità e di umana dignità, e non abbiamo alcuna ragione per ricrederci su quanto abbiamo affermato. Se, tuttavia, i dati riguardanti le malattie veneree segnano un reale e preoccupante aumento, è più che legittimo il quesito se questo possa dipendere da un'eventuale incompletezza o inesatta impostazione della legge a proposito dell'attività profilattica dopo la chiusura. Ma, per ora, questo non è il nostro problema. Ci ripromettiamo di affrontarlo prossimamente. Vedi a questo proposito: LIGGERI P., *Dopo la legge Merlin, Riflessi*, n. 4, pp. 77 ss.

ria e nei due Dispensari Comunali, è stato del 140% e sale ancora nel 1960 » (11).

4. A toglierci definitivamente dall'incertezza sui dati, giunse il discorso del Ministro della Sanità, sen. Giardina, letto alla Camera il 6 ottobre 1960, sempre in sede di Bilancio. « **Per giudicare, egli dice, sulla recrudescenza della malattia, disponiamo per ora di dati parziali, che pur essendo suscettibili di discussione e di critica, appaiono tuttavia sufficientemente indicati** » (12).

Perché il confronto risulti veramente valido ai fini di una valutazione, il Ministro richiama i dati di due o tre anni fa, accertati presso i Dispensari Comunali o annessi a ospedali o a cliniche dermosifilopatiche e i casi registrati nelle Forze Armate, e li pone a confronto con i dati giunti recentemente dalle stesse fonti di ricezione.

« I casi di sifilide primo-secondaria, registrati nei Dispensari, sono quasi raddoppiati negli ultimi due anni: 2.710 nel 1957, 3.222 nel 1958, 4.443 nel 1959, e quasi triplicati rispetto al più basso livello raggiunto nel dopoguerra (1.824 nel 1954). [...] L'aumento dei casi di sifilide primo-secondaria compare anche nelle statistiche delle Forze Armate. [...] Mentre nel 1957 sono stati registrati 119 casi di sifilide primaria, nel 1959 i casi sono più che triplicati raggiungendo un totale di 365 nuove infezioni » (13).

5. Immediatamente, la Società Italiana di Dermatologia e di Sifilografia, nel suo Simposio Nazionale del 15-16 ottobre 1960 ad Anacapri, anche per una spiegabile ragione di rivincita, dopo l'insistente allarme ch'essa aveva dato da anni, purtroppo quasi sempre sottovalutato e perfino diffidato, pubblicò immediatamente il discorso unitamente ad un ordine del giorno con il quale esprimeva il più vivo apprezzamento al Ministro della Sanità di aver troncato ogni equivoco su di un problema così sostanziale (14).

L'andamento all'estero.

Malgrado il notevole successo degli antibiotici e dei sulfamidici, il problema, stando alle sicure informazioni di esperti non legati a tesi determinate, anche all'estero il problema diventa veramente grave. Dopo un netto e sensibile declino della

(11) *Pensiero Medico*, 10 ottobre 1960, p. 2. Già nell'VIII Convegno dell'Associazione Ispettori Dermosifilografi (7-8 dicembre 1958, Roma) il prof. Ducrey, dopo aver affermato che « *L'Amministrazione sanitaria è in grado di constatare la paralisi assoluta della profilassi antivenerea nei confronti della prostituzione, con l'impossibilità di indagine, di reperimento e di bonifica nei confronti delle fonti maggiori di contagio e nella diffusione della sifilide, è passato a documentare la ripresa della sifilide in varie nazioni* » (*Difesa Sociale*, gennaio-aprile, 1959, p. 206).

(12) *Pensiero Medico*, 20 ottobre 1960, pp. 1 ss. (Vi si riporta integralmente il testo del discorso).

(13) *Ibidem*.

(14) *Ibidem*.

sifilide e di un notevole, anche se non così apparente, regresso della blenorragia, sembra si sia verificato un arresto in questo declino e qua e là si va constatando una ripresa. Purtroppo, non abbiamo dati recenti sulla situazione; notiamo solo che nei Convegni medici internazionali di varia specialità, tenuti in questi ultimi anni, si è più volte formalmente dichiarato che la curva è in sensibile aumento in rapporto alla compressione raggiunta in questi ultimi anni.

1. La Francia, alla quale più volte ci si è richiamati nelle polemiche a proposito dei vantaggi o meno della chiusura delle case regolamentate, può essere un esempio abbastanza significativo. I dati sono stati pubblicati dalla Società Francese di Profilassi Sanitaria e Morale, sul suo bollettino mensile (15).

Dalle cifre del 1920, che segnavano ancora punte altissime (nelle forze armate di terra 202,1 blenorragici e 63,3 sifilitici su 10.000 militari; nella marina 439 blenorragici e 160 sifilitici su 10.000 marinai; fra la popolazione civile 14,8 sifilitici su 10.000 abitanti) si è discesi man mano fino al 1949, epoca della chiusura delle case di tolleranza: nel 1948 si erano avuti 5,9 blenorragici e 2,08 sifilitici su 10.000 abitanti (pari a 24.257 per la prima categoria e a 8.681 per la seconda).

Dal 1949, contrariamente a quanto era stato stampato e detto anche su riviste italiane, le cifre continuarono a decrescere fino al 1952, anno in cui fu avvertito il primo sintomo di arresto. D'allora, stando ai dati comunicati dal Ministero della Sanità Pubblica, la curva segnò un sensibile rialzo per la blenorragia e un comportamento analogo, anche se più incerto, per la sifilide.

Ecco qualche dato: nel 1949 (nel luglio dello stesso anno erano state chiuse le case) su 10.000 abitanti si ebbero 5,1 casi di blenorragia (pari a 21.322) e 1,15 di sifilide (pari a 4.819); nel 1951 se ne ebbero 3,6 di blenorragia (pari a 15.664) e 0,48 di sifilide (pari a 1.998); nel 1952 se ne ebbero 3,7 di blenorragia (pari a 15.098) e 0,45 di sifilide (pari a 1.874); nel 1953, 3,8 (pari a 16.151) e 0,29 (pari a 1.282); nel 1955, 4,0 (pari a 17.150) e 0,27 (pari a 1.156); nel 1956, 3,9 (pari a 16.688) e 0,34 (pari a 1452); nel 1957, si sono avuti 1.348 sifilitici recenti; nel 1958, 1.461 (16).

2. Per quanto riguarda gli Stati Uniti stralciamo dai documenti ufficiali del Dipartimento della Sanità della fine del 1957: « Nel 1957 vennero denunciati complessivamente 135.542 casi di sifilide contro i 126.121 del 1956 e i 102.075 del 1955. Nel 1957 la sifilide primo-secondaria è aumentata in 25 città e in 20 Stati. La sifilide recente latente ha registrato un leggero aumento in

(15) *La Prophylaxie Sanitaire et Morale* (Institut Alfred Fournier, St. Jacques 25, Paris); *Cahiers d'Action Religieuse et Sociale*, 15 aprile 1949, pp. 234 ss.

(16) *Prophylaxie Sanitaire et Morale*, agosto 1958, pp. 172 ss.; *Sémaine Médicale*, 22 marzo 1957, pp. 445 ss.; *Relazioni Clinico-scientifiche*, XI, 1959, pp. 21 ss. (« Problemi relativi all'applicazione della legge n. 75 »).

tutti gli Stati Uniti, ma un aumento più sensibile in 19 città e 21 Stati » (17).

In breve: dopo una forte diminuzione iniziale dell'infezione mediante grande impiego di mezzi sanitari, fra cui principalmente gli antibiotici e la penicillina, si è notato che in questi ultimi anni la curva, gradualmente in discesa, si è arrestata, e qua e là segna una certa ripresa. Ciò che preoccupa particolarmente è il fatto che il 20% di tutti i blenorragici della Confederazione sono adolescenti fra i 15 e i 19 anni (18).

3. Lo stesso fenomeno del graduale regresso e del recente rialzo sembra sia stato osservato anche in Giappone e Formosa. Un'inchiesta del 1955 ha permesso di rilevare che i pazienti curati lungo un anno nei centri ospedalieri giapponesi (infezioni recenti e ostinate) erano stati 720.000 (19). Da Formosa il Centro di Controllo delle Malattie Veneree ha comunicato i risultati di un'inchiesta, condotta alcuni anni fa in quattro città dell'Isola. Tra gli affetti da malattie veneree prevalevano le donne (67,8%); di esse il 7,9% erano ragazze addette a sale da tè; il 14,7% addette ai bar; il 21,6% erano cameriere d'albergo; il 10,6% erano prostitute e il 13% di altre categorie. L'infezione era prevalentemente diffusa fra le donne dai 16 ai 20 anni (20).

LE INSIDIE DELL'EREDITARIETA'

Il nostro tema non può prescindere da un altro gruppo di pericoli che minacciano la buona sorte di un matrimonio, soprattutto nei confronti della discendenza: **i pericoli della ereditarietà patologica**. Vi accenniamo brevissimamente.

1. Nella riproduzione biologica il 50% dei caratteri del figlio proviene dal padre e l'altro 50% dalla madre. Quali siano i caratteri che il figlio attinge dal padre o dalla madre varia da soggetto a soggetto. « Questo gioco della sorte, che si realizza nel concepimento di ogni uomo, fu chiamato da un autore francese: la lotteria mendeliana [...]. Essendo i caratteri ereditari dell'uomo in numero indeterminato, da calcolarsi nell'ordine di milioni, nascono tali e tante possibili combinazioni che, fatta eccezione per i gemelli, non vi sono due individui ereditariamente uguali. I caratteri hanno valore diverso: alcuni prevalgono e si chiamano dominanti, e altri cedono e si chiamano recessivi » (21).

Con questo processo vengono trasmesse di padre in figlio anche le malattie ereditarie, che si ritiene « siano state accese come fuochi nella notte dei tempi mediante il cambiamento (detto

(17) *Relazioni Clinico-scientifiche*, cit., p. 22 (da: V. D. Fact Shett-U.S. Department of Health, Educ. and Welfare, 1957).

(18) *Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria*, marzo 1959, pp. 224 ss.

(19) *Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria*, marzo 1959, p. 225.

(20) *Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria*, marzo 1959, p. 226.

(21) GEDDA L., *Relazione* ciclostilata, letta all'Istituto Mendel di Roma, (s. d.) dal titolo: « *Le leggi biologiche della popolazione* », pp. 2 e 3.

« mutazione ») di determinati fattori ereditari o geni, che d'altra in poi hanno trasmesso di generazione in generazione la malattia, dove non abbiano avuto il carattere di fattori letali, cioè proibitivi per la vita dei nuovi esseri. Le malattie ereditarie vengono quindi considerate come dovute ad un fatto mutativo insorto in un determinato tempo storico e stabilizzatosi attraverso il meccanismo ereditario » (22).

2. Tra le malattie ereditarie più preoccupanti sono le mentali e nervose. Tale è la « **deficienza morale** » (facilità al delitto), che è stata per alcune nazioni motivo di sterilizzazione coercitiva; tale la **psicosi maniaco-depressiva**, la cui probabilità di trasmissione risulta notevole; la **schizofrenia**, che è tra le malattie mentali la più diffusa; la **chorea maior**, l'**idiotia**, il **mongolismo**, **alcune psicosi ossessive**, ecc. ecc. (23).

Possono essere trasmesse per generazione anche alcune **malformazioni scheletriche**, fra cui: la lussazione congenita dell'anca, il piede torto; **alcune malattie dell'occhio**: la retinite pigmentosa, il glaucoma primario giovanile e senile, la cataratta congenita, la miopia grave, l'atrofia del nervo ottico; **alcune malattie dell'orecchio**, fra cui la più importante il sordomutismo congenito e la sordità ereditaria; **alcune malattie della pelle**, come alcuni epitelomi cistici, lo xeroderma pigmentoso, l'ictiosi; **alcune malattie del sangue**, come l'emofilia; **alcuni vizi cardiaci**, come la stenosi congenita; **alcune malattie endocrine**, fra cui il diabete mellito, il nanismo; ecc. (24).

3. E' evidente che, oltre il preciso fine di mettere in rilievo contagiosità attive e di rendere edotti gli interessati del rischio che nei discendenti si manifestino tare ereditarie manifeste o latenti nei ceppi considerati; oltre il fine di indicare la condotta migliore da tenere in base alle conclusioni della consulenza, la visita può scoprire anomalie anatomiche o funzionali, che potrebbero costituire motivi di nullità del contratto o almeno motivi di complicazioni giuridiche o di angosciosi malintesi coniugali (25).

IL RICORSO ALLA VISITA E AL CERTIFICATO PREMATRIMONIALI

Era naturale che gli studiosi di medicina e di morale, di fronte al duplice gruppo di insidie oggi più vive e preoccupanti, le malattie veneree e l'eredità patologica, si preoccupassero di

(22) GEDDA L., *cit.*, pp. 4 e 5.

(23) GIANFERRARI L., *Genetica e matrimonio*, in *Riflessi*, n. I, 1959, pp. 3 ss. Vedi anche: MARTEGANI P., *Inchiesta sui provvedimenti eugenetici nel mondo*, Tesi di laurea, Relatore la prof. GIANFERRARI L., Università degli Studi di Milano, 1956, pp. 8 ss.; OLIVA G., *Ereditarietà*, in *Minerva Medica*, 28 aprile 1960, pp. 1545 ss.

(24) GIANFERRARI L., *cit.* pp. 4 ss.

(25) PALAZZINI P., *Visita prematrimoniale*, in *Studi Cattolici*, gennaio 1959, p. 61.

fermarne la trasmissione almeno alle soglie del matrimonio, compatibilmente con le esigenze dei diritti personali, comunque insopprimibili, mediante la visita e il certificato prematrimoniale.

Un'operazione profilattica in grande stile, anche al di fuori dei due istituti, certamente potrebbe portare notevoli risultati. **Ma l'operazione prematrimoniale**, date le particolari conseguenze che un coniuge contagiato o ereditariamente patologico può portare, è **nella sua specie insostituibile**. Per cui, nella letteratura, nei convegni e nelle discussioni a proposito dell'infezione e dell'eredità patologica, **invariabilmente viene suggerito**, come mezzo ideale, la visita prima del matrimonio.

In che cosa consiste la visita.

1. Essa consiste, nella sua forma ideale, in un esame clinico il più possibile approfondito, completato con radioscopia o radiografia dei polmoni, con l'esame del sangue e con una meticolosa ricerca genetica sul soggetto. Dato lo scopo che si deve raggiungere, le malattie, che devono soprattutto essere tenute presenti nella ricerca, sono la sifilide, la tubercolosi, la lebbra e altre forme contagiose, accanto al gruppo delle malattie trasmissibili per generazione, più sopra accennate. Viene prestata una particolare attenzione all'indagine sessuologica, considerata preminente, ai fini sostanziali della ricerca (26).

2. Per quanto riguarda i risultati del rilievo clinico, radiologico e sierologico, la visita è indubbiamente efficace; non si tratta che di una lettura fatta dall'esperto di dati positivi indipendentemente dalla volontà o collaborazione del paziente. Mentre per ciò che riguarda l'esame genetico la visita può assumere caratteri di estrema delicatezza.

Il soggetto, dovendo lui stesso contribuire all'anamnesi obiettiva mediante esposizione di dati confidenziali, di fatti, di ricordi, di precedenti genealogici che lui solo conosce e che non possono essere rilevati dall'esame medico, dovrà essere perfettamente convinto dell'opportunità della ricerca, ben disposto verso l'esperto che lo interroga e verso i fini che si vogliono perseguire. Un atteggiamento polemico o di riserva mentale o di poco gradimento dell'indagine, potrebbe rendere nullo ogni tentativo di indagine e addirittura deviare notevolmente l'approfondimento, compromettere le valutazioni e portare alla falsità dei referti (27).

E' la ragione, per cui, come più sotto diremo, una formula di obbligatorietà della visita, porterà sempre, almeno fino a che

(26) ALFIERI P., *Problemi medico-morali*, Rotonda, Bergamo, 1958, pp. 143 ss.; MARCOZZI A., *Il problema delle consultazioni prematrimoniali*, in *Maternità e Infanzia*, agosto 1959, p. 24.

(27) MARTEGANI P., o.c., p. 35.

la popolazione non avrà raggiunto un certo livello di maturità sociale e igienica, **serie difficoltà in queste ricerche genetiche.**

3. Per evitare che le visite siano troppo generiche e risultino praticamente inutili, quasi tutte le legislazioni sanitarie hanno introdotto i « **Consultori prematrimoniali** », dove l'esame del soggetto, eseguito con la massima completezza e segretezza, può essere scortato anche da buoni pareri di cura, da consigli morali e legali, in modo da mettere il soggetto di fronte alle proprie responsabilità (28).

Il certificato prematrimoniale.

1. « Il certificato prematrimoniale è l'attestato redatto da un medico sullo stato di sanità dei futuri coniugi che si sono sottoposti alla visita, ai fini di far loro conoscere se è conveniente o no, dal punto di vista sanitario, la loro unione matrimoniale » (29).

Può essere anche, come avviene in Francia, una semplice **dichiarazione medica che il candidato al matrimonio si è sottoposto alla visita prematrimoniale.** Questa attestazione, pur non contenendo alcuna indicazione, accerta che il soggetto è stato visitato e che di conseguenza il medico gli ha rivelato tutto 'l suo stato reale, mettendolo quindi di fronte alle proprie responsabilità, ma lasciando a lui la libertà della scelta.

Nel caso di un soggetto pienamente normale, il certificato potrà consistere semplicemente nella dichiarazione dell'esperto che l'aspirante è **idoneo al matrimonio**, equivalendo in questo caso, per l'interessato e per l'altra parte, a una garanzia di sicurezza che il soggetto non è portatore di contagio o di altro male o imperfezione, che possano compromettere la validità e la sanità del coniugio (30).

2. La rilevanza giuridica e la natura stessa del certificato muterà a seconda dell'uso che ne verrà fatto. Le legislazioni in proposito hanno formule assai diverse: alcune hanno lasciato **agli sposi l'iniziativa di usarne** dopo averne reso obbligatorio il possesso; altre hanno previsto **lo scambio obbligatorio dei certificati**; altre esigono il loro **deposito presso gli uffici di stato civile**, quasi garanzia che la visita è avvenuta; altre finalmente vietano di sposare a chi non abbia presentato un certificato (31).

(28) *Atti Parlamentari, Camera dei Deputati*: Progetto di legge d'iniziativa degli onn. TIBALDI CHIESA M., CHIOSTERGI, TARGETTI, ecc., annunciato il 19 dicembre 1949, n. 1000, dal titolo: « *Istituzione dei Consultori Prematrimoniali* », pp. 8.

(29) SANTANA CARLO V. M., *Le certificat pré-nuptial et la personne humaine*, in *Atti del IV Congresso Internazionale dei Medici Cattolici*, Orizzonte Medico, Roma, 1950, p. 149.

(30) PAYEN G., *Déontologie médicale d'après le droit naturel*, Tip. de la Mission Catholique, Zi-ka-wei, pp. 220 ss.; GOUST F., *Etude médicale sur le certificat pré-nuptial*, in *Cahiers Laënnec*, dicembre 1957, pp. 2 ss.

(31) CASTILLO DE LUCAS A., *Eugenesis pre-matrimonial*, in *Atti del IV Congresso...*, o.c., pp. 105 ss.

VISITA E CERTIFICATO NELLA NOSTRA LEGISLAZIONE

Anche in Italia, come dappertutto, la preoccupazione di migliorare la specie ha impegnato più volte il legislatore. Ma nei confronti della visita e del certificato prematrimoniali, è solo da qualche decennio che il problema è diventato oggetto di molte proposte e di molte sollecitazioni. La vastità e la maggior conoscenza del pericolo venereo ed ereditario è stata la ragione di questo susseguirsi di iniziative e di pressioni da parte degli studiosi.

Proposte e iniziative extraparlamentari.

1. La prima proposta, riguardante l'eugenetica prematrimoniale, si ebbe nel 1914, quando il prof. Cevidalli indicò come garanzia sanitaria per contrarre il matrimonio l'idoneità al servizio militare. Più tardi, nel 1916 e nel 1917, il prof. Stanziale ripropose senza successo la formula. Solo nel 1920 si riuscì a presentare alla Direzione Generale della Sanità, da parte della Società Italiana di Dermatologia, un progetto di legge. In esso era previsto l'esame e il certificato obbligatorio, in riferimento alle sole malattie veneree; fra l'altro, era previsto che il malato in fase contagiosa non potesse accedere alle nozze, se non dopo essersi sottoposto alle debite cure.

La proposta di legge venne ripresa « da una Commissione medica parlamentare, presieduta dal sen. Cirincione, che approvò un ordine del giorno da presentarsi alle Camere, nel quale si proponeva che gli ufficiali di stato civile esigessero dagli sposi un certificato medico, senza il quale il matrimonio non poteva venir celebrato. Si accettava così il principio di estendere la visita prematrimoniale anche alla donna e per tutte le malattie trasmissibili. L'ordine del giorno non ebbe seguito; come pure altre proposte analoghe del 1923 e del 1924 formulate da Pasini, Patellani, Daccò, Perando e Capasso » (32).

2. E' del 1924 una vera impostazione organica del problema, ad opera del prof. Alfieri, il quale indicava alla Croce Rossa Italiana, e per essa ai responsabili della sanità pubblica, come formula profilattica ideale, la costituzione dei consultori prematrimoniali. La proposta non trovò benevole accoglienza presso le autorità del tempo, forse eccessivamente preoccupate della campagna demografica. Si riuscì, tuttavia, a costituire nel 1927 in forma quasi privata il primo consultorio prematrimoniale, sotto la tutela dei proff. Alfieri, Ronzoni e Malcovati (33).

(32) *Atti Parlamentari, Camera dei Deputati*: Progetto di legge d'iniziativa degli onn. TIBALDI CHIESA M., ecc., cit., p. 3.

(33) *Orizzonte Medico*, marzo 1950, p. 3: MARCOZZI A., cit., p. 23. A questo consultorio, appoggiato all'Ospedale Principessa Iolanda di Milano, hanno collaborato, oltre al prof. Malcovati ginecologo, il prof. Semenza internista, il prof. Porta neurologo, il prof. Chiarelli dermosifilografo.

E' di allora una vasta letteratura sul problema da parte dei proff. Bianchi, Gabbi, Gianferrari, Lattes, Pende, Stoppani, tutta orientata ad insinuare nei responsabili la convinzione di una assoluta necessità della consultazione prematrimoniale obbligatoria. A Genova poi la Lega di Igiene Sociale e a Torino la Società di Sessuologia, nel 1928, riprendevano in esame la possibilità di costituire i consultori. Ancora a dieci anni di distanza, nel 1938, i proff. Medea, Palmieri, Pintus e Tumiati, come componenti la Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale, riproponevano il problema (34).

3. Nel 1942, intanto, aveva inizio il « **Consultorio Prematrimoniale e matrimoniale** » dell'Opera Card. Ferrari di Milano, presieduto fino a settembre 1960 dal prof. Cazzaniga e oggi dal prof. Cattabeni, Rettore Magnifico dell'Università Statale. Il consultorio dispone della consulenza specializzata di medici internisti, di genetisti, di psicologi, di ostetrici e ginecologi, di giuristi, di moralisti.

Togliamo dal suo Statuto una dichiarazione che in qualche modo lo definisce: « Il Consultorio vuol essere un aiuto a coloro che aspirano al matrimonio [...]; agli sposi che nella vita matrimoniale incontrano problemi imprevisi [...]; ai sacerdoti, medici, genitori ed educatori, che desiderassero affidare allo studio e alle cure delle diverse competenze del Consultorio casi di loro interesse » (35). Una rivista, « **Riflessi** », raccoglie le discussioni e le relazioni del Consultorio, su temi di vita prematrimoniale e matrimoniale.

Nel 1949, all'epoca del progetto legge Tibaldi, il consultorio redigeva ad opera del dr. Canino G., coadiuvato dall'avv. Migliori L., una proposta di legge che avrebbe dovuto mettere a disposizione del legislatore alcuni elementi concreti tratti dall'esperienza delle consultazioni prematrimoniali svolte dal consultorio (36).

4. Nello stesso anno 1942 veniva fondato il primo « **Consultorio Genetico** » (37), presso il Centro di Studi di Genetica Umana dell'Università di Milano (38), diretto dalla prof. Gianferrari. Lo scopo principale del consultorio è quello di rispondere alle richieste di consulenze prematrimoniali e matrimoniali sulle probabilità di prole non sana. Di esso si serve, per la consulenza

(34) *Atti Parlamentari, Camera dei Deputati*: Progetto di legge d'iniziativa degli onn. TIBALDI CHIESA M., ecc., cit., p. 3.

(35) *Riflessi*, n. 3, 1960, in copertina.

(36) MIGLIORI L., *Introduzione del certificato prematrimoniale obbligatorio in Italia*, in *Riflessi*, n. 3, 1960, p. 53.

(37) GIANFERRARI L., *VII Congresso della salute: ereditarietà, ambiente, alimentazione* (Ferrara, 21-22 maggio 1960), in *Minerva Medica*, 28 aprile 1960, pp. 1549 ss. (Vi è riprodotto il sunto della relazione della prof. Gianferrari su: « *Venti anni di attività del Centro di Studi di Genetica Umana dell'Università di Milano* »).

(38) Il Centro di Studi di Genetica Umana dell'Università di Milano è nato nel 1940 per iniziativa della prof. Gianferrari con il fattivo appoggio del prof. Zoja, con lo scopo di studiare i problemi dell'eredità dell'uomo.

eugenica, anche il « Consultorio Prematrimoniale e Matrimoniale » sopra ricordato.

Al fine di raggiungere con la massima efficienza tale scopo, il Centro svolge ricerche, prevalentemente sulla popolazione lombarda, indirizzate a valutare gli specifici rischi per le diverse malattie, a valutare l'intensità della consanguineità e la relativa probabilità di un aumento della comparsa di forme morbose ereditarie in matrimoni fra consanguinei e ad accertare eventuali rischi provenienti dall'aumento della dose di radiazioni ad alta energia dell'ambiente (39).

a) Il consultorio genetico suscitò subito tale interesse, che nel 1948, con l'appoggio del prof. Ferrari V., allora Assessore di Igiene e Sanità e del prof. Ragazzi C. A., Ufficiale sanitario e Medico-capo, venne fondato il primo « Consultorio Eugenio Comunale », presso il Policlinico di Milano, affidato ancora alla prof. Gianferrari, destinato alla consulenza gratuita in favore degli assistiti del Comune. Servizio che nel 1953 venne esteso a tutta la cittadinanza, e in pratica anche a persone non milanesi (40).

All'epoca del progetto Tibaldi, il consultorio genetico, quasi contemporaneamente al consultorio prematrimoniale dell'Opera Card. Ferrari, su iniziativa della sua direttrice, e con la consulenza del prof. Ragazzi, preparò e presentò un progetto legge, che tendeva a perfezionare la proposta Tibaldi soprattutto per quanto riguardava la organizzazione tecnica di un consultorio (41).

b) Recentemente, nell'autunno scorso (1960), il Consiglio Comunale ha deliberato di dar vita all'« Istituto di Eugenetica del Comune di Milano », che opererà nell'ambito della ripartizione Igiene e Sanità, con la collaborazione diretta del Consultorio di Genetica e dell'Ambulatorio di Ematologia, inquadrati nell'ordinamento attuale del Policonsultorio Comunale (42).

5. Un ulteriore tentativo di dare al legislatore utili valutazioni e direttive, venne fatto nel 1947 in un Congresso Internazionale di Profilassi Prematrimoniale, svoltosi a Milano sotto la presidenza del prof. Alfieri, dove il problema della visita e del certificato prematrimoniali, fu ampiamente discusso e tradotto in direttive concrete.

Il prof. Malcovati propose la immediata, anche se graduale, istituzione di consultori facoltativi; il prof. Armanini manifestò

(39) GIANFERRARI L., *VII Congresso della Salute...*, Relazione cit.

(40) Le consulenze per iscritto, dal 1955 al 1959 compreso, sono state 1621 (GIANFERRARI L., *VII Congresso della Salute...*, Relazione cit.).

N.B. Ormai altri consultori di genetica sono funzionanti: quello di Trieste, fondato nel 1951 presso l'Ufficio di Igiene e Sanità del Comune; quello di Firenze, aperto nel 1956 presso l'Istituto di Semeiotica Medica dell'Università; quello di Roma, fondato nel 1957 presso un Centro profilattico dell'O.N.M.I.; quello di Verona aperto dal Fronte della Famiglia.

(41) GIANFERRARI L., *Piano per un'organizzazione eugenetica in Italia*, in *L'Economia umana*, marzo-aprile 1952, pp. 18 ss.

(42) *Delibera del Consiglio Comunale di Milano*, Circolare n. 3566 (Oggetto: « Creazione dell'Istituto di Eugenetica del Comune di Milano »).

la sua preferenza per una vasta organizzazione di propaganda per la formazione di una coscienza eugenica nella popolazione; il prof. Mantovani sostenne la obbligatorietà della visita e di un certificato attestante semplicemente che la visita era stata fatta; il prof. Ducrey propose la visita e il certificato obbligatori per soli uomini (43).

Progetto del sen. Monaldi.

Finalmente il 28 settembre 1949, il sen. Monaldi, con il preciso intento di contrapporre adeguate misure profilattiche contro eventuali minacce di infezioni veneree conseguenti all'approvazione e all'applicazione della legge Merlin (allora già in discussione), presentò un progetto di legge (44), che, con l'art. 7 (45), prevedeva l'obbligatorietà della visita prematrimoniale e del certificato attestante semplicemente l'avvenuta visita.

1. Il progetto legge interessò vivamente il Centro Nazionale di Prevenzione e di Difesa Sociale, che nominò una Commissione per una legislazione di prevenzione matrimoniale perché approfondisse lo studio dell'articolo 7 della legge Monaldi. A conclusione dei lavori la Commissione redasse una pubblicazione che riassume in breve le conclusioni degli esperti che vi hanno partecipato (46).

a) La Commissione è stata concorde nel proporre al legislatore di stralciare l'articolo 7 dal resto della legge con la formulazione di un'altra proposta di legge d'iniziativa parlamentare che sostituisca le norme di profilassi prematrimoniale proposte dal sen. Monaldi e dia la possibilità di tradurre in concreto le idee espresse dalla Commissione.

(43) *Atti del Congresso Internazionale per la trattazione dei problemi medico-sociali di profilassi prematrimoniale* (Milano, 20-25 settembre 1947), Cappelli, Bologna, 1949, pp. 247.

(44) *Senato della Repubblica*: Progetto di legge presentato al Parlamento il 28 settembre 1949, n. 628/A, d'iniziativa del sen. MONALDI V., dal titolo « *Misure di lotta contro le malattie veneree* », p. 32.

(45) Art. 7: « *Il cittadino dell'uno e dell'altro sesso che si appresta a contrarre matrimonio deve sottoporsi a visita consultiva da parte di un medico. — Il medico, qualora trovi il soggetto affetto da malattia venerea, lo rende edotto della natura del male, dei pericoli che incombono sul coniuge e sulla prole, dei doveri sanciti dalla legge, della responsabilità a cui va incontro se trasmette il contagio. — Della visita il medico rilascia un attestato con la semplice dicitura: « ...si è sottoposto a visita prematrimoniale ».* — *L'attestato fa parte dei documenti di rito.* »

(46) *Commissione per una Legislazione di Prevenzione Matrimoniale*: *L'articolo 7 del progetto legge del sen. Monaldi e l'introduzione di un certificato prematrimoniale obbligatorio nella legislazione italiana*, Palazzo di Giustizia, Milano, 1950, pp. 44. — La Commissione era formata dal proff. GIANFERRARI L., CROSTI A., DUCREY C., MALCOVATI P., RAGAZZI C.A., BARBERO D., DONATI A., DONDINA M., MEDUGNO D., VUCETICH RAPISARDI R., DAL PRA' M., PENNATI E., e presieduta dall'on. MIGLIORI G. B.

Vedi anche: *Orizzonte Medico*, febbraio 1950, pp. 3 ss.; luglio-agosto 1950, pp. 6 ss.; gennaio 1951, pp. 2 ss.; marzo 1952, pp. 3 ss.; *Perfice Munus*, 1950, pp. 273 ss.

b) Molti relatori sono per la non-obbligatorietà della visita, che, oltre a intaccare in parte la libertà dell'individuo, non permetterebbe in troppi casi la collaborazione dell'interessato alla ricerca genetica sulla sua persona, mettendo così in pericolo il prognostico eugenico. Così i proff. Crosti, Malcovati, Gianferrari.

Altri relatori ritengono che l'obbligatorietà sia l'unica via veramente efficace per una seria profilassi generale; se non fosse così tutto risulterebbe vano. Così il prof. Ducrey, che tuttavia suggerisce l'adozione del certificato obbligatorio con visita ed esame sierologico per la lue per soli uomini, e pensa che per la tubercolosi la indagine radiologica potrebbe venire estesa ai due sessi senza difficoltà. Aggiunge che piuttosto di rinunciare a qualsiasi azione di prevenzione, è sempre preferibile il certificato prematrimoniale anche semplicemente consultivo.

c) Più volte i relatori hanno accennato alla immediata necessità di una vasta opera di convinzione attraverso un'opportuna propaganda culturale sui pericoli e sul comportamento subdolo delle malattie contagiose e trasmissibili. Ha particolarmente approfondito questo aspetto il prof. Malcovati, che sulla base dell'esperienza fatta al consultorio fondato nel 1927, afferma:

« che il pubblico apprezza il concetto e l'iniziativa, e sente il problema; ma, per una singolare forma di inerzia ha bisogno per ricorrere al consultorio del richiamo della propaganda; quando i giornali politici o settimanali parlano dei possibili pericoli del matrimonio e della necessità di prevenirli con la visita prematrimoniale, per qualche mese il consultorio è molto frequentato; non appena la propaganda si rallenta anche il pubblico si dirada » (47).

d) E' stata posta in rilievo l'insufficiente attrezzatura sanitaria consultoriale esistente, e la difficoltà di costituire consultori debitamente provvisti di mezzi e di strumenti e soprattutto di persone adatte a dirigerlo e renderlo funzionante. Il problema nelle zone depresse, dove in genere maggiore è la diffidenza verso queste iniziative, diventerà estremamente impegnativo, forse senza soluzione, finché la mentalità della gente non sia mutata.

2. Il disegno di legge Monaldi venne discusso al Senato, ma non giunse all'approvazione dei due rami del Parlamento e **decadde con la legislatura**; e non fu più ripresentato. L'iniziativa ebbe, tuttavia, il merito di aver proposto all'interesse dell'opinione pubblica un argomento di somma importanza eugenetica, il quale, attraverso il dibattito al Senato e le discussioni extra-parlamentari, venne così puntualizzato nei suoi aspetti di gravità e nelle sue eventuali formule di attuazione.

Il progetto Tibaldi Chiesa.

A pochi mesi dalla presentazione del precedente progetto, la on. Tibaldi Chiesa con alcuni altri deputati proponeva alla Camera

(47) Commissione per una Legislazione..., o.c., p. 17.

un altro progetto (48), in stretto collegamento con quello Monaldi. Nell'intenzione della proponente questa sua proposta doveva rendere concrete e attuabili le norme di quello, riguardanti la creazione dei consultori prematrimoniali, soprattutto nel loro aspetto organizzativo. Eccone in breve i concetti fondamentali:

a) La creazione dei consultori dovrebbe essere il più estesa possibile, in modo che tutto il Paese possa beneficiare dei vantaggi di queste consultazioni, come strumento di elevazione morale e di una più chiara coscienza delle proprie responsabilità. Quindi ogni ospedale di capoluogo ha l'obbligo di istituire un consultorio prematrimoniale, e quelli che, pur non essendo di capoluogo hanno una rilevante importanza, hanno facoltà di istituirlo, previo parere dell'A.C.I.S. (Alto Commissariato d'Igiene e Sanità).

b) Il consultorio deve essere affidato a esperti: diretto dal primario medico dell'ospedale, con la consulenza di un primario chirurgo, di un ginecologo, di un neuropsichiatra e di un assistente sociale; vi può essere anche il consulente giuridico, per dare possibilità al soggetto di risolvere pienamente tutta la sua casistica prematrimoniale in un solo luogo, e con maggior unità.

c) La consulenza è volontaria, contrariamente a quanto proponeva il sen. Monaldi; è gratuita e svolta nella massima segretezza. Per cui, non verranno richieste d'obbligo le generalità di chi si rivolge al Consultorio; saranno richiesti solo tutti i dati utili alla consulenza. I visitati hanno diritto, al termine della consultazione e degli accertamenti, a una **dichiarazione scritta** contenente le direttive del caso.

Perché questa volontarietà di accesso ai consultori sia resa più facile, e allo scopo di favorire una necessaria coscienza igienica matrimoniale, verrà fatta dagli stessi consultori **un'opportuna e convincente propaganda**, incaricando, fra l'altro, gli ufficiali del Comune di distribuire ai futuri sposi, all'atto delle pubblicazioni, un opuscolo che illustri con facilità e chiarezza l'importanza della profilassi prematrimoniale e il funzionamento dei consultori.

d) Trattandosi di una spesa non indifferente, oltre il fondo che ogni ospedale di capoluogo dovrà riservare per sostenere l'organizzazione e il funzionamento del consultorio, dovrà essere aggiunto **un contributo dello Stato**, attraverso l'A.C.I.S., in proporzione dell'attività dei singoli consultori.

Legge 25 luglio 1956.

Gli studi sempre più approfonditi sulle malattie veneree e sulla relativa profilassi, le pressioni dei consultori prematrimo-

(48) *Atti Parlamentari, Camera dei Deputati*: Proposta di legge d'iniziativa degli onn. CHIESA TIBALDI M., CHIOSTERGI, TARGETTI, CAPUA, CERA-

niali e genetici, privati o pubblici, la non-riproposizione delle leggi Monaldi e Tibaldi Chiesa, impegnarono il Governo a statuire norme più adeguate. Si ebbe così, discussa e approvata dalle due Camere, la legge del 25 luglio 1956 (49).

1. Pur occupandosi sostanzialmente delle malattie veneree, della loro classificazione, delle modalità di denuncia e di cura, all'articolo 7 la legge prevede anche la **visita prematrimoniale e il rilascio di un certificato**. « Chiunque intende contrarre matrimonio, può richiedere al medico provinciale o all'ufficiale sanitario comunale di disporre, presso un istituto sanitario da essi indicato, l'accertamento del proprio stato di salute, ivi compreso l'esame sierologico del sangue per la lue [...]. Sui certificati non dovrà essere indicato l'esito dell'accertamento ».

Tale visita e rilascio del certificato avverrà in appositi dispensari, presso i quali sarà concessa ogni cura del caso *gratuitamente*, oppure presso cliniche demofiliopatiche, presso ospedali o altri enti pubblici particolarmente idonei. Dove non esistono dispensari antiveneri, il medico condotto deve *curare gratuitamente* in ambulatorio i pazienti, con medicine che gli verranno fornite dall'ufficio sanitario provinciale.

2. Con l'art. 7 profondamente innovatore della nostra legislazione in proposito, viene implicitamente affermato il principio di una eugenetica prematrimoniale positiva e riconosciuta l'opportunità della **visita medico-profilattica prematrimoniale**. In pratica il problema è stato posto sul piano della volontarietà: infatti, con la citata legge lo Stato italiano invita il cittadino ad accettare volontariamente tale principio, offrendogli la possibilità di ottenere gratuitamente la visita e anche un certificato medico, se richiesto » (50).

Da allora, la stampa più qualificata e le discussioni fra medici e moralisti, ripropongono il quesito se non valga la pena, ad una maggior efficacia della profilassi prematrimoniale, di rendere obbligatoria la visita prima del matrimonio.

VISITA E CERTIFICATO ALL'ESTERO

Fuori d'Italia il problema della visita e del certificato prematrimoniale, sia pure attraverso lunghe incertezze, è stato regolamentato assai prima che da noi. Accenneremo solo, raccogliendole in gruppi, alle legislazioni più interessanti (51).

VOLLO, CORNIA, DE MARIA, FERROTTI, RIVA, MIGLIORI, GIANNINI OLGA, ZERBI, CUCCHI, annunciata il 19 dicembre 1949, n. 1000, dal titolo « *Istituzione di Consultori Prematrimoniali* ».

(49) *Gazzetta Ufficiale*, 8 agosto 1956, n. 198, pp. 2893 ss.: Legge 25 luglio 1956, n. 837, dal titolo « *Riforma della legislazione vigente per la profilassi delle malattie veneree* ».

(50) MARCOZZI A., *cit.*, p. 24.

(51) GIANFERRARI L., *Genetica e matrimonio, cit.*, pp. 6 ss.; *Atti Parlamentari, Camera dei Deputati: Progetto di legge d'iniziativa degli onn. TIBALDI CHIESA M., ecc., cit.*, pp. 3 ss.; MIGLIORI L., *Introduzione...*, *cit.*, pp. 60 ss.

Esiste la **consultazione prematrimoniale volontaria**, anche se fortemente incoraggiata dallo Stato e da altri Enti pubblici e privati, con certificato di libero possesso e di libera presentazione, **in Belgio, in Olanda, in Austria, in Svizzera**. Nessun obbligo quindi e nessuna sanzione contro chi si sottrae all'esame medico prima di sposare. A questi Stati va aggiunta, dopo la legge 25 luglio 1956, anche **l'Italia**, entro i limiti sopra accennati.

In Francia, con legge 16 dicembre 1942 (modificata nel 1945, 1946 e 1953), è prevista la **visita obbligatoria** e il **certificato obbligatorio**; tuttavia, questo viene limitato alla dichiarazione « che il candidato si è sottoposto alla visita ». A questa legge era ispirata la proposta di legge Monaldi, e una forte corrente di giuristi italiani e il Centro Studi di Genetica Umana dell'Università di Milano.

In Russia, accanto all'obbligatorietà della visita e del certificato, con la Legge della Famiglia del 1944, era previsto semplicemente lo scambio obbligatorio del certificato fra i due candidati al matrimonio; il contenuto doveva riferirsi soprattutto alle malattie veneree, alla tubercolosi e alle malattie mentali.

La Svezia fu il primo Paese europeo che nel 1916 istituì il certificato prematrimoniale obbligatorio con sanzioni contro gli evasori, fino all'annullamento del matrimonio. Con la stessa legge venivano vietate le nozze agli alienati, epilettici, venerei contagiosi. Più o meno così **in Norvegia** dal 1918, dove i sani devono firmare sul loro onore di non essere affetti da malattia venerea, da epilessia o lebbra; mentre chi è stato affetto deve presentare un certificato che attesti che è stato curato; la contagiosità in atto inibisce il matrimonio. Sostanzialmente la stessa legge vige dal 1922 (con successive modifiche) **in Danimarca (52)**, **in Jugoslavia (dal 1935)** e **in Turchia (dal 1921)**.

Nell'America del Nord, alcuni Stati impongono l'obbligo della presentazione del certificato, come nella California (1939), nello Iowa (1954), nel Nord Dakota (1939), nel Wisconsin (1917), nell'Oregon (1920), nell'Illinois (1937). Nella legislazione dello Stato di Indiana si parla chiaramente di divieto del matrimonio ai sifilitici; così nel Maine, nel Kansas, nel Missouri, nel Nebraska.

L'obbligo della visita e del certificato, con divieto del matrimonio agli affetti da malattie veneree vige a **Cuba, nel Messico, nel Panama, nel Perù**. Un progetto di legge analoga, esteso alla tubercolosi, è stato presentato nell'Ecuador.

Giacomo Perico

(continua)

(52) GIANFERRARI L., *Genetica e matrimonio*, cit., pp. 7 ss. (La Danimarca fu il primo Paese europeo che adottò la sterilizzazione eugenica. Dal 1929 al 1945 vennero sterilizzati 3.608 pazienti, nella maggior parte deficienti).