UNIMORE
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MODENA E REGGIO EMILIA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MODENA E REGGIO EMILIA

Dottorato di ricerca di Interesse Nazionale in "Studi Religiosi"

Ciclo XXXVIII

Fattore religioso e sanità in Italia nella prospettiva delle Chiese cattolica e valdese e dell'Unione delle Comunità ebraiche italiane (1848-2019)

Candidato: Iannaccone Bruno

Relatore (Tutor): Prof. Bottoni Rossella Alessandra

Correlatore (Co-Tutor): Prof. Cristofori Silvia

Coordinatore del Corso di Dottorato: Prof. Melloni Alberto

INDICE.

INTRODUZIONE.....6
CAPITOLO 1. LA PRIMA RIFORMA SANITARIA ITALIANA TRA EMANCIPAZIONE RELIGIOSA E AUTONOMIA ORGANIZZATIVA DELLE CONFESSIONI RELIGIOSE (1848 – 1921). 11
1.2. La prima riforma sanitaria italiana. 25
1.2.1. La Legge Crispi-Pagliani del 1888 sull'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria del Regno. 30
1.2.2. La Legge Crispi del 1890 sulla trasformazione delle Opere pie in istituzioni pubbliche di beneficenza e assistenza. 32
1.3. Il Regno d'Italia tra sanità laica e assistenza religiosa.....41
1.3.1. L'assistenza sanitaria cattolica e i medici cattolici. 41
1.3.2. L'assistenza sanitaria evangelica e gli ospedali valdesi.....50
1.3.3. La condizione degli ebrei nella sanità italiana tra arte medica e beneficenza. 68
CAPITOLO 2. RELIGIONE E SANITÀ NEGLI ANNI DEL FASCISMO.....76
2.1. La condizione delle confessioni religiose nel ventennio fascista. 76
2.1.1. La Chiesa cattolica e i Patti Lateranensi. 80
2.1.2. Valdesi ed ebrei sotto il fascismo: la disciplina sui culti ammessi e la nuova legge sulle Comunità israelitiche. 87
2.2. Moralità, demografia, assistenza e corporativismo: la sanità secondo il regime fascista. .97
2.2.1. La politica ospedaliera fascista e l'assistenza sanitaria religiosa. 101
2.2.2. Maternità e nascita: una consonanza tra visioni fascista e confessionali. 110
2.3. Il fascismo e la questione della razza: posizioni in ambito medico e confessionale. 122
2.4. L'assistenza sanitaria ebraica nel contesto delle leggi razziali. 134
CAPITOLO 3. FATTORE RELIGIOSO E SANITÀ NEL SECONDO DOPOGUERRA (1945 – 1958). 140
3.1. Sanità pubblica e confessioni religiose dal '45 al '58. 140
3.1.1. Fattore religioso e salute pubblica alla Costituente. 144
3.1.2. Costituzione della Repubblica, confessioni religiose e assistenza. 147
3.2. Le confessioni religiose e l'ambito medico-sanitario. 151
3.2.1. La Chiesa cattolica. 151
3.2.2. La Chiesa valdese. 160
3.2.3. L'Unione delle Comunità israelitiche italiane. 166
CAPITOLO 4. LA RIFORMA OSPEDALIERA E LE QUESTIONI BIOETICHE (1959 – 1978). 169
4.1. Enti ecclesiastici, assistenza sanitaria delle confessioni religiose e riforma ospedaliera. 176
4.1.1. La Chiesa cattolica. 177

4.1.2. La Chiesa valdese.....180
4.1.2.1. Crisi del personale e vocazionale nelle opere assistenziali valdesi. 180
4.1.2.2. Le opere assistenziali evangeliche negli anni Sessanta e Settanta.....182
4.1.2.3. La riforma ospedaliera e gli Ospedali valdesi.....188
4.1.3. L'Unione delle Comunità israelitiche italiane. 194
4.1.3.1. L'assistenza sanitaria ebraica negli anni Sessanta e Settanta. I casi di Roma e Torino. 194
4.1.3.2. Peculiarità degli enti di assistenza ebraica e trasferimento delle IPAB. 196
4.2. Nascere, vivere, morire: le confessioni religiose italiane di fronte all'evoluzione sociale e ai progressi della medicina.....197
4.2.1. La Chiesa Cattolica. 197
4.2.1.1. La procreazione come fine del matrimonio. Contraccezione, aborto e fecondazione assistita nella dottrina cattolica. 197
4.2.1.2. Fine vita, sepolture e trapianti.....215
4.2.2. La Chiesa valdese.....219
4.2.2.1. Chiese evangeliche e procreazione. Nascita, contraccezione e aborto. 219
4.2.2.2. La questione dell'eutanasia. 226
4.2.3. L'Unione delle Comunità israelitiche italiane e l'aborto.....227
CAPITOLO 5. LE CONFESSIONI RELIGIOSE E IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (1979 – 2019).....230
5.1. Enti ecclesiastici e assistenza sanitaria delle confessioni religiose nel Servizio Sanitario Nazionale. 230
5.1.1. Enti ecclesiastici cattolici che operano nel Servizio Sanitario Nazionale. 236
5.1.2. La pastorale sanitaria e l'umanizzazione dell'assistenza sanitaria. 240
5.1.3. Enti ecclesiastici valdesi che operano nel Servizio Sanitario Nazionale. 244
5.1.4. Sanità evangelica e umanizzazione dell'assistenza sanitaria. 263
5.1.5. Enti ecclesiastici ebraici che operano nel Servizio Sanitario Nazionale. 266
5.1.6. Sanità ebraica e umanizzazione. 269
5.2. Evoluzione sociale e normativa dell'assistenza spirituale nel Servizio Sanitario Nazionale. 270
5.2.1. L'assistenza spirituale cattolica. 273
5.2.2. L'assistenza spirituale valdese. 281
5.2.3. L'assistenza spirituale ebraica. 282
CAPITOLO 6. CONFESSIONI RELIGIOSE E BIOETICA (1979 – 2019). 286
6.1. Istituzioni e temi di bioetica. 287
6.1.1. Comitati di bioetica. 287
6.1.2. Aborto, opposizione alla legge n. 194/1987 e contraccezione d'emergenza. 291
6.1.3. Procreazione medicalmente assistita, opposizione alla legge n. 40/2004 e cellule staminali. 297
6.1.4. Bioetica del fine vita e trapianti. 305

6.2. Chiesa cattolica e questioni bioetiche. 313
6.2.1. Aborto, opposizione alla legge n. 194/1978 e contraccezione d'emergenza. 313
6.2.2. Fecondazione medicalmente assistita, cellule staminali e clonazione terapeutica. .323
6.2.3. Fine vita e trapianti. 327
6.3. Chiesa valdese e questioni bioetiche. 332
6.3.1. Aborto e opposizione alla legge n. 194/1978. 335
6.3.2. Ingegneria genetica: fecondazione artificiale e cellule staminali. 339
6.3.3. Fine vita e trapianti. 340
6.4. Comunità ebraiche e questioni bioetiche. 344
6.4.1. L'aborto. 344
6.4.2. Fecondazione assistita e ingegneria genetica. 345
6.4.3. Fine vita e trapianti. 348
CONCLUSIONI. 354
BIBLIOGRAFIA 365
FONTI 365
LETTERATURA 377
RINGRAZIAMENTI. 415

INTRODUZIONE.

Il settore sanitario è stato uno dei settori che, negli ultimi cinquant'anni, ha subito numerosi e importanti cambiamenti. Questi interventi non solo hanno rivoluzionato l'organizzazione giuridica del settore, ma hanno anche modificato sensibilmente la percezione sociale tra la popolazione, influenzando aspetti legati ai valori democratici, alle emozioni collettive e al sentimento religioso[1].
Lo spazio che le persone hanno richiesto alla tutela del sentimento religioso, anche in questo ambito, è diventato sempre più consistente sia per l'accresciuta diversità religiosa sia per la progressiva trasformazione delle categorie giuridiche e degli impianti normativi che disciplinano questi fenomeni sociali, le religioni e la salute pubblica. Sono sempre più evidenti per giuristi e studiosi di scienze sociali le dispute e i conflitti nel tentativo di governare quei processi che vedono intrecciarsi religione e medicina, religioni e sanità, diritto di libertà religiosa e diritto sanitario.
In Italia, non è ancora stata approvata una legge sulla libertà religiosa abrogativa della legislazione sui culti ammessi, e il rapporto tra Stato e confessioni religiose è regolato da un sistema complesso definito come un puzzle[2], che difficilmente permette di attuare la direttiva pluralistica iscritta nel testo costituzionale e sempre di più rischia di far perdere la pertinenza politica e giuridica della libertà religiosa come diritto fondamentale.
Nello studio della diversità religiosa, come nella sua gestione in seno ad uno stato democratico, si rende basilare insistere sul diritto quale strumento di indagine e di costruzione sociale, infatti, le norme individuano un set di valori intorno al quale si è creata l'identità socio-politica degli Stati. Un set di valori che, molto spesso, è stato individuato proprio grazie al fatto che politica e religione hanno lungamente preso le parti l'una dell'altra[3] incarnando il potere temporale.
Questa tesi nasce dallo slancio di comprendere quale sia stata l'evoluzione storica del rapporto tra il fattore religioso e la sanità in Italia che ha portato all'odierno sistema, che vede ancora bisogni irrealizzati di tante confessioni religiose in rapporto all'ambito sanitario, e presenta non pochi conflitti e disparità al suo interno per motivazioni legate all'identità religiosa dell'utenza. Si è voluta compiere questa ricostruzione storico-giuridica prendendo proprio il punto di vista di tre confessioni religiose, per vedere dal loro posizionamento come questo rapporto si sia istituito e come si sia modificato nel tempo, per provare a fornire delle chiavi di lettura che aiutino nella comprensione dello scenario odierno, con un focus particolare sui bisogni delle confessioni religiose e sulle strategie che queste hanno ideato per soddisfarli.
Il presente lavoro è frutto di una ricerca teorica e d'archivio che incrociando gli sguardi delle storie del diritto ecclesiastico, della medicina e della sanità in Italia raccoglie e analizza le fonti storiche e giuridiche per ricostruire il punto di vista di tre confessioni religiose in merito alla loro attività nella sanità italiana e il mutamento nei rapporti tra le confessioni religiose e le istituzioni secolari a questo riguardo.
Le confessioni religiose prese in esame sono storicamente organizzate o riconosciute in Italia dalla sua unificazione: la Chiesa cattolica, la Chiesa valdese e le Comunità ebraiche.
L'obiettivo fondamentale della tesi è ricostruire la posizione in materia sanitaria e il ruolo che hanno

---

[1] Dammacco, Gaetano, (a cura di), *Diritto sanitario e fenomeno religioso,* Cacucci, Bari, 2005, p.8.
[2] Cfr. Giorgi, A., Giorda, M., C., Palmisano, S., *The Puzzle of Italian Religious Freedoms: Local Experiments and Complex Interactions*, in Religions, 626, 13(7), 2022.
[3] Oliosi, F., *Giustizia divina, diritti umani. Il conflitto tra diritti umani e diritti religiosi nell'Europa multiculturale*, Collana della facoltà di giurisprudenza (32) Università degli Studi di Trento, Trento, 2020, p. 35.

avuto queste confessioni religiose presenti storicamente in Italia nell'ambito sanitario del Paese. Secondariamente si intende analizzare il mutamento nei rapporti tra queste e le istituzioni secolari e nelle istanze di quest'ultime in ambito sanitario e ospedaliero.
Tra le domande che muovono questa indagine: quando sono state presentate le prime istanze legate alla sanità? Da quali confessioni religiose o politici afferenti a quali confessioni? Da quali elementi sono composte queste istanze? Perché sono state o non sono state accolte? Le istanze erano le stesse o differivano in base alla confessione religiosa ne abbiano fatto richiesta? Vi è stata disparità di trattamento? E poi, da un'altra angolatura, quale era il pensiero e il sentimento collettivo di una determinata confessione riguardo riforme in materia di sanità e salute pubblica? Quali istanze erano maggiormente sentite? Quanto questi sentimenti hanno indirizzato la legislatura dello Stato? I cambiamenti nella Sanità hanno cambiato anche il modo di vivere la malattia e la cura da un punto di vista religioso?
Così, la ricerca focalizza il tema attraverso due lenti fondamentali. La prima è quella dello Stato e dell'arena politica delle rappresentanze; la seconda è degli attori religiosi afferenti alle tre confessioni prese in esame.
Non si può introdurre questa tesi senza accennare alla relazione storica tra medicina e religione, che è rintracciabile nel fatto che entrambe si occupano di fenomeni come la sofferenza, la malattia, la ricerca della guarigione, il contatto con la nascita e la morte. Mentre la medicina si occupa di questi aspetti della fragilità umana in modo empirico, la religione se ne occupa anche esistenzialmente, a livello di significato e di interpretazione[4]. Il dato che la cura del malessere del corpo non poteva essere disgiunta dall'assistenza spirituale divenne un'idea alimentata nel mondo delle religioni dalla credenza o fede delle persone e dai differenti patrimoni religiosi tradizionali o teologici. Questo dato è rilevante e non secondario nell'analizzare le istanze religiose in ambito medico e sanitario, sia per nuovi studi su una specifica istanza nata nel contemporaneo sia quando si ricostruisce una storia di queste istanze in uno specifico contesto nazionale e socio-culturale; le istanze di natura religiosa in ambito sanitario non possono essere analizzate e comprese nella loro complessità senza un approfondimento sulla relazione storica che le tradizioni religiose hanno con l'ambito medico e le concezioni di salute e malattia.
Prima di avviare la ricerca si è proceduto metodologicamente con una ricognizione dello stato dell'arte. Sono stati, innanzi tutto, individuati i temi oggetto del focus, delimitandone il campo d'indagine, attraverso la ricognizione delle maggiori riviste nazionali e internazionali di Studi Religiosi e Storia delle religioni, Storia della Medicina e Medicina Sociale, Scienze Sociali, Diritto Ecclesiastico e Diritto Comparato delle Religioni e la letteratura fondamentale sulle specifiche questioni legate alla tesi (religioni e medicina, religioni e sanità, diritto di libertà religiosa in Italia, assistenza religiosa nella sanità italiana, condizione giuridica delle minoranze religiose in Italia, storia della medicina e della sanità in Italia e bioetica in Italia); in particolare è stato ricostruito il dibattito accademico intorno alla storia delle sanità e all'evoluzione storica della disciplina giuridica della libertà religiosa individuale e collettiva in Italia.
Grande rilevanza è stata data alla dottrina del diritto ecclesiastico e sanitario, in particolar modo attraverso una ricognizione approfondita di tutti i numeri di riviste quali *Il diritto ecclesiastico* e *Quaderni di diritto e politica ecclesiastica*. Inoltre, grande spazio è stato dato alle fonti dirette come

[4] Filoramo, G., Parrinello, R., *Guarire dal contagio. Riti e parole delle grandi religioni*, Brescia, Scholé – Editrice Morcellania, 2020, pp. 8-9.

testi legislativi, sentenze ed altro materiale giurisprudenziale, atti e documenti parlamentari, dichiarazioni e documenti di enti istituzionali, nazionali e sovranazionali.
Per quanto riguarda il punto di vista specifico delle confessioni religiose, sia con riferimento più generale alla dottrina, sia per quanto riguarda specificamente il contesto storico e il confronto con le altre confessioni religiose e le autorità statali, mi sono servito di riviste pubblicate da ciascuna delle confessioni interessate. Per la Chiesa cattolica è stata consultata *La Civiltà Cattolica*; per la Chiesa valdese la rivista *l'Eco delle valli* per le comunità ebraiche ci si è serviti di diverse riviste di respiro nazionale quali *l'Educatore Israelita, il Vessillo Israelitico* e *Israel, Il Bollettino della Comunità ebraica di Milano*, *il Notiziario della Comunità Israelitica di Torino, El-tikwa* (rivista dei giovani dell'Ucei), *Ha Keillah* (afferente alla Comunità di Torino) e, infine, la *Rassegna Mensile di Israel* di carattere più scientifico che divulgativo.
Sulla base di tali fonti, il progetto di ricerca ha innanzi tutto circoscritto il periodo storico di competenza e attraverso una prima esplorazione della letteratura ha permesso di isolare date ed eventi rilevanti, mettendo in luce la possibilità di strutturazione della ricerca per periodi storici che presentassero una peculiarità nell'evoluzione della storia del rapporto tra le confessioni religiose e l'ambito sanitario; l'arco temporale ricostruito dalla ricerca va dal 1848, anno dell'emancipazione di valdesi ed ebrei agli albori del nascituro Stato italiano, in quei suoi prodromi rappresentati dal Regno di Sardegna, in piena stagione risorgimentale, fino al 2019, prima cioè della pandemia di Sars-cov 2. Questo arco temporale è quindi stato ripartito così:

- 1848 – 1921 (il periodo risorgimentale e la fase liberale del Regno d'Italia);
- 1922 – 1945 (la dittatura fascista);
- 1946 – 1958 (la Costituente e i primi anni della Repubblica)
- 1959 – 1978 (la Repubblica e la Salute pubblica);
- 1979 – 2019 (la Repubblica e la Sanità pubblica).

Alla luce di tali coordinate, la ricerca si concentra sull'arco temporale compreso tra il 1848 e il 2019, individuando nella lunga durata uno strumento necessario per cogliere le trasformazioni del rapporto tra fattore religioso e sanità nel contesto italiano. Tale delimitazione consente di seguire l'evoluzione dei modelli di assistenza, delle forme di presenza confessionale e delle modalità di interazione con le istituzioni pubbliche, in un quadro che dalla fase preunitaria giunge fino alla soglia delle più recenti trasformazioni del sistema sanitario.
La scelta di arrestare l'analisi alla fase pre-pandemica risponde, in primo luogo, all'esigenza di mantenere l'indagine entro un contesto sufficientemente definito sul piano storico e normativo. Le dinamiche emerse a partire dal 2020 hanno infatti introdotto elementi di discontinuità che incidono in maniera significativa anche sul rapporto tra sanità e fattore religioso, ma che, proprio per il loro carattere ancora in evoluzione, richiedono un'analisi distinta e ulteriormente approfondita.
Analogamente, la decisione di concentrare l'attenzione sul contesto italiano ha consentito di sviluppare una ricostruzione il più possibile articolata delle relazioni tra Stato e confessioni religiose, valorizzando le specificità storiche e istituzionali che le caratterizzano. In questa prospettiva, eventuali aperture comparative, così come un'analisi più sistematica delle differenze interne alle singole tradizioni religiose, sono state consapevolmente rinviate, nella prospettiva di successivi sviluppi della ricerca, al fine di preservare la coerenza complessiva dell'impianto qui adottato.
In tale ricostruzione storico-giuridica, la ricerca e l'elaborazione della tesi hanno dovuto tenere conto della discontinuità e frammentazione di alcune fonti, come le riviste ebraiche, alcune con buchi di

intere annualità; della necessità di investigare il punto di vista di specifiche realtà locali, collocandole poi nel contesto nazionale; della spiccata diversità disciplinare delle fonti indagate, di cui non tutte sono state parte del mio percorso di studi, e che hanno richiesto non pochi approfondimenti, come le fonti di diritto ecclesiastico e sanitario e la relativa dottrina – uno sforzo necessario al risultato infine ottenuto, consistente in una tesi profondamente interdisciplinare.

Questo lavoro si compone di sei capitoli.

Il primo, dal 1848 al 1921, compone il quadro generale della legislazione e della politica ecclesiastica del periodo, con particolare attenzione alla normativa dello Stato di Sardegna che si allargherà a tutta la Penisola dopo l'unificazione. Poi è stato approfondito il punto di vista delle confessioni religiose in merito all'emancipazione delle confessioni religiose diverse dalla Chiesa cattolica che viene avviata negli Stati italiani pre-unitari e che si completa con il Regno d'Italia. Quindi si analizza la prima riforma sanitaria italiana attuata dal Governo Crispi, comprendete l'amministrazione e l'assistenza sanitaria e l'istituzione della pubblica assistenza e beneficenza. Infine, viene ricostruito il rapporto tra le tre confessioni religiose e l'ambito medico-sanitario del periodo.

Il capitolo secondo, dal 1922 al 1945, ricostruisce la condizione della sanità e delle confessioni religiose nel ventennio fascista. Poi procede presentando la condizione giuridica delle confessioni religiose analizzando, in relazione al tema della tesi, i mutamenti portati dalla stipula dei Patti Lateranensi tra Stato e la Santa Sede e dall'emanazione della Legge sui culti ammessi e dell'aggiornamento della normativa sulle Comunità israelitiche da parte del legislatore fascista.

Nella seconda parte viene fatta una disamina dell'ambito sanitario durante il regime fascista, con attenzione ai nodi critici in materia mettendo in relazione la sanità fascista con il fattore religioso. In particolare, vengono indagate la politica ospedaliera e l'assistenza sanitaria, l'intersecarsi delle visioni confessionali e fascista sul tema della maternità e della nascita, le posizioni mediche e confessionali sulla questione della razza e infine si approfondisce la condizione sanitaria degli ebrei nel contesto delle leggi razziali.

Il capitolo terzo, dal 1946 al 1958, si occupa del rapporto tra sanità e fattore religioso nel secondo dopoguerra, focalizzandosi nella prima parte sull'intreccio tra fattore religioso e salute pubblica all'Assemblea costituente e sul mutamento dell'ambito assistenziale inaugurato dalla Costituzione repubblicana, e approfondendo la condizione delle tre confessioni religiose nell'ambito medico-sanitario del periodo.

Il capitolo quarto, dal 1959 al 1978, esamina il punto di vista delle confessioni religiose e le loro attività nell'ambito sanitario in relazione alla riforma ospedaliera, focalizzandosi poi sull'approccio confessionale ad alcune questioni bioetiche emergenti in questo periodo, con approfondimento specifico sul tema dell'aborto e sulla posizione delle tre confessioni religiose in relazione alla legge n. 194/1978 recante "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza".

I capitoli quinto e sesto coprono gli anni dal 1978 al 2019, un periodo molto lungo e denso di novità, che ha richiesto una trattazione in due capitoli separati. Il quinto approfondisce primariamente il rapporto tra le confessioni religiose e il Servizio Sanitario Nazionale, con particolare attenzione all'attività degli enti ecclesiastici di queste confessioni e alle loro attività di umanizzazione nel servizio pubblico, come pure all'evoluzione sociale e normativa dell'assistenza spirituale in questi anni. Il sesto presenta l'evoluzione normativa della disciplina inerente alcune pratiche sanitarie di rilevanza bioetica e i soggetti istituzionali che in Italia si sono occupati di questo tema. Approfondisce poi le posizioni e le attività delle tre confessioni religiose in relazione ai temi bioetici di aborto e contraccezione, ingegneria genetica e procreazione medicalmente assistita, fine vita e trapianti.

La ricostruzione proposta non si limita a descrivere l'evoluzione dei rapporti tra fattore religioso e sanità, ma intende anche mettere in luce le logiche sottese alle differenti modalità con cui le confessioni religiose si sono collocate all'interno del sistema sanitario italiano. Le divergenze che emergono nel corso dell'analisi non appaiono infatti riconducibili esclusivamente a scelte contingenti o a specifiche congiunture storiche, ma rimandano a diversi modi di intendere il rapporto tra norma religiosa, coscienza individuale e istituzione pubblica.
In questa prospettiva, l'indagine si propone di leggere le posizioni delle confessioni non solo nei loro esiti pratici e normativi, ma anche alla luce delle forme di autorità religiosa e dei modelli di relazione con lo Stato che esse presuppongono e, nel tempo, contribuiscono a ridefinire.

CAPITOLO 1.
LA PRIMA RIFORMA SANITARIA ITALIANA TRA EMANCIPAZIONE RELIGIOSA E AUTONOMIA ORGANIZZATIVA DELLE CONFESSIONI RELIGIOSE (1848 – 1921).

Il periodo temporale, preso in considerazione in questo capitolo per tracciare una storia del fattore religioso in relazione all'ambito sanitario in Italia, abbraccia gli anni finali e decisivi del Risorgimento italiano, la formazione dello Stato nazionale a conduzione liberale e comprende anche i drammatici anni della Prima guerra mondiale, arrivando fino all'instaurazione del regime fascista. Si è scelto di partire dal 1848 perché si tratta di una data cardine che innesta la società italiana nel solco della modernità, mettendo in crisi il ruolo del cattolicesimo nella storia e nella società italiana e segnando un passaggio significativo per le comunità religiose presenti nei diversi stati della penisola.

In questo fatidico anno si avvia il progetto di uno Stato nazionale italiano fondato su principi liberali, contro cui la Chiesa inizia a scontrarsi[5]. «Inizia qui quel cammino di cambiamento» che, prima nel regno sabaudo e poi nell'Italia unitaria, «cancellerà i presupposti e i capisaldi dell'*ancien régime*, secondo lo schema classico del separatismo illuminista»[6].

Il 1848 è l'anno delle Lettere-patenti ai valdesi, conferite il 17 febbraio, e dei regi decreti indirizzati agli israeliti il 29 marzo[7] e il 15 aprile[8] con cui Carlo Alberto emancipa le due minoranze storiche piemontesi; tali disposizioni si estenderanno al Regno d'Italia, proclamato proprio dalla monarchia sabauda.

La storia del diritto di libertà religiosa nel contesto sanitario parte dal processo di emancipazione, in seguito al quale gli ospedali valdesi di Torre Pellice e Pomaretto ottengono l'equiparazione alle opere di assistenza e beneficenza, e vengono sottoposti al regime normativo del Regno in materia di assistenza sanitaria[9]. L'approccio medico si arricchisce di nuove prospettive influenzate dall'illuminismo, che portano alla luce idee innovative e rivoluzionarie che superano la tradizione ippocratica o quella dell'*ancien régime*[10]; in cui anche la concezione su cui si basa il rapporto interpersonale tra medico e paziente si trasforma, prima fondata su un'antropologia medica del malato e poi tendente sempre più alla centralità della tecnologia medica della sua malattia.

Il Regno d'Italia viene proclamato nel 1861, «ma lo Stato pontificio ne f[arà] parte solo con la "breccia di Porta Pia" del 20 settembre del 1870»[11], sorgendo in questo modo proprio dal principio liberale di separazione tra Stato e Chiesa cattolica.

Dal punto di vista sanitario, la seconda metà dell'Ottocento vede l'incidenza e l'elevata frequenza di diverse malattie epidemico-contagiose che movimentano, quasi annualmente, una epidemiologia caratterizzata dall'ultima comparsa della peste e dalla persistenza del vaiolo, nonostante il diffondersi della vaccinazione.

---

[5] Cfr. Traniello, F., *Religione Cattolica e Stato Nazionale. Dal Risorgimento al secondo Dopoguerra*, Bologna, Il Mulino, 2007.

[6] Cardia, C., *Ordinamento italiano, Libertà religiosa e multiculturalismo*, in Cardia, C., (a cura di), *Diritto e religione in Italia. Principi e temi*, Roma, ROMATRE press, 2021, p. 24.

[7] Regno di Sardegna. Regio Decreto n. 688, 29 marzo 1848, *Per l'emancipazione degli Israeliti*.

[8] Regno di Sardegna. Regio Decreto n. 700, 15 aprile 1848, *Che ammette gli Israeliti regnicoli a far parte della Leva militare.*

[9] Voce: Ospedali Valdesi di Torre Pellice e Pomaretto, Dizionario Biografico dei protestanti in Italia, Società di Studi Valdesi - https://www.studivaldesi.org/dizionario/evan_det.php?evan_id=72 .

[10] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Bari-Roma, Editori Laterza, 2016, p. 83. Versione digitale da applicazione Libri di Apple.

[11] Tozzi, V., *La libertà religiosa in Italia e nella prospettiva europea,* in «Stato, Chiese e pluralismo confessionale, Rivista telematica (https://statoechiese.it/)», 10 novembre 2014, p. 2.

Questa ricca morbosità[12] stimola l'impegno dei governi nell'affrontare le questioni legate alla salute pubblica e rappresenta un punto di riferimento importante per il confronto tra teoria e pratica nel campo della medicina, in cui si afferma inizialmente l'ideologia materialista.
Dopo l'annessione dello Stato della Chiesa all'Italia, avvenuta con a capo del governo il medico Giovanni Lanza che dà ordine ai bersaglieri di entrare a Roma per abbattere il potere temporale e consegnarla all'Italia, e il ritorno a posizioni più moderate da parte di una borghesia spaventata dall'affermarsi dell'ideale comunista e dalla radicalizzazione della questione sociale, l'appoggio al materialismo da parte degli intellettuali medico-scientifici inizia gradualmente ad affievolirsi. Con il cambiare della situazione socio-politica, cambia anche la filosofia di scienziati, naturalisti e medici progressisti. I dati concreti forniti dalla «scienza sperimentale» cominciano a sembrare insufficienti e inadeguati a spiegare i «fenomeni più complessi della vita, della coscienza e della psiche»[13], dove gli immaginari religiosi hanno ancora una forte influenza.
«L'innovazione istituzionale, culturale e politica» del «nuovo modello di Stato»[14] tende alla separazione dei poteri, civile e religioso. Con la Legge delle Guarentigie del 1871 si pone fine al potere temporale dei Papi e si dà vita ad un regime speciale per gli organi centrali della Chiesa romana e per la condizione giuridica delle istituzioni cattoliche in Italia. Il separatismo italiano liberale si caratterizza per una moderazione che evita posizioni estremiste come quelle francesi, sebbene questo non eviterà aspri scontri con la Chiesa cattolica[15]. Lo Stato, «il cosiddetto "paese legale", le istituzioni pubbliche, anche per la consapevolezza della propria fragilità, cerc[ano] con tenacia l'accomodamento con la maggioranza cattolica del "paese reale" e, al tempo stesso, una laicizzazione del diritto dello Stato, che ten[ga] conto della debole secolarizzazione del paese»[16].
In questi anni si edifica anche l'Ospedale evangelico valdese di Torino[17]. Solo dopo il 1884 l'amministrazione comunale di Roma decide di dare in concessione alla Comunità Ebraica un ospedale, il vecchio convento vicino alla chiesa di San Bartolomeo[18]. Nel 1902 il Rifugio Re Carlo Alberto, presidio sanitario valdese, ottiene il riconoscimento della personalità giuridica[19].
Inaugurata dalla legge Crispi-Pagliani, la riforma sanitaria del 1888, «approvata dal Parlamento il 22 dicembre e preceduta di un anno dall'istituzione della Direzione generale di sanità pubblica presso il ministero dell'Interno, segna il più importante momento di svolta nella storia della sanità in Italia quanto meno fino al secondo dopoguerra»[20].
La riforma ospedaliera del 17 luglio 1890, n. 6972, inaugurata dalla legge Crispi mediante la conversione e concentrazione nella Congregazione di carità delle Opere pie non più rispondenti a effettivi bisogni sociali, testimonia il progressivo ampliarsi delle sfere d'intervento dello Stato, che rivendica la potestà secolare della pubblica beneficenza e accentua il suo «carattere universalistico, trasformando alcuni enti ecclesiastici non soppressi e rendendo fruibili i redditi a tutti quanti vi hanno titolo, "senza distinzione di culto religioso"»[21].

---

[12] La morbosità è un indice della statistica sanitaria che esprime la frequenza di una malattia in una popolazione. È definito come il rapporto tra il numero di soggetti malati e la popolazione totale.
[13] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 96.
[14] Tozzi, V., cit, p. 4
[15] Cardia, C., *Ordinamento italiano, Libertà religiosa e multiculturalismo*, cit, p. 24.
[16] Ferrari, A., *La libertà religiosa in Italia*, Roma, Carocci, 2013, p. 25.
[17] Rivoira, S., Ospedale Evangelico Valdese di Torino, in https://www.studivaldesi.org/dizionario/evan_det.php?evan_id=75&str=sanit% .
[18] *La nostra storia. Il futuro ha una lunga storia*, in https://ospedaleisraelitico.it/storia/ .
[19] Rivoira, S., Rifugio Re Carlo Alberto, in https://www.studivaldesi.org/dizionario/evan_det.php?evan_id=78&str=sanit% .
[20] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 99.
[21] Ferrari, A., cit., p. 23.

La riforma arriva a distanza di quasi trent'anni dall'Unità d'Italia, con l'obiettivo – nonostante alcune lacune – di ridurre disparità e problemi nel settore della sanità di un paese che si trova ancora in una posizione di svantaggio rispetto ad altri paesi europei più avanzati. La revisione della disciplina giuridica in materia di sanità pubblica non riguarda una singola legge, ma l'intero complesso normativo, composto da varie leggi emanate nel corso degli anni, unite nel testo unico delle leggi sanitarie del 1907, redatto principalmente da Rocco Santoliquido, esperto igienista alla guida della Direzione generale della sanità pubblica[22].
Dall'Unità d'Italia ai primi decenni del Novecento si struttura un sistema sanitario nazionale di cui si avverte sempre più il bisogno per far fronte alla situazione della salute pubblica della società italiana e nella cui strutturazione e implementazione giocheranno un ruolo chiave le confessioni religiose, tra istituzioni di assistenza e beneficenza, sentire collettivo e influenza sui territori; sono gli stessi anni in cui le minoranze religiose si emancipano ed il loro diritto ad esistere si consolida, sostenuto dalla progressiva secolarizzazione del diritto statale, slegato dalle finalità religiose e temporali della Chiesa cattolica, la quale è costretta dalle circostanze a riconsolidare la sua influenza e riorganizzare i suoi beni e le sue istituzioni presenti capillarmente su tutto il territorio italiano.

1.1. Quadro generale della legislazione e della politica ecclesiastica dal 1848 al 1921.

Tra i pensatori e i giuristi della seconda metà dell'Ottocento e dei primi decenni del Novecento matura sempre di più l'idea che il diritto alla libertà religiosa ha due aspetti: la libertà di coscienza e la libertà di culto[23]; così descritta da Francesco Ruffini: «la libertà religiosa», da non confondersi con la «libertà di pensiero e la libertà ecclesiastica», è la «facoltà spettante all'individuo di credere quello che più gli piace o di non credere, se più gli piace, a nulla». Essa «non prende partito né per la fede né per la miscredenza», non ha per scopo la «salvezza ultramondana», come è per la «fede» religiosa, né «la verità scientifica», come è per il «libero pensiero», ma un intento più «modesto e pratico» per cui ogni individuo «possa perseguire e conseguire a sua posta quei due fini supremi». In questo senso, la libertà religiosa non è né «filosofica», né «teologica», ma «essenzialmente giuridica»[24]. Nella rivista *il Diritto Ecclesiastico Italiano*, Girolamo Macchiarelli scrive che la libertà religiosa consta di quattro caratteri essenziali: libertà di esame o di pensiero; libertà di coscienza; libertà di culto; eguaglianza dei culti nei rapporti con lo Stato. L'individuo, pertanto, ha il diritto di seguire il culto in cui crede e questa libertà, però, non potrebbe sussistere senza che tutti i culti siano trattati in modo eguale dal punto di vista giuridico nei rapporti con lo Stato[25]. Per quanto queste due definizioni differiscono per architettura sintattica e sono distanti un ventennio, nella sostanza riportano quello che dall'esperienza di governo si è visto concretizzarsi e non, fino a quel momento nella società italiana e quelli che fino ad allora sono i risultati degli studi scientifici in materia di libertà religiosa, che sempre di più si sistematizzano e focalizzano verso gli aspetti positivi di questo concetto[26]; si inizia a prendere in considerazione il punto di vista dell'individuo, come soggetto giuridico, e la sua partecipazione ad una collettività, una comunità di pratica (religiosa) e una società (nazionale e di diritto). Infatti per

[22] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 100.
[23] Disegni, G., *Ebraismo e libertà religiosa in Italia. Dal diritto all'uguaglianza al diritto alla diversità*, Torino, Einaudi, 1983, pp. 28-29.
[24] Ruffini, F., *La libertà religiosa. Una idea. Vol.1*, Torino, Fratelli Bocca Editori, 1901, pp. 3-4.
[25] Macchiarelli, G., *La Libertà religiosa e il Codice Penale*, in «Il Diritto Ecclesiastico Italiano», 2, 15, 1921, pp. 55-77.
[26] Ruffini, F., *La libertà religiosa. Una idea. Vol.1,* cit., p. 4.

libertà religiosa si intende, in entrambe le definizioni, la libera "espressione" e "professione" della religione di un individuo e gruppo di individui in seno ad uno Stato.
Il riconoscimento della libertà religiosa è storicamente il banco di prova di tutte le altre libertà e la sua affermazione va di pari passo con la costruzione dei sistemi democratici[27]. In Italia, per tutta la seconda metà dell'Ottocento e i primi del Novecento, si ha un progressivo riconoscimento della libertà religiosa, però essenzialmente nella sua dimensione individuale, «come sfera di autonomia del singolo nei confronti dello Stato, tenuto a tenere un atteggiamento garantistico di carattere negativo»[28], e questo per diverse ragioni che si cercherà di esplicare in questo paragrafo.
Prima dell'emancipazione, l'importanza del fattore religioso è evidente solo rispetto alla Chiesa cattolica, basandosi sul presupposto implicito che è necessario proteggere gli interessi della confessione religiosa a cui appartiene la maggioranza della popolazione[29]. L'ordinamento italiano di questo periodo mostra un atteggiamento per lo più indifferente nei confronti dei non cattolici, considerandoli indegni di protezione, salvo in circostanze molto rare ed eccezionali in certi stati della penisola.
La posizione di minoranza che caratterizza le confessioni non cattoliche e che, «quale denominatore comune le abbina», pur nella loro diversità, di fronte alle leggi statali, «stabilisce un intimo nesso e una interdipendenza tra le norme in materia», tanto da potersi affermare che «la condizione fatta alle minoranze religiose sul terreno giuridico non ha mai costituito per lo Stato italiano una questione autonoma, un momento distintivo della sua politica ecclesiastica»[30], ma piuttosto è sempre affrontata in relazione alle direttive della politica ecclesiastica e delle leggi riguardanti la Chiesa cattolica romana. Dunque la legislazione sulle confessioni religiose minoritarie deve essere esaminata tenendo conto di quella sulla Chiesa cattolica negli anni dal 1848 fino all'unificazione dell'Italia e al suo sviluppo successivo, partendo dalla legislazione del Regno sardo ed estendendola alle altre regioni[31].
Parlando di confessioni religiose di minoranza presenti sul territorio italiano prima dell'unificazione, oltre alcune comunità greco-ortodosse, si intendono per lo più israeliti e protestanti (in particolare valdesi).
Il percorso di emancipazione di ebrei e valdesi, come accennato in precedenza, inizia con le Lettere-patenti e i Regi decreti nel Regno sardo ad opera di Re Carlo Alberto. Per quanto riguarda i valdesi, anche grazie al sostegno di Roberto d'Azeglio, che agisce come tramite del pastore Amedeo Bert, essi ottengono un'udienza speciale il 5 gennaio 1848 e, contemporaneamente, beneficiano delle pressioni esercitate dall'opinione pubblica a loro favore, come l'intervento della Legazione inglese. Alla fine si arriva alla redazione delle Lettere-patenti che, firmate il 17 febbraio dal re, sono pubblicate il 25, cioè nove giorni prima della concessione dello Statuto Albertino. Dalle discussioni per l'emancipazione dei valdesi emerge chiaramente l'intenzione dei legislatori di mantenere la posizione giuridica di inferiorità per i culti non cattolici: l'emancipazione dei culti non cattolici equivale ad un non riconoscimento degli stessi, pur permettendo la pratica con precise limitazioni.

[27] Cavaglion, A.*, Minoranze religiose e diritti. Percorsi in cento anni di storia degli ebrei e dei valdesi, 1848-1948*, Milano, Franco Angeli, 2021, p. 7.
[28] Madonna, M., *Profili storici del diritto di libertà religiosa nell'Italia post-unitaria*, Lecce, Libellula Edizioni, 2012, p. 22.
[29] Lariccia, S., *La rilevanza giuridica dell'interesse religioso*, in D'Avack, P., A., (a cura di), *La legislazione ecclesiastica. Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione*, Milano, Neri Pozza Editore, 1967, pp. 293-325, p. 299.
[30] Peyrot, G., *La legislazione sulle confessioni religiose diverse dalla cattolica*, in D'Avack, P., A., (a cura di), *La legislazione ecclesiastica. Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione*, Milano, Neri Pozza Editore, 1967, p. 521.
[31] Ibidem.

La volontà del Re è dunque quella di concedere una parziale libertà di culto, ma senza riconoscere ufficialmente i culti diversi dal cattolicesimo[32]. Le Lettere Patenti rappresentano un progresso nel campo della vita civile, ma non garantiscono nulla per quanto riguarda la libertà religiosa; anche lo Statuto del 4 marzo sembra un passo indietro piuttosto che un progresso[33].
Il 1848 non è soltanto la reazione alla Restaurazione, ma la «sintesi di due posizioni antitetiche», rappresentate dalla «rivoluzione francese e dalla Santa Alleanza»[34]. In altri termini, il 1848 non si è ancora del tutto liberato dai principi politici precedenti.
Lo Statuto Albertino del 4 marzo1848 dispone, all'art. 1, che la religione cattolica apostolica romana è la sola religione dello Stato, e aggiunge che gli altri culti attualmente esistenti nello Stato sono tollerati conformemente alle leggi.
Lo Statuto Albertino, come si è detto, adotta il principio del cattolicesimo come religione di Stato, analogamente a quanto fanno le costituzioni di altri Stati italiani preunitari. La Costituzione napoletana del 11 febbraio 1848, molto più «dura»[35] con i non cattolici rispetto allo Statuto sabaudo stabilisce che la religione di Stato è quella cristiana cattolica apostolica romana, senza concedere spazio ad altri culti[36]. Il diritto delle minoranze religiose ad esistere, «con importanza scarsa per il numero dei dissidenti, ma con un contenuto reale sufficiente a dare una concretezza al valore ideale della tesi»[37], si afferma in altre parti d'Italia. La Costituzione, più «liberale»[38], della Toscana di Leopoldo II del 15 febbraio 1848 conferma che la religione cattolica apostolica romana è l'unica riconosciuta dallo Stato, ma permette agli altri culti di esistere conformemente alle leggi[39]. Nel Lombardo-Veneto, «i protestanti sono equiparati ai cattolici e gli ebrei ammessi alle Università e ai titoli professionali»[40]. Nello Stato Pontificio permane il tradizionale regime di tolleranza nei confronti degli ebrei.
In questi Stati la religione cattolica è vista come la sola verità, al contrario, riconoscere parità di diritti agli altri culti è considerato inaccettabile, date le forme di governo assolutistiche e confessionali che generano questi statuti[41]. La presenza di una religione ufficiale e la libertà di praticare altre fedi rappresentano, in questa fase, un contrasto inestinguibile; «e la condizione propria riservata alle confessioni religiose di minoranza è pensata […] quale quella di culti non approvati ma non impediti, vale a dire, tollerati»[42].
Il primo articolo dello Statuto Albertino sancisce, «da un lato, la condizione privilegiata della Chiesa cattolica come religione ufficiale, e dall'altro la posizione di semplice tolleranza in cui si trovavano gli altri culti»[43], a sottolineare la disuguaglianza di trattamento giuridico.

---

[32] Ibidem.
[33] Comba, E., Santini, L., *Breve storia dei Valdesi*, Torino, Claudiana, 1966, pp. 152-153. Le Lettere Patenti ammisero i valdesi a godere dei diritti civili e politici, a frequentare le scuole dentro e fuori le Università e a conseguire i gradi accademici. Tuttavia, si precisava che nulla era innovato quanto all'esercizio del culto ed alle scuole da essi dirette. Pertanto, l'emancipazione riguardò la vita civile, ma non quella religiosa ed ecclesiale, rispetto alla quale rimasero in vigore le norme esistenti con tutti i loro divieti.
[34] Disegni, G., cit., p. 22.
[35] Madonna, M., *Profili storici del diritto di libertà religiosa nell'Italia post-unitaria*, cit, p. 13.
[36] Jemolo, A., C., *Chiesa e Stato in Italia negli ultimi cento anni*, Torino, Einaudi, 1963, pp. 80-81.
[37] Ibi, p. 50.
[38] Madonna, M., *Profili storici del diritto di libertà religiosa nell'Italia post-unitaria*, cit, p. 14.
[39] Jemolo, A., C., cit, p. 80.
[40] Ibi, p. 50
[41] Disegni, G., cit, p. 22.
[42] Peyrot, G., *La legislazione sulle confessioni religiose diverse dalla cattolica,* cit, p. 523.
[43] Ruffini, F., *La libertà religiosa come diritto pubblico subbiettivo*, Torino, Fratelli Bocca Editori, 1924, p. 32.

Lo Statuto Albertino non innova la materia, non contenendo ancora alcuna norma sul diritto di libertà religiosa, che in Italia si riconosce per la prima volta solo con la Costituzione repubblicana, e per quanto riconosca l'eguaglianza dei sudditi, rimarca fortemente la non uguaglianza delle diverse confessioni religiose alle quali i sudditi appartengono[44], come è evidente attraverso l'analisi delle norme più significative, per esempio: l'art. 28 richiede, ai fini della stampa di bibbie, catechismi, libri liturgici e di preghiere, il preventivo permesso del vescovo; l'art. 33, in cui si elencano le categorie tra cui potevano essere scelti i senatori del Regno, inizia riportando le categorie degli arcivescovi e dei vescovi dello Stato.
Ugualmente, la libertà di coscienza è riconosciuta, mentre quella di culto, il libero "esercizio" della religione (diversa dalla cattolica) no. La prima è una libertà religiosa individuale, la seconda è esercitata anche in forma collettiva, vedendo l'associazione in funzione strumentale all'individuo, ma disconoscendone interessi e diritti propri, accordati invece alla religione cattolica collettivamente, oltre che individualmente, senza accordare a chi professa i diversi culti riconosciuti tutti i diritti e le facoltà che occorrono per l'esercizio dei riti e delle pratiche di culto[45]. Fino a questo momento la libertà religiosa per i non cattolici è ancora assente, con alcuni doveri confessionali che diventano obblighi civili, le istituzioni educative controllate dai vescovi, le controversie con il clero risolte dai tribunali ecclesiastici e i privilegi della Chiesa e del clero[46].
Ad ogni modo, il separatismo di Stato e Chiesa rappresenta comunque un passo avanti ed una eccezionalità rispetto ad altri ordinamenti contemporanei della Penisola; esso porta anche a una diversa percezione del fenomeno religioso. La religiosità della persona inizia ad essere percepita dalle istituzioni civili come diritto individuale e non è più in funzione della fede del sovrano. L'enunciazione dell'art. 1 dello Statuto del 1848, per cui la religione cattolica apostolica romana è la religione dello Stato, «segna il carattere politico delle istituzioni, che si ispirano a quella dottrina per tradizione e convinzione, che determina privilegi per i suoi seguaci e per l'organizzazione religiosa»[47]. Dopo l'approvazione dello Statuto, la concezione dell'emancipazione religiosa in Piemonte si amplia notevolmente rispetto alla visione iniziale limitata e ristretta[48]. Nella prassi amministrativa vi sarà una graduale disapplicazione delle restrizioni vigenti in materia di esercizio del culto. L'emancipazione inizialmente riservata ai valdesi, si estende prima agli israeliti piemontesi poi a tutti i culti presenti nel Regno e nelle regioni annesse.
Gli ebrei del Piemonte si sono integrati favorevolmente nei meccanismi produttivi, detenendo capitali e dirigendo significative industrie nell'economia del territorio. «Questo interessa la borghesia liberale, poiché i commercianti, i produttori e i proprietari ebrei stanno diventando una componente significativa della classe borghese»[49]. Per integrare quanto lo Statuto Albertino ha anticipato vengono emanati i regi decreti in favore dell'emancipazione degli israeliti del 29 marzo e del 15 aprile. Significativo è l'impegno per i diritti degli ebrei di Massimo d'Azeglio, fratello di quel Roberto che si è battuto per i valdesi, il quale scrive della emancipazione civile degli israeliti e lo dedicherà al Papa. L'azione che muove i fratelli d'Azeglio, non è solo motivata da un interesse umanitario, ma rappresenta anche una verifica fondamentale del programma liberale. Le minoranze svolgono un

[44] Disegni, G., cit, p. 25.
[45] Ibidem.
[46] Cardia, C., *Risorgimento e religione*, Torino, Giappichelli, 2011, p. 84.
[47] Macrì, G., Parisi, M., Tozzi, V., *Diritto civile e religioni*, Roma-Bari, Editori Laterza, 2013, p. 16.
[48] Cfr. Peyrot, G., *La legislazione sulle confessioni religiose diverse dalla cattolica*, cit.
[49] Disegni, G., cit, p. 88.

ruolo cruciale nella rivoluzione, e senza un effettivo rispetto per i loro diritti e la loro libertà, il movimento sarebbe incompleto[50].
In virtù del primo decreto, gli ebrei furono ammessi a frequentare le università statali e a godere dei diritti civili (ma non di quelli politici). Con il secondo, furono ammessi alla leva militare (ma non alle cariche civili). Inoltre, come già per i valdesi, non si riconosce la libertà di religione. «Difatti, quei due testi contengono questa essenziale restrizione: "nulla però è innovato quanto all'esercizio del loro culto"»[51].
Per unificare e rendere omogenee le norme precedentemente stabilite, riguardanti l'emancipazione dei sudditi appartenenti a culti diversi dalla religione cattolica, viene emanata il 1° giugno 1848 la legge Sineo che decreta definitivamente l'uguaglianza di tutti i cittadini davanti alla legge, qualunque sia la religione professata, dichiarando che "la diversità di culto non forma eccezione al godimento dei diritti civili e politici ed all'ammissibilità delle cariche civili e militari".
A partire dal 1849 si inizia a discutere una legislazione specifica per valdesi ed ebrei.
Gli ebrei ottengono una regolamentazione particolare con la legge Rattazzi del 1857 (n. 2325). Questa legge è varata il 4 luglio del '57 con molto ritardo, per via delle enormi polemiche in seno alle Università israelitiche[52]. Essa prevede un controllo capillare da parte dello Stato sulle comunità e quindi non più la tradizionale autonomia, non più l'isolamento e la separatezza. Questo controllo si concretizza nell'obbligatorietà di tassa d'iscrizione e nella previsione di un lungo termine per dissociarsi dalla comunità di riferimento. Un soggetto non può "rimanere ebreo" senza appartenere alla Comunità. Questo si modificherà solo alla fine dell'Ottocento. La legge Rattazzi crea una maggiore frammentazione, la Comunità ebraica di Roma (ultima ad unirsi allo Stato unitario) si baserà sempre sull'associazione volontaria; la Comunità ebraica di Firenze protesta a lungo contro queste misure, mentre quella Triestina non aderirà mai alla legge Rattazzi, anche dopo l'annessione di Trieste allo Stato italiano.
I valdesi, insieme alle altre confessioni protestanti, scelgono di rimanere nell'ambito del diritto comune per mantenere la propria indipendenza. La dichiarazione della Tavola valdese del settembre 1849 sottolinea che la Chiesa valdese deve amministrarsi in modo indipendente, considerando ogni intervento speciale dello Stato come un tentativo di distruggere la chiesa stessa[53]. La laicità – secondo quanto scrive Cavaglion – per i valdesi è fondamentale perché permette di evitare l'ingerenza del clero nella vita pubblica e di garantire la libertà di pensiero e di religione. Inoltre, quella dello Stato è necessaria per mantenere un equilibrio nel rapporto tra Chiesa e Stato, basato sul principio di separazione tra le istituzioni religiose e quelle civili[54].
Altra svolta storica è determinata dalla legge Siccardi del 9 aprile del 1850 che introduce l'unicità della giurisdizione e l'uguaglianza dei cittadini in materia giudiziaria e di immunità. Con essa è abolita ogni competenza civile e penale dei tribunali ecclesiastici[55].
Un'altra legge del 1855, sempre per iniziativa di Urbano Rattazzi, che rappresenta un importante passo verso il riassetto dell'economia sabauda prima e nazionale dopo, riconosce l'importanza dei corpi morali di utilità sociale, esentandoli dalla soppressione. Questo segna l'inizio dell'espansione

[50] Cavaglion, A., cit, p. 18.
[51] Ruffini, F., *La libertà religiosa come diritto pubblico subbiettivo*, cit, p. 33.
[52] Dazzetti, S., *La legge organica per le Università israelitiche piemontesi del 1857. Il dibattito e le scelte del Parlamento subalpino*, in «Stato, Chiese e pluralismo confessionale, Rivista telematica (https://statoechiese.it/)», 1, 2023, p. 4.
[53] Madonna, M., *Profili storici del diritto di libertà religiosa nell'Italia post-unitaria*, cit, pp. 17-18.
[54] Cavaglion, A., cit, p. 23.
[55] Ibi, p. 84.

dei compiti dello Stato, che si prende cura delle necessità della popolazione organizzando e supervisionando i servizi sociali che sarebbero diventati cruciali in futuro[56].

Con il Risorgimento e l'Unità d'Italia, l'emancipazione religiosa delle minoranze inizia ad essere salvaguardata. Questo periodo di riforme segue le tappe del Risorgimento dal 1848 al 1870, con il contributo di importanti figure cattoliche che la sostengono[57], come Carlo Cattaneo, Vincenzo Gioberti, Niccolò Tommaseo, Cesare Balbo e Massimo D'Azeglio che sono favorevoli all'emancipazione. Man mano che – sotto la spinta dell'ideologia liberale propria delle classi progressiste rivoluzionarie come la borghesia, delle insurrezioni popolari e delle guerre d'indipendenza – i vecchi Stati italiani vanno fondendosi nel Regno d'Italia, gli ebrei escono dai ghetti e si integrano nella vita nazionale. Un segno di questo cambiamento si ha nella denominazione del ministero che si occupa di questioni religiose che, dal 1861, sostituisce la formula "affari ecclesiastici" con quella più ampia di "affari di culto"[58].

Durante il periodo liberale – come già detto – non vi è un esplicito riconoscimento positivo del diritto alla libertà religiosa a livello individuale e collettivo. Tuttavia, vi è un chiaro riconoscimento di spazi di autonomia del singolo rispetto allo Stato, chiamato ad avere un atteggiamento garantista di tipo negativo[59], e alla Chiesa cattolica. Dopo la formazione dello Stato unitario il legislatore italiano tende a tutelare l'uguaglianza dei cittadini, anche se appartenenti a confessioni di minoranza. Tuttavia, sia gli editti di emancipazione delle minoranze confessionali, sia le norme stabilite inizialmente in Lombardia e successivamente in Veneto, garantiscono l'uguaglianza dei cittadini, ma specificano che non vi è alcuna innovazione riguardo alle disposizioni che regolano l'esercizio del culto per i non cattolici. Nonostante alcune di queste norme restrittive sono ormai cadute in disuso, esistono comunque e creano una situazione anomala per le confessioni non cattoliche, che rimangono soggette al potenziale arbitrio delle autorità pubbliche[60].

Dopo l'Unità d'Italia, si succedono due periodi caratterizzati da due diverse tendenze riscontrabili anche in politica ecclesiastica, nel primo periodo fino al 1876, che vede al potere la Destra storica, prevale una tendenza separatista e liberale; nel secondo dal 1876 fino al 1922 con l'avvento della Sinistra storica al potere, e poi i convulsi primi decenni del Novecento tra colonialismo, Prima guerra mondiale e avvento del fascismo, si ha una tendenza giurisdizionalista. L'intreccio tra riformismo e giurisdizionalismo caratterizza entrambi i periodi, in maniera costante e, in certi casi, inscindibile, però il giurisdizionalismo prevale maggiormente nel secondo, mettendo in discussione l'eredità lasciata dalla Destra storica al Regno d'Italia durante il primo periodo. Nel primo periodo compreso tra il 1861 e il 1876, l'analisi della produzione legislativa rivela un elemento costante: l'inizio di un processo di laicizzazione dello Stato. Questo era un obiettivo fortemente desiderato sia dall'ideologia liberale dell'Ottocento sia dai sostenitori delle lotte risorgimentali[61].

A caratterizzare questa progressiva laicizzazione sono diverse disposizioni legislative che, allo stesso tempo e in certi casi, contrastano con lo stesso spirito liberale, in quanto è lo Stato che impone, alla Chiesa cattolica, in chiave giurisdizionalista, un drastico ridimensionamento.

Dopo gli editti di emancipazione e la legge Sineo che ne conferma gli assunti, le riforme nella politica ecclesiastica riprendono con forza dopo il 1861.

---

[56] Macrì, G., Parisi, M., Tozzi, V., cit, pp. 17-18.

[57] Cardia, C., *Risorgimento e religione*, cit, p. 149.

[58] Disegni, G., cit., p. 91.

[59] Madonna, M., *Profili storici del diritto di libertà religiosa nell'Italia post-unitaria*, cit, p. 22.

[60] Peyrot, G., *La legislazione sulle confessioni religiose diverse dalla cattolica,* cit, p. 524.

[61] Disegni, G., cit, p. 33.

La più importante di queste è certamente la Legge delle Guarentigie pontificie (n. 214), che entra in vigore il 13 maggio 1871, sulle prerogative del pontefice e della Santa Sede e sulle relazioni della Chiesa con lo Stato. Il progetto di legge si basa sul disegno di Cavour che intende «compensare la perdita del potere temporale del papa con la concessione della piena libertà della Chiesa all'interno dello Stato»[62]. Il disegno di legge viene assegnato a una commissione speciale, il cui compito è analizzare i punti più critici e suggerire possibili emendamenti. Questa commissione apporterà modifiche significative al progetto presentato dal governo. Ruggero Bonghi, il relatore e principale responsabile del lavoro, cerca di trovare un compromesso tra le direttive governative, influenzate dalle idee cavouriane, e la nuova situazione dei rapporti con la Santa Sede, che ha profondamente alterato l'equilibrio del sistema concepito un decennio prima, durante il processo di Unità d'Italia[63]. Ne consegue, in primo luogo, la suddivisione del progetto originale in due sezioni (o titoli): articoli 1-14, dedicati alle prerogative del sovrano pontefice; articoli 15-20, riguardanti le relazioni tra Chiesa e Stato in Italia. I gruppi che ritengono prematuro applicare il principio della libertà della Chiesa si riuniscono attorno all'ordine del giorno proposto dal deputato Cairoli. La maggioranza si divide in due fazioni: da un lato, una corrente guidata da Bonghi, favorevole al progetto così come modificato dalla commissione; dall'altro, un gruppo capitanato da Ricasoli, Peruzzi e Minghetti, che chiede una revisione del Titolo II del progetto in una direzione più nettamente separazionista. La discussione, vivace e approfondita, porta all'approvazione di una versione modificata rispetto sia al testo originale del Governo che a quello redatto dalla Commissione parlamentare[64].
Già nel marzo 1871 durante la discussione alla Camera dei deputati, il Parlamento si esprime a favore dell'abolizione di «ogni ingerenza governativa nell'esercizio del culto e della libertà religiosa» dichiarando che tale principio è applicato «a profitto di tutti i culti professati nello Stato»[65]. Risultato di queste posizioni è ad esempio l'ultimo comma dell'art. 2 che stabilisce il principio della libertà di discussione in materia religiosa; con questo rimane destituito di applicazione pratica l'art. 28 dello Statuto che attribuisce ai vescovi la revisione preventiva delle pubblicazioni liturgiche.
Il secondo periodo ha inizio con l'ascesa della Sinistra al potere nel 1876 e si protrae fino al 1922. L'avvento della sinistra si verifica in un momento difficile, caratterizzato dall'aspro conflitto con le forze cattoliche. Anche se alcuni esponenti della sinistra sono legati ai propositi giurisdizionalisti, vi è anche il desiderio di affermare il principio di uguaglianza religiosa. Infatti, favorire i culti minoritari e garantire ai loro appartenenti parità giuridica è anche visto come un modo per contrastare il ritorno ad un confessionalismo sostenuto dai clericali insoddisfatti delle politiche liberiste del Governo unitario. Nel contesto lasciato dalla destra moderata, promuovere l'emancipazione dei culti può essere una misura per proteggere la coesione del Paese. Così, le minoranze religiose sono accolte nel paese in un clima di accoglienza e apertura politica.
Nonostante non sia stata considerata la richiesta da parte delle confessioni di minoranza di modificare formalmente il primo articolo dello Statuto Albertino, si è giunti a una modifica sostanziale del suo contenuto attraverso la prassi amministrativa. Nel primo Codice penale dell'Italia unita del 1889 (il codice Zanardelli), si accorda la tutela del singolo individuo, che deve essere tutelato contro quanti attentano alla sua libera professione di fede. Nella concezione liberale i fenomeni religiosi nel loro complesso sono considerati come questioni private dei singoli soggetti. È quindi del tutto conseguente

[62] Margiotta Broglio, F., *I centocinquanta anni della Legge delle Guarentigie*, in «Diritto e religione», XV, 2, 2021, luglio-dicembre, p. 434.
[63] Margiotta Broglio, F., *I centocinquanta anni della Legge delle Guarentigie*, cit, p. 435.
[64] Ibidem.
[65] Disegni, G., cit, p. 35.

alla politica del momento che, una volta riconosciuti eguali davanti alle leggi tutti i cittadini senza distinzione di religione, «quei diritti di libertà sanciti dallo Statuto e dalle norme successive a favore dei singoli in tema di opinione, di stampa, di riunioni e di associazione devono ritenersi esercitabili in modo pieno anche in materia religiosa»[66].
È anche laicizzata la beneficenza (legge 17 luglio 1890 sulle Opere pie) e si rende accessibile a tutti, senza differenze di religione, la pubblica assistenza[67]; ugualmente si laicizzano i cimiteri (L. 22 dicembre 1888 n. 5849; R.D. 25 luglio 1892 n. 448, art. 52), affidandone la cura e l'onere ai comuni[68], come si approfondirà nel prosieguo.
Dal punto di vista politico, la nuova legislazione ecclesiastica colpisce il corpo cattolico del Paese. «Nasce in questi anni quel distacco dei cattolici, non dall'Unità d'Italia, ma dallo Stato italiano per come si struttura e agisce nei confronti della Chiesa e della religione cattolica»[69], e si può affermare che, mentre il XIX secolo volge alla fine, le minoranze religiose, quanto all'esercizio delle loro attività religiose ed alla protezione penale delle medesime, si trovano più vicine, come mai prima, a una condizione di libertà e di uguaglianza con la religione di Stato.
Dal quadro delineato si evince le questioni che maggiormente interessano l'attività politica e la produzione legislativa sono il superamento di uno stato di tolleranza per un'emancipazione dei culti non cattolici, perché la libertà di coscienza ed espressione si possa tradurre anche in libertà di esercizio religioso: infatti, in questi anni sorgono i primi templi ebraici e le prime chiese valdesi in città; si persegue la laicizzazione dell'educazione e dell'istruzione; si introduce il matrimonio civile; la laicizzazione della beneficenza e dei cimiteri permette di introdurre, anche se in maniera indiretta e superficiale, il tema della libertà religiosa in ambito sanitario.

1.1.2. Il punto di vista delle confessioni religiose sull'emancipazione delle minoranze religiose.

Avendo introdotto il quadro generale del periodo, è possibile ora esaminare il punto di vista delle confessioni oggetto del nostro studio in merito all'emancipazione delle confessioni religiose non cattoliche.
Dagli anni '50 dell'Ottocento, periodo nel quale tutte le riviste confessionali, che sono state analizzate ai fini del presente lavoro, sono già attive, gli articoli sull'emancipazione religiosa sono significativamente diversi per quantità di articoli scritti, per i toni e i punti di vista con i quali è trattato questo tema e anche la frequenza con cui il tema è discusso, dovuto ai diversi periodi e agli eventi che hanno interessato il sentire collettivo di una determinata confessione in merito all'emancipazione religiosa. La prima a presentare l'argomento in maniera approfondita e sistematica, toccando diversi livelli come quello giuridico e filosofico, è la rivista di derivazione evangelica valdese, *La Buona Novella*, che nel novembre 1851 pubblica il primo di sette articoli della serie intitolata "Libertà di coscienza e di culto" che saranno prodotti fino a marzo del 1852. In questi articoli, con il sostegno anche di citazioni accademiche, il pensiero evangelico si articola su tre punti principali: la distinzione tra libertà di pensiero e libertà di coscienza, la libertà di culto secondo il diritto naturale e la libertà di culto basata sulla separazione tra Stato e Chiesa.
Nel primo articolo viene scritto:

[66] Peyrot, G., *La legislazione sulle confessioni religiose diverse dalla cattolica*, cit, p. 530.
[67] Peyrot, G., *La legislazione sulle confessioni religiose diverse dalla cattolica*, cit, p. 528.
[68] Ibidem.
[69] Cardia, C., *Risorgimento e religione*, cit, p. 112.

> «La libertà di coscienza non esiste affatto dove, col diritto di pensare e di credere in fatto di religione come par meglio, non si abbia anche il diritto di professare in palese le concette credenze, e rendere a Dio quel culto che si predilige. Libertà di coscienza senza libertà di culto, equivale a pretendere che l'uomo sia padrone di pensare, ma non di stampare, non di scrivere, non di parlare; equivale a costringerlo di vivere in società, come fosse fuori di società, senza cioè quella comunione di pensamenti ed affetti onde società vera ed umana e civile risulta»[70].

Questa concezione è figlia di quei tempi in cui gli autori de *La Buona Novella* si trovano a scrivere, in cui le prime e poche costituzioni di certi stati italiani emancipano le minoranze religiose, permettendo che non sia fatta discriminazione tra i regnicoli per via dell'appartenenza ad un determinato culto, però in esse l'espressione, collettiva, pubblica è ancora disincentivata, vessata se non impedita e condannata.
La seconda parte dell'articolo tratta della difesa del credo religioso dalle ingerenze civili e statali:

> «I rapporti tra Dio e gli uomini debbono sfuggire a ogni esterna coazione, così del potere sociale, come di qualunque privato. […] In questi principi sta la libertà di coscienza. Perché la libertà di coscienza si possa appellare compiuta, è mestieri che ogni culto, il quale non turbi esternamente la pace pubblica e non offenda la morale, sia tutelato dall'azione del potere sociale»[71].

Viene qui proposta quella che per loro è l'unica e corretta interpretazione del primo articolo dello Statuto Albertino.
Gli articoli successivi scendono nel dettaglio delle motivazioni che spingono gli evangelici a sostenere la libertà di culto e quali limiti debba avere in seno ad una società[72]; dal terzo al sesto articolo attraverso confutazioni fatte alla filosofia tedesca moderna e in particolare ad uno scritto del professore Giuseppe Ferrari intitolato "Filosofia della Rivoluzione" viene proposta una visione scientifica della necessità della libertà dei culti, argomentandola in modo da mostrare «la debolezza e la insussistenza di tali posizioni filosofiche che si fondano sul culto dell'Umanità»[73]. Attraverso queste argomentazioni la posizione evangelica in merito alla libertà di culto è molto critica nei confronti del clericalismo cattolico e in particolare verso i giornali che ne esprimono il pensiero. Questo passaggio ne è un esempio:

> «Quando pertanto i giornali gesuitici di Francia e d'Italia gridano contro la libertà di coscienza e di culto, rompono guerra ad ogni principio di naturale diritto e vogliono persuader gl'intelletti, non come ha ordinato Iddio creando nell'uomo una facoltà non possibile mai a condursi che per via di ragione, ma come lor suggerisce il fanatismo e l'orgoglio, vale adire per via di violenza e di forza»[74].

L'altro punto principale, la separazione tra Stato e Chiesa e la non ingerenza del politico nel religioso, è chiaramente espresso negli ultimi tre articoli proprio come reazione al "culto dell'Umanità" e alla posizione di preminenza della Chiesa cattolica come religione di Stato, e in particolare nel quinto articolo viene scritto:

> «Lo Statuto concede i dritti civili in tutta la lor pienezza, anche ai cittadini di religioni diverse da quella dello Stato. Dunque l'interpretazione del primo articolo non può essere mai quella che pretendono i giornali

[70] *Libertà di coscienza e di culto (articolo primo*), in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 1, novembre 1851, p. 11.
[71] *Libertà di coscienza,* in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 2, novembre 1851, p. 27.
[72] Cfr. *Libertà di coscienza e di culto (articolo secondo),* in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 4, dicembre 1851, pp. 45-49
[73] *Libertà dei culti (articolo quarto),* in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 12, febbraio 1852, p.170.
[74] *Libertà di coscienza e di culto (articolo terzo),* in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 8, gennaio 1852, p. 113.

> del chiericato, ma solo quella che diede il professor Melegari dalla cattedra della nostra Università Torinese, che cioè lo Stato adempirà i suoi doveri solenni di Religione, come ha praticato fin qui, nel culto della Religione della maggioranza, che viene perciò decorato del titolo di Religione di Stato. Da ciò le viene il posto la preminenza. Un qualsiasi governo che vuole prescrivere le forme di religione e di culto è incompatibile coi diritti della libertà individuale riconosciute e garantite dallo statuto di Re Carlo Alberto»[75].

Infine, il sesto articolo della serie, oltre a lodare i governi statunitense e britannico, in cui la libertà dei culti è garantita e protetta, si scaglia contro l'ateismo, razionale e intollerante, proprio come quello dei filosofi tedeschi ai quali si riferisce, apostrofandolo come peggior «male»[76] che dove accolto può distruggere la società.
La Civiltà Cattolica affronta il tema da una posizione diametralmente opposta a quella evangelica de *La Buona Novella*, riscontrabile già nel 1850, in contrapposizione a quel governo liberale e cavouriano che aveva ormai assunto il ruolo di guida e fautore delle istanze risorgimentali in Italia. Un articolo sulla libertà dei culti negli Stati Uniti d'America esordisce così:

> «Lo spirito di libertà fondò in Italia i Comuni, molti de' quali poscia si tramutarono in repubbliche propriamente dette e se in esse non fu troppa tranquillità, ma soverchie discordie, peggio le cose sarebbero andate, se colle disparità di culto un nuovo pomo di discordia si gittava fra popoli, che sembravano ambire il funesto primato delle domestiche dissenzioni: vano sarebbe dissimularlo; tutta la nostra storia è una continua dipintura delle discordie non solo fra le tante frazioni italiane, ma eziandio fra quei ch'un muro ed una fossa serra. La microscopica repubblica di S. Marino è restata, a mostrare come può vivere per molti secoli la libertà sotto l'ombra della sola fede cattolica»[77].

Possiamo notare da queste parole, come non solo la libertà sia materia di discordia, in particolare come la libertà religiosa possa essere motivo in più di confusione e contrasto nell'Italia già frammentata politicamente e socialmente; prosegue mettendo ben in chiaro la differenza di contesto tra Stati Uniti e Italia, che introdurre «false credenze», nell'Italia cristiana sarebbe «pericoloso per la morale e per la pubblica tranquillità» e «innovazione grande e perigliosa sarebbe stata in Italia, sostituire alla religione dello Stato la libertà indefinita di culto, all'americana»[78] e ancora nel 1852, con la caduta del Governo Cavour, nella speranza che con il nuovo Governo piemontese ci sia una svolta nella politica ecclesiastica, in cui si sventi lo spauracchio delle libertà dei culti si scrive:

> «Anche qui la libertà assoluta di tutti i culti, non solamente è un pomo di discordia avventato in mezzo al banchetto sociale, ma è nel tempo stesso il quasi indubitato trionfo di quella religione (e non sarà certamente la cattolica) che userà senza scrupolo, come oggidì sta facendo in Irlanda l'anglicanismo, non solo ogni condiscendenza alle passioni più indomite, ma ogni forza a intimorire i deboli, ogni somma a subornare i venali, e persino la fame dei figliuoletti per torturare l'amor paterno, vendendogli un tozzo di pane per isfamarli a prezzo di apostasia»[79].

In questo modo viene espressa anche una critica al protestantesimo.
In questi primi scambi sono chiare le due posizioni opposte di evangelici e cattolici in merito alla libertà religiosa, le posizioni di chi cerca di conquistare diritti e chi teme di perdere privilegi. Un altro

[75] *Libertà di coscienza e di culto (articolo quinto),* in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 13, febbraio 1852, p. 190.
[76] *Libertà di culto (articolo sesto),* in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 16, marzo 1852, p. 235.
[77] *Lettere intorno agli Stati Uniti d'America, 2° lettera – Libertà de' culti*, in «La Civiltà Cattolica», s. 1, anno 1, v. III, 1850, p. 141.
[78] Ibidem.
[79] *I Mormoniti, ossia la libertà religiosa in Piemonte*, in «La Civiltà Cattolica», s.1, anno 3, v. IX, 1852, p. 596.

scambio significativo ed espressione di ferme e opposte posizioni in materia di libertà religiosa sono ravvisabili in un fatto di cronaca che impegnerà diversi numeri sia delle testate evangeliche sia di quelle cattoliche. Questo fatto è l'arresto, la condanna e poi la scarcerazione dei coniugi Madiai in Toscana per empietà. I coniugi Madiai, evangelici, facevano adunanze bibliche in casa loro e per questo sono stati arrestati e condannati all'ergastolo e ai lavori forzati. *La Buona Novella* gli dedicherà molti articoli, sotto il titolo di «inquisizione»[80], *La Civiltà Cattolica*, altrettanto sotto il titolo «proselitismo anticattolico», imputando la scarcerazione alla «prepotenza delle grandi potenze»[81] che si sono intromesse nei confronti del debole e piccolo stato di Leopoldo II. I casi di cronaca che vengono presentati da *La Civiltà Cattolica* come empietà ai danni della religione di Stato e come inquisizione da parte de *La Buona Novella* saranno diversi: sempre degli anni '50 dell'Ottocento, è la cronaca dell'arresto "al Carini e al Mazzinghi" nuovamente in Toscana[82]. Non manca da parte della stampa in esame l'informazione in merito alla legislazione che viene prodotta prima dal Regno di Sardegna e poi dal Regno d'Italia, in materia ecclesiastica. Un articolo de *La Buona Novella* riguarda l'asserita discrepanza tra la norma statutaria e il Codice penale in vigore nel regno sabaudo:

> «In Piemonte lo Statuto concede eguali diritti a tutti i cittadini piemontesi senza badare se siano Ebrei, o Cattolici romani, o Cattolici valdesi. Conviene dunque che questi tre culti riconosciuti come esistenti di diritto e di fatto in Piemonte, godano le stesse libertà costituzionali colla sola differenza, che la religione cattolica romana, essendo la così detta religione dello Stato, abbia e goda tutte le preminenze e i tutti i privilegi che le competono come tale; ma non le sia concesso d'avere ai suoi ordini né tribunali, né gendarmi, né giudici per farsi rispettare al di là di quanto entro uno Stato costituzionale, sono rispettabili le credenze e le opinioni di tutti»[83].

Si afferma che è evidente che «la tolleranza delle altre religioni contenute nello Statuto piemontese [ha] dato luogo a sinistre interpretazioni ed a giudicati inesatti»[84], mentre in merito alla Legge Rattazzi del 1855, *La Buona Novella* scrive che questa è «necessaria e al passo con i tempi, soprattutto quando non tocca quelle istituzioni che fanno bene alla collettività»[85]. *La Civiltà Cattolica* per quanto concerne la difesa dello *status quo* in materia ecclesiastica in Piemonte e nelle altre regioni di Italia, in merito alla proposta di legge per l'incameramento dei beni ecclesiastici e per l'abolizione dei conventi che confluirà nella Legge Rattazzi, scrive: «lo Stato il quale comincia egli a dar l'esempio infausto al suo popolo di non curare il diritto di proprietà e di legittima associazione, quello stato si prepara da se medesimo la tomba aguzzando nelle mani dei propri nemici l'arma fatale che essi brandiscono ai suoi danni»[86]; e ancora sull'appoggio delle nazioni e della cronaca straniera ai protestanti e riguardo la legge sulle Università Israelitiche scrive:

---

[80] Tra i quali: *Notizie religiose: Toscana,* in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 11, gennaio 1852, pp. 161-162; *L'inquisizione a Firenze,* in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 4, dicembre 1851, pp. 53-57; *L'inquisizione in Toscana,* in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 32, giugno 1852, pp. 494-498; *Notizie religiose: Toscana,* in «La Buona Novella», anno 2, fascicolo 4, novembre 1852, p. 65.

[81] *Cronaca contemporanea, Toscana (nostra corrispondenza). 1. Liberazione de' Madiai*, in «La Civiltà Cattolica», s. 2, anno 4, v. II, 1853, p. 78.

[82] *Notizie religiose: Toscana,* in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 11, gennaio 1852, pp. 161-162; *L'inquisizione in Toscana,* in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 18, marzo 1852, pp. 266-269; *Cronaca contemporanea, stati sardi (da nostra privata corrispondenza). 1. Condanna e grazia del Mazzinghi. Libertà religiosa*, in «La Civiltà Cattolica», s. 2, anno 4, v. I, 1853, pp. 447-448.

[83] *Lo Statuto e il codice in riguardo la libertà religiosa,* in «La Buona Novella», anno 2, fascicolo 4, novembre 1852, p. 51.

[84] Ibi, p. 53.

[85] *La legge Rattazzi,* in «La Buona Novella», anno 3, fascicolo 58, dicembre 1854, p. 825.

[86] *Dalla stampa italiana, VII. Sulla proposta per l'incameramento dei beni ecclesiastici e per l'abolizione dei conventi; relazioni e voti nei consigli provinciali e divisionali d'Aosta e d'Ivrea*, in «La Civiltà Cattolica», s.1, anno 1, v. III, 1850, p. 360.

> «Tutte le false religioni invocano il soccorso dei Governi civili, e ne hanno bisogno per vivere, per regolare gli affari medesimi del loro culto. Mancano di vitalità e non potendo esistere come religioni, tentano di vivere come semplici associazioni. I Governi non s'insospettiscono per nessun altro culto, che pel cattolico, e a questo negano quella libertà che sono dispostissimi a concedere agli altri»[87].

La Civiltà Cattolica punta il dito contro il protestantesimo che a braccetto con il programma liberale sta imponendo la libertà di culto nella penisola unita, apostrofa la strage di evangelici di Barletta del 19 marzo 1866 come «la conseguenza amara della libertà dei culti imposta all'Italia»[88].
Sul tema la stampa ebraica analizzata è silente per diversi anni, mantenendo generalmente un profilo basso e non argomentando mai per astratto e mediante discorsi generali, ma sempre trattando casi precisi rispetto alla libertà dei culti. *L'Educatore Israelita* prima e *Il Vessillo Israelitico* poi pubblicano fra gli altri un articolo sull'attività di scrittura degli studenti ebrei nelle scuole emiliane durante il sabato[89] o un articolo sul sostenere esami il sabato nella scuola statale[90] o riguardo al Nuovo Regolamento di Polizia Mortuaria[91]. Così per quanto riguarda le leggi, tra le quali si commentano solo quelle riguardanti le Università Israelitiche[92].
L'analisi che emerge in merito alla rilevanza del dibattito sulla libertà religiosa dalle riviste esaminate è che tra gli anni 1848 e 1922 questo si concentra sulla libertà di culto, essendo questa materia cara alle minoranze religiose che non vedono ancora accordarsi i principi espressi nello Statuto con la prassi del Codice penale e le opinioni della maggioranza religiosa che vede nel liberalismo di stampo protestante e nella libertà di culto delle minacce all'identità cattolica dell'Italia. Tra le riviste, espressione delle confessioni evangeliche, *La Buona Novella* è quella che, trovatasi a rappresentarle negli anni che intercorrono a cavallo dell'Unificazione, esprime maggiormente il proprio pensiero in merito alle esigenze legate alla libertà religiosa, anche dal punto di vista giuridico, mentre le testate che la precedono e la seguono si limitano per lo più a riportare nella cronaca le attività parlamentari e soprattutto a non esprimersi molto dopo il 1870 avendo raggiunti i traguardi desiderati. Rimane presente, in tutto l'arco di tempo in esame, la marcata denuncia dell'intolleranza cattolica in molte parti del paese, specialmente all'interno dei contesti sanitari che riporteremo dettagliatamente nel prosieguo. Da parte della stampa evangelica non c'è commento alla normativa in materia di sanità, seppur ravvisabile dalle critiche che si muovono allo stato di cose e ai soprusi subiti in materia di libertà religiosa che si evincono dai casi di cronaca e che sono riportate più avanti nel capitolo. Sono però materia di interesse il matrimonio civile, l'istruzione scolastica e l'educazione dei giovani. Per quanto riguarda *La Civiltà Cattolica*, espressione della Chiesa cattolica, essa si scaglia contro il governo liberale e, a partire dal 1870, si incentra sulla difesa del potere temporale del Papa, contro il Governo di sinistra di ispirazione "massonica". Anche *La Civiltà Cattolica* non si esprime in merito alla normativa sanitaria, ma ugualmente alla stampa evangelica si pronuncia molto di più sul

[87] *Cronaca contemporanea, stati sardi (da nostra corrispondenza). 2. I protestanti e gli ebrei*, in «La Civiltà Cattolica», s.2, anno 5, v. V, 1854, p. 365-366.
[88] *Conseguenze amare della libertà de culti imposta all'Italia*, in «La Civiltà Cattolica», s.6, anno 17, v. VI, 1866, p. 257.
[89] Servi, F., *La libertà di coscienza e gl'israeliti alle pubbliche scuole*, in «L'Educatore Israelita», anno 15, giugno 1867, p. 177.
[90] *Gli esami e la libertà di coscienza*, in «Il Vessillo Israelitico», anno 29, settembre 1881, p. 282.
[91] Camerini, D., *Per la libertà di culto*, in «Il Vessillo Israelitico», anno 41, agosto 1893, p. 266.
[92] *Notizie diverse. Piemonte*, in «L'Educatore Israelita», anno 1, aprile 1853, pp. 122-123; *Osservazioni sul progetto di legge presentato alla Camera dei deputati dal Ministro degli interni per la costituzione delle Università Israelitiche*, in «L'Educatore Israelita», anno 2, febbraio 1854, pp. 33-43.

matrimonio civile[93] e sull'istruzione scolastica e l'insegnamento religioso nelle scuole. La stampa israelitica, criticando lo stato dei cimiteri e la legge di polizia mortuaria e riportando fatti di cronaca in merito alla disuguaglianza di trattamento in materia, tratta solo indirettamente il tema della libertà religiosa in ambito sanitario, mentre maggiore attenzione è dedicata ai temi dell'istruzione[94] e l'insegnamento religioso nelle scuole statali[95], del matrimonio[96] e del divorzio.

1.2. La prima riforma sanitaria italiana.

Per fornire una visione complessiva, per "ambito sanitario" si intende un settore di ampie dimensioni che comprende gli organismi che hanno ereditato, o sono nati in seno ad un ordinamento, la tutela dello stato di salute di una collettività, l'insieme di enti e uffici mediante cui questa funzione è esercitata e il complesso di mezzi, compreso il sapere specifico, e uomini che si hanno a disposizione all'interno di un territorio, nel nostro caso quello italiano, in un determinato periodo, che in questo capitolo va dal 1848 fino al 1922; dal punto di vista giuridico, ci si riferisce a quegli impianti normativi che hanno disciplinato l'ambito sanitario.
Partendo da questo punto di vista, nel contesto della sanità italiana antecedente all'Ottocento, risulta difficile non prendere in considerazione l'influenza del fattore religioso. Un esempio significativo dell'epoca della Restaurazione è che, «tra i doveri del medico» nei confronti del paziente, al primo posto figura la «famigliarità», seguita immediatamente dalla «devozione religiosa»[97]. In questo contesto, i medici si trovano a dover affrontare la questioni religiose, come l'osservanza del digiuno durante il periodo quaresimale, che essi raccomandano. Non mancano argomentazioni a sostegno di tali prescrizioni, che vengono frequentemente discusse con i parroci. Inoltre, nel caso di guarigioni ritenute miracolose, è prassi comune rivolgersi al sacerdote per celebrare tali eventi; in periodo preunitario il «medico di campagna» è parte di un «sistema benefico-assistenziale» che, riconoscendo le cause sociali delle malattie, si occupava delle condizioni igienico-sanitarie degli assistiti, offrendo consigli e conforto in un contesto più culturale e «pedagogico [che] scientifico»[98]. Questo modello di medico è presente anche in città, ma qui si occupa principalmente della borghesia. Il prete, l'avvocato e il medico curano le ferite rispettivamente dell'anima, della borsa e del corpo[99]. Queste figure rappresentano la società liberale in crescita, con le sue tre basi: «la coscienza, la proprietà e la salute»[100]. Mentre la società civile si sviluppa e rafforza le sue basi giuridiche e morali, si assiste anche a una sua «medicalizzazione»[101] che si integra organicamente in questo nuovo sistema sociale. Contemporaneamente, la storia istituzionale degli enti ospedalieri italiani subisce una significativa trasformazione rispetto al passato, in cui era strettamente legata alla religione cattolica. Le nuove esigenze di organizzazione della vita, insieme alle nuove visioni dell'attività pubblica e politica nel

[93] *Il matrimonio. Contratto civile,* in «La Civiltà Cattolica», s.1, anno 3, v. IX, 1852, pp. 393-406; *Il matrimonio. Sacramento*, in «La Civiltà Cattolica», s.1, anno 3, v. X, 1852, pp. 153-166; *Il matrimonio in un Governo cattolico*, in «La Civiltà Cattolica», s.1, anno 3, v. X, 1852, pp. 237-252.
[94] Paggi, A., *Istruzione. Scuole israelitiche*, in «L'Educatore Israelita», anno 1, luglio 1853, pp. 107-115; Alatri, C., *Studio e religione*, in «Il Vessillo Israelitico», anno 25, giugno 1877, pp. 167- 172.
[95] *L'insegnamento religioso nelle scuole elementari*, in «L'Educatore Israelita», anno 22, ottobre 1874, p. 309.
[96] Lattes, G., *Matrimonio civile*, in «L'Educatore Israelita», anno 9, febbraio 1861, p. 58; Mainster, A., *Riflessi su alcuni bisogni dell'israelitismo d'Italia*, in «L'Educatore Israelita», anno 14, novembre 1866, pp. 321-325.
[97] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 88.
[98] Ibidem.
[99] Ibidem.
[100] Ibidem.
[101] Ibidem.

contesto dello sviluppo dello Stato, introducono il ruolo sempre più importante dell'elemento laico accanto a quello religioso. Questa evoluzione porta a nuove forme di supporto e impulso all'interno dello Stato per l'assistenza sanitaria; la delimitazione tra il «diritto della Chiesa e il diritto dello Stato»[102] riguardante gli enti ospedalieri prima dell'Ottocento era estremamente ambigua e incerta. I due enti si confrontavano e si ignoravano a vicenda, collaboravano e si contrapponevano; questo non ostacolava né minacciava l'esistenza e lo sviluppo degli enti stessi. Il punto di vista predominante era sempre il dovere cristiano, svolto dagli «enti preposti», di assistere gli infermi, i poveri e i pellegrini, e «non un dovere dello Stato»[103] o un suo interesse reale. Non esisteva affatto un diritto del cittadino all'assistenza, «un concetto […] del tutto moderno che avrebbe rovesciato il piano ideale e politico del problema, privandolo altresì della sua spiritualità»[104].

A partire dalla fine del Settecento, i poteri civili dell'epoca moderna hanno preso, in modo esplicito o implicito, la responsabilità di organizzare la salute pubblica. Questa responsabilità include anche la beneficenza, così come l'assistenza e le cure ospedaliere. Di conseguenza, si è assistito a un'esclusione della giurisdizione ecclesiastica, che nel passato aveva svolto un ruolo centrale, rivendicando il suo diritto primario in virtù della natura intrinsecamente spirituale della sua attività e per ragioni legate alla sua fondazione originaria[105].

Dal sistema benefico-assistenziale preunitario si passa gradatamente al sistema dell'assistenza pubblica, «dove il medico, non solo combatte clinicamente contro l'effetto-malattia, ma anche lotta socialmente contro la causa-miseria»[106]. La proclamazione e l'attuazione del «diritto del cittadino bisognoso»[107] nei confronti del nuovo Stato laico, al quale sono associati determinati doveri, guidano sostanzialmente l'approccio giuridico nel rapporto tra l'ente ospedaliero e il paziente. Tuttavia, il paziente è sempre considerato attraverso la mediazione degli organi statali[108].

L'intero processo di unificazione può essere interpretato come una lotta tra le diverse classi sociali: da un lato troviamo la borghesia intellettuale, rappresentata da professionisti della finanza e dai medici, emergente come nuova forza sociale e, dall'altro, il ceto conservatore composto dalla nobiltà e il clero, intenti a preservare i propri privilegi[109]. «Il popolo minuto era estraneo alle elaborazioni politiche e solo coinvolto da élites nei moti di ribellione ai poteri»[110].

Dal lato dei saperi, il rinnovamento della medicina in Italia si basa su principi scientifici, pratici, istituzionali e didattici. Gli sforzi dei primi governi postunitari mirano a introdurre innovazioni anche in questo settore. La legislazione, come la Legge Casati del 13 novembre 1859, rivoluziona l'insegnamento delle discipline mediche, promuovendo il metodo sperimentale e l'evoluzionismo. Questo porta una ventata d'aria fresca in una cultura fortemente legata a tradizioni religiose, aprendo le porte a nuove prospettive e approcci più concreti e scientifici. Con l'affermazione del metodo sperimentale e i risultati conseguiti nel campo della biologia, la cultura scientifica italiana inizia ad integrare i temi e problemi posti dalla neurofisiologia, dall'approccio cellulare e dal darwinismo[111].

---

[102] Nasalli Rocca, E., *Il diritto ospedaliero nei suoi lineamenti storici,* Milano, Fondazione Sergio Mochi Onory per la Storia del Diritto Italiano, 1956, p. 15

[103] Ibidem.

[104] Ibidem.

[105] Ibi, p. 234.

[106] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 88.

[107] Nasalli Rocca, E., cit, p. 15.

[108] Ibidem.

[109] Tozzi, V., cit, p. 3.

[110] Ibidem.

[111] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 95.

In questo periodo storico in cui lo Stato unitario è in opposizione al papato, le menti più avanzate - rappresentate da Carlo Cattaneo - chiedono al governo – con il ministro Matteucci - di sostituire le cattedre di teologia con cattedre di studi scientifici[112].

La consapevolezza di un diffuso malessere sanitario radicato, che relega l'Italia in una posizione di inferiorità rispetto ad altri paesi europei più avanzati, è ben nota sin dai primi anni del Regno. Questa consapevolezza è condivisa dalla parte più attiva della classe medica, la quale, seguendo una tradizione già presente nelle pagine delle riviste mediche dell'epoca risorgimentale, si impegna a studiare non solo le malattie in modo specialistico, ma anche ad analizzarle all'interno dei contesti sociali e ambientali che le hanno generate. L'importanza della statistica medica è riconosciuta come fondamentale per comprendere l'ampiezza del problema igienico e sanitario del Paese, che si sta rivelando essere molto diverso da quanto si pensava. Grazie all'impegno di medici condotti e ospedalieri, che operano al di fuori dei servizi statistici dello Stato, si è potuto avanzare in questo campo conoscitivo, producendo numerosi studi e relazioni che evidenziano la gravità della situazione sanitaria italiana. La consapevolezza di questa grave crisi sanitaria si diffonde lentamente tra le classi dirigenti, portando ad una lunga serie di tentativi - protrattisi per oltre vent'anni - di emanare leggi sanitarie organiche per il paese[113]. Nel campo legislativo si è assistito all'estensione dell'editto piemontese sulla sanità agli Stati preunitari annessi gradualmente, insieme alla promulgazione di una legge che, secondo la concezione liberale dei governi di destra, limita l'intervento pubblico nel settore sanitario a livelli molto bassi. Questo intervento pubblico, pur modesto di per sé, è anche privato dell'effettiva partecipazione degli igienisti, i quali sono considerati solo consulenti volontari per i consigli provinciali e circondariali, e dei medici condotti, che sono ancora esclusi da qualsiasi ruolo operativo, limitati a fornire semplici consigli agli assessori comunali e ai sindaci. Nonostante siano diventati figure obbligatorie nel panorama municipale, i medici condotti non hanno voce a livello decisionale. Di fatto, il destino della sanità pubblica rimane nelle mani della burocrazia comunale, provinciale e statale[114].

Per quasi trent'anni, l'organizzazione della sanità pubblica e delle amministrazioni sanitarie del Regno d'Italia è disciplinata dalla Legge Rattazzi del 20 novembre 1859. Questa legge, originariamente attuata nello Stato di Sardegna e nell'annessa Lombardia, viene successivamente integrata dalla legge del 20 marzo 1865, n. 2248, allegato C, che riprende in gran parte i contenuti della Legge Rattazzi[115]. La legge del 1859 presenta una stretta continuità con le istituzioni politico-amministrative preesistenti dello Stato sardo, infatti le disposizioni del 20 novembre, emanate nell'ultimo giorno dei poteri straordinari, seguono la normativa in materia sanitaria del Piemonte del regio editto del 30 ottobre 1847 e della legge del 12 maggio 1851. La sanità pubblica continua ad essere sotto la tutela dell'esecutivo, con il ministro dell'Interno e i suoi rappresentanti periferici (governatori, intendenti, sindaci)[116]. Le raccomandazioni provenienti da medici ed esperti in materie giuridiche e amministrative, senza legami gerarchici tra di loro, sono volte a vigilare sulla conservazione della salute pubblica, con particolare attenzione alla sorveglianza negli ambienti di

[112] Ibidem.
[113] Della Peruta, F., *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi, in* «Studi Storici, Fondazione istituto Gramsci», 21 (4), 1980, p. 714.
[114] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 100.
[115] Della Peruta, F., cit, p. 740.
[116] Ibidem.

convivenza (ospedali, carceri, scuole) e nelle professioni e attività legate al settore sanitario (dal medico al produttore di acque minerali e birra)[117].
Il sistema elaborato alla fine del 1859 non considera i comuni come punti focali per l'attuazione delle misure igienico-sanitarie pubbliche a livello locale, poiché non prevede la presenza di medici o consigli sanitari a livello comunale. Questo limita la capacità dei sindaci di garantire il rispetto delle leggi e dei regolamenti sanitari nel proprio comune, limitando il loro potere di vigilanza su alimenti, bevande, abitazioni e luoghi pubblici. Inoltre, la Legge Rattazzi sull'ordinamento amministrativo non include tra le spese obbligatorie dei comuni quelle relative al servizio sanitario gratuito per i poveri, come ad esempio il medico di base. Prima dell'annessione, la Lombardia e il Veneto avevano già un servizio di medicina gratuita all'avanguardia nel paese, con istituti ospedalieri e assistenza domiciliare ai malati poveri[118].
Queste disparità emergono chiaramente confrontando le cifre con quelle dello Stato di Sardegna, evidenziando l'arretratezza del sistema sanitario; sistema sanitario che la classe politica cerca di estendere al resto del paese nei primi anni dell'Unificazione. La principale carenza del sistema piemontese non è tanto nel numero di personale sanitario, ma nella distribuzione inefficiente dovuta alla mancanza di infrastrutture, specialmente nelle zone rurali, la cui creazione dipende principalmente dalle decisioni delle autorità locali e non viene incentivata da quelle centrali[119].
Durante l'unificazione statale italiana verso la metà dell'Ottocento, si decide di seguire un approccio che rispetti le tradizioni e le sensibilità delle regioni appena aggregate. Pertanto, viene adottato un modello di autonomia amministrativa attraverso la legge del 1862.
Le istituzioni locali di beneficenza e ospedaliere nello Stato di Sardegna influenzano direttamente la moderna legislazione italiana, che mantiene un certo grado di autonomia all'interno di controlli superiori più o meno rigidi. Questo approccio porta alla creazione della legislazione italiana sulle Opere pie. Con l'unione della Lombardia al Piemonte, viene approvata nel 1862 la prima legge organica in materia emanata dallo Stato italiano. Le discussioni parlamentari mostrano orientamenti di laicismo anticlericale e liberale; la nuova disciplina ribadisce il principio di unificazione e la necessità di limitare gli antichi privilegi e le disposizioni private. Le Deputazioni provinciali sono incaricate della tutela delle Opere pie, stabilendo chiaramente i limiti dell'ingerenza governativa. L'autorità statale è prevalente e consente il funzionamento degli enti, con le decisioni sul cambio di fini lasciate agli organismi locali e la costituzione di nuovi enti soggetta al parere del Consiglio di Stato. La legge del 1862 amplia le competenze delle Amministrazioni e delle Deputazioni provinciali a discapito del potere centrale. Si impone un criterio liberale e accentratore che favorisce l'autonomia municipale e provinciale rispetto a quella statale.
Questo approccio avrà un ulteriore sviluppo con la legge Crispi del 1890, caratterizzata ancora di più da un livello di centralizzazione[120].
Su iniziativa del Ministro dell'Interno Giovanni Lanza, sotto il governo La Marmora, viene approvata la Legge n. 2248 del 20 marzo del 1865 per l'unificazione amministrativa del Regno. Questa legge estende a tutto il territorio nazionale le normative relative all'amministrazione comunale e provinciale in vari settori. Essa conferisce temporaneamente al governo poteri straordinari per apportare nelle

[117] Ibi. 741.
[118] Ibidem.
[119] Ibi, p. 744.
[120] Nasalli Rocca, E., cit, p. 227.

aree provinciali e nei circondari le modifiche necessarie, con l'obiettivo di semplificare la pubblica amministrazione e ridurre le spese[121].

L'allegato C, relativo alla Sanità, e soprattutto il successivo Regolamento esecutivo (approvato con Regio decreto n. 2322 dell'8 giugno successivo) costituiscono il primo abbozzo di una struttura organizzativa della sanità, che affida la tutela della salute pubblica al Ministro dell'Interno e, sotto la sua dipendenza, ai prefetti, ai sottoprefetti e ai sindaci, assistiti rispettivamente dal Consiglio superiore di sanità, dai Consigli sanitari provinciali, dai Consigli sanitari di circondario, dalla Commissione municipale di sanità; di quest'ultima, in verità, si parla solo nel regolamento, mentre la legge non ne fa cenno. Alla sorveglianza dei Consigli sanitari sono sottoposti, "quanto alla legalità dell'esercizio" gli esercenti le professioni "salutari" (medici, chirurghi, levatrici, veterinari, farmacisti), soprattutto quelli stipendiati dai comuni e dagli istituti di beneficenza. Nel riordinare la materia sanitaria viene regolata quest'attività anche in riferimento agli enti religiosi che la esercitano e che sono stati «salvati dalla soppressione della legge del 1862 sulle Opere pie»[122]; inoltre, i Consigli estendono la loro vigilanza agli ospedali, su cui il regolamento detta norme concernenti «la separazione degli infermi contagiosi da quelli normali, l'isolamento delle sale mortuarie, la limitazione a non più di 50 infermi per ogni medico»[123]. Il regolamento si occupa anche della salubrità degli edifici pubblici e privati, degli alimenti, delle sepolture e dei cimiteri, e dell'esercizio dell'arte salutare; inoltre, viene instituita la figura di medico condotto in ogni comune e regolata la funzione della levatrice comunale. È solo con la legge del 20 marzo 1865 che viene imposto ai comuni l'onere finanziario del servizio sanitario; e sia pure tra ritardi e resistenze è così possibile muovere decisi passi in avanti sulla strada della generalizzazione delle condotte mediche. Una delle innovazioni più significative è la creazione delle Commissioni municipali di sanità, composte da membri eletti dal Consiglio Comunale e presiedute dal sindaco. Queste commissioni, definite come "corpi consultivi", devono avere un medico condotto come segretario e assistere il sindaco nell'organizzazione dei servizi sanitari, garantendo il rispetto dei regolamenti locali sull'igiene pubblica e sulla pulizia dei cimiteri. Inoltre, sono responsabili della sorveglianza della salute nelle scuole, negli ospedali e negli istituti di beneficenza[124].

Nel frattempo, l'ondata di colera trascinatasi fino al 1867 miete più di 150.000 vittime. La campagna anticolerica condotta dai medici è improntata, fino alla fine degli anni Settanta, sulle norme di profilassi più individuale che pubblica[125] rendendola poco efficace; la consapevolezza che si debba agire sulla profilassi pubblica da parte degli amministratori del Regno diviene sempre più concreta nelle legislature seguenti.

Il 22 dicembre 1876, durante il mandato di Depretis, il Ministro dell'Interno Giovanni Nicotera presenta al Senato un nuovo progetto di codice sanitario, suddiviso in 222 articoli. Il relatore sostiene che questo nuovo codice si propone di correggere le carenze del precedente, il quale aveva trascurato l'importanza degli aspetti tecnici nei Consigli comunali e provinciali. Una delle disposizioni afferma che, pur mantenendo un'impronta civile ai cimiteri, si rispettino i sentimenti religiosi della famiglia del defunto[126].

---

[121] Appari, A., *Itinerario dei progetti di riforma dall'Unità d'Italia a Crispi*, in AA.VV, *Cent'anni fa la sanità. La legge Crispi – Pagliani del 1888*, Milano, Nuova CEI, 1988, p. 50.

[122] Macrì, G., Parisi, M., Tozzi, V., cit, p. 21.

[123] Nasalli Rocca, E., cit, p. 230.

[124] Della Peruta, F., cit, p. 745.

[125] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 99.

[126] Appari, A., *Itinerario dei progetti di riforma dall'Unità d'Italia a Crispi,* cit, p. 56.

L'analisi del disegno di legge in aula inizia il 6 dicembre e si estende per nove sedute, fino al 15 dicembre. Tuttavia, il 26 dello stesso mese, prima che si possa procedere con la votazione, il Governo cade. Di conseguenza, il progetto di codice sanitario non viene più riproposto[127].
Una nuova era nella storia della riforma degli ordinamenti sanitari inizia nel 1880, quando Depretis assegna a Bertani il compito di redigere un nuovo progetto di codice. Il fulcro della proposta di Bertani è l'affermazione del dovere dello Stato di salvaguardare la salute pubblica, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili, mediante interventi preventivi in grado di integrare e talvolta sostituire le iniziative private. Il progetto ideato da Bertani serve come fondamento per il codice presentato al Senato da Depretis il 13 aprile 1886. In questo contesto, Depretis viene riconosciuto da diversi esponenti come il leader del "partito dell'igiene", che ha intensificato la sua spinta per la riforma sanitaria a seguito dell'epidemia di colera del 1884[128]. Il progetto Depretis, tuttavia, solleva una serie di critiche, tra cui la restrizione delle libertà delle amministrazioni locali e l'aumento delle funzioni burocratiche degli ufficiali sanitari, oltre a problematiche legate all'efficacia del Consiglio Superiore. A causa della morte improvvisa di Depretis, il progetto non ottiene il successo sperato e non viene nemmeno affrontato in Parlamento[129].
È Crispi, durante il suo primo mandato caratterizzato dall'attenzione ai problemi amministrativi e istituzionali, a portare a termine la riforma sanitaria.

1.2.1. La Legge Crispi-Pagliani del 1888 sull'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria del Regno.

L'epidemia di colera mette drammaticamente in evidenza le condizioni igieniche precarie delle città, nello stesso momento in cui Koch scopre il bacillo del colera. La scienza avanza rapidamente, permettendo di sviluppare una medicina sociale sempre più impegnata nella prevenzione delle malattie. Questo cambiamento mette in evidenza l'importanza della prevenzione rispetto alla terapia, due aspetti indispensabili per affrontare efficacemente le sfide della salute pubblica[130].
Negli anni Ottanta, dunque, si evidenzia sempre di più la necessità di adottare provvedimenti legislativi di portata collettiva, anche per far fronte alle malattie infettive e contagiose che non si riescono a debellare.
La consapevolezza dell'importanza di approvare una legge di riforma è ormai diffusa da più di vent'anni, ma finalmente si riesce a promulgarla. Questo risultato è possibile grazie alla capacità di Crispi nello scegliere i tempi e i collaboratori giusti, tra cui Luigi Pagliani[131], professore di igiene presso l'Università di Torino, dove l'insegnamento di questa disciplina è stato introdotto nel 1877, il quale si distingue per il suo impegno scientifico-sociale con un vasto progetto di risanamento urbano e una denuncia dell'inefficacia delle misure sanitarie e dell'arretratezza dei sistemi[132].
A differenza dei suoi predecessori Lanza, Nicotera e Depretis, Crispi opta per una legge più snella e generale anziché un codice dettagliato con centinaia di articoli. Questo approccio consente al regolamento successivo di definire nel dettaglio le modalità di attuazione della riforma[133].

[127] Ibidem.
[128] Della Peruta, F., cit, pp. 754-755.
[129] Ibi, pp. 756-757.
[130] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 99.
[131] Appari, A., *Itinerario dei progetti di riforma dall'Unità d'Italia a Crispi,* cit, p. 59.
[132] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 99.
[133] Appari, A., *Itinerario dei progetti di riforma dall'Unità d'Italia a Crispi,* cit, p. 59.

Durante il suo primo mandato, orientato verso questioni amministrative e istituzionali, Crispi riesce a completare la riforma sanitaria. Dopo essere diventato presidente del Consiglio, presenta il suo disegno di legge per la tutela dell'igiene e della salute pubblica al Senato il 22 novembre 1887 e alla Camera il 15 maggio 1888. Questo progetto si fonda sul codice Depretis, ma Crispi intende evidenziare, durante il dibattito alla Camera, quanto la nuova normativa derivi dalle proposte elaborate da Bertani. Sostiene di avere escluso soltanto le disposizioni regolamentari, mantenendo tutti gli aspetti fondamentali che necessitano di essere codificati in legge. Come il suo predecessore, anche Crispi intende limitare le aperture sociali presenti nelle linee guida di Bertani[134].

La legge approvata il 22 dicembre 1888 riceve un giudizio complessivamente positivo. Essa crea le istituzioni necessarie per l'applicazione delle disposizioni di legge nel paese, sottraendo l'amministrazione sanitaria all'eccessiva burocrazia [135]. Inoltre, la legge definisce e potenzia il ruolo del medico condotto «apostolo di igiene, di carità, di civiltà e di libertà […] in lotta contro l'ignoranza, la superstizione e i pregiudizi della plebe»[136], attribuendogli il titolo di ufficiale sanitario che avrà diritto alla stabilità del ruolo dopo aver superato con successo un periodo di prova della durata di tre anni. Nella discussione alla Camera, l'aver attribuito al medico condotto il ruolo di ufficiale sanitario suscita resistenze, come quella dell'On. Senise che esprime il timore che, affidandogli il compito della polizia medica e prescrivendo l'obbligo della denunzia, egli possa infrangere il vincolo di confidenza che c'è tra medico e ammalato: così, peraltro, il deputato equipara il medico nell'esercizio delle sue funzioni al sacerdote[137].

Tuttavia, al di là di questa valutazione complessiva positiva, si riscontrano delle carenze e degli squilibri[138]. Tra questi ultimi c'è anzitutto quello del carico di spesa gravante sui comuni rispetto agli oneri finanziari dello Stato e delle province. Mentre infatti «la spesa del ministero per la Sanità nell'esercizio finanziario 1890-91 risulta di poco superiore a 1.700.000 lire, e assai esigua è quella delle amministrazioni provinciali, sulle spalle dei comuni gravano nello stesso esercizio circa 70 milioni di lire»[139], senza tener conto delle erogazioni delle Opere pie. Infatti durante il dibattito al Senato del 28 aprile, viene presentato un emendamento dell'On. Cavallini all'art. 14 che prevede che i Comuni siano esonerati dal dovere di fornire assistenza gratuita ai poveri nei casi in cui esistano già Opere pie o altre fondazioni che si occupino parzialmente o interamente di tale assistenza – poi approvato nella successiva seduta del 30 aprile[140]. Nella discussione alla Camera il 12 dicembre, l'On. Arnaboldi commenta nei seguenti termini tale problematica:

> «L'articolo 14 dice che i comuni completeranno le spese per la cura dei poveri, quando in questi sussistano Opere pie, che già intervengono nella bisogna. Infatti, in vari comuni le Opere pie, hanno largamente provveduto al mantenimento gratuito durante le malattie dei poveri. Anzi molte di queste Opere pie erano legate da tavole di fondazione che le obbligavano, con i mezzi che a loro erano lasciati, ad aiutare i poveri e mantenere in pari tempo un sacerdote che in cure d'anime, doveva dividere le mansioni del parroco; ma quando vi fu l'incameramento dei benefici, il Governo portò un gran vuoto nelle somme disponibili, e l'importanza di alcune Opere pie scemò

[134] Della Peruta, F., cit, p. 757.
[135] Ibi, p. 758.
[136] Atti Parlamentari, Camera dei deputati, Discussione, XVI legislatura, tornata del 12 dicembre 1888, On. Baldoni, p. 5963
[137] Atti Parlamentari, Camera dei deputati, Discussione, XVI legislatura, tornata del 12 dicembre 1888, On. Senise, p. 5965.
[138] Della Peruta, F., cit, p. 758.
[139] Ibidem.
[140] Appari, A., *Il dibattito al Senato*, in AA.VV, *Cent'anni fa la sanità. La legge Crispi – Pagliani del 1888*, Milano, Nuova CEI, 1988, p. 86.

assai. Ora è facile vedere che se la legge avrà in parecchi comuni l'effetto che se ne aspetta, in molti altri non l'avrà, e conseguentemente ne deriverà un maggiore aggravio al comune. Ma, notate, non è qui tutto, perché dovete anche considerare questo. Disgraziatamente abbiamo ancora in molti comuni attriti che esistono fra il clero e l'autorità civile e quando voi con una legge venite a stabilire nettamente, che il comune è obbligato a concorrere nelle spese medico chirurgiche pei poveri, completarle o interamente sopportarle, i sacerdoti che in gran parte sono ancora alla testa delle Pie amministrazioni e difficilmente si possono sostituire a causa di testamenti, faranno tutto il possibile perché le spese siano tutte devolute ai comuni, lieti di trovare un'occasione di poter disporre dei pochi mezzi in modo più confacente alle proprie idee»[141].

Le lacune più preoccupanti riguardano l'assenza di copertura gratuita dell'assistenza farmaceutica, che penalizza soprattutto le zone rurali. Non sono previsti interventi mirati per migliorare le condizioni igieniche delle abitazioni di queste popolazioni, contribuendo così a peggiorare la loro qualità di vita[142]. Nonostante i difetti, la riforma, fondamento di una moderna politica sanitaria, crea nel paese una struttura territoriale articolata, il cui vertice è guidato dall'igienista Pagliani, affiancato dal Consiglio superiore di sanità, e che passa poi per i medici e i Consigli provinciali fino alla base dei condotti, designati come ufficiali sanitari. Questa struttura è caratterizzata da un equilibrio tra centralizzazione e decentramento, gestita non da burocrati, ma da esperti del settore della salute[143]. La legge è completata dai regolamenti di esecuzione. Tuttavia, il contesto in cui viene applicata è caratterizzato da una grave crisi sociale, istituzionale e soprattutto economica, che richiede un impegno prioritario da parte dei gruppi politici e delle élite dirigenti. I problemi riguardanti lo stato sanitario della nazione e i loro legami con le questioni che interessano direttamente le classi lavoratrici nei loro contesti di vita e lavoro sono ancora lontani dall'essere risolti definitivamente. Essi sarebbero ritornati al centro dell'attenzione all'inizio del nuovo secolo, in un contesto politico diverso e all'interno dei nuovi rapporti di potere del governo di Giolitti[144], e concretizzatesi nel Testo unico delle leggi sanitarie n. 636 del 1° agosto 1907.
Con l'approvazione della legge di riforma sanitaria, Crispi dà il via a un piano più ampio che si attua nel 1890 con l'approvazione della legge di riforma delle Opere pie, la quale tocca maggiormente il tema religioso nell'ambito sanitario in questo primo periodo preso in esame. La riforma sanitaria non tratta del fattore religioso, a eccezione del legame che l'assistenza ha e avrà ancora per molto con le istituzioni di beneficenza. Infatti si può dedurre che, non essendoci norme specifiche sulla neutralità delle Opere pie, queste provvedano secondo la loro natura religiosa e le loro modalità di intervento che si rifanno ad un pensiero, che nella maggior parte dei casi, è il pensiero cristiano cattolico, il che porta a non pochi eventi discriminatori, come approfondiremo nel prosieguo. La riforma delle Opere pie ovvierà a questo problema.

1.2.2. La Legge Crispi del 1890 sulla trasformazione delle Opere pie in istituzioni pubbliche di beneficenza e assistenza.

L'attività di assistenza e beneficenza era svolta in passato dalle cosiddette Opere pie, quelle molteplici ed eterogenee istituzioni fondate per impulso dell'autorità della Chiesa, o da essa comunque

[141] Atti Parlamentari, Camera dei deputati, Discussione, XVI legislatura, tornata del 12 dicembre 1888, On. Arnaboldi, pp. 5980, 5981.
[142] Della Peruta, F., cit, pp. 758-759.
[143] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, pp. 99-100.
[144] Della Peruta, F., cit, p. 759.

riconosciute o sottoposte alla sua giurisdizione, o derivanti e facenti parte delle Università israelitiche e della Chiesa valdese, svolgenti attività di natura caritativa, a sostegno delle categorie svantaggiate, nella società o all'interno della comunità religiosa di riferimento.
Riguardo a quelle di orientamento cattolico, le più numerose e radicate, occorre considerare come la loro presenza nel campo dell'assistenza e, più in generale, del sostegno ai poveri fosse una realtà antica e storicamente radicata.
Fino all'epoca post-tridentina, la Chiesa aveva un ruolo predominante nell'organizzazione delle attività beneficiarie, assistenziali ed educative, gestendo un vasto patrimonio destinato ai meno fortunati, senza che gli enti civili interferissero in questa sfera di azione[145].
Il concetto di un diritto degli individui all'aiuto all'interno della comunità civile ha avuto origine insieme alla nascita dello Stato moderno, con le idee illuministe che lo hanno plasmato, diventando in seguito uno dei pilastri delle moderne costituzioni solidaristiche e sociali. Solo in epoca contemporanea si è sviluppato e consolidato il concetto di un diritto soggettivo a ricevere determinati servizi di assistenza da parte dello Stato, basati su motivazioni secolari e non religiose come nel caso dell'assistenza fornita dalle confessioni religiose. Questo diritto ha creato un legame diretto tra il titolare del diritto e lo Stato, chiamato a garantire il soddisfacimento del bisogno sottostante[146].
In questo modo si è giunti alla creazione di una competenza statale generica nel campo sociale, che gradualmente ha preso il posto dell'autorità ecclesiastica. Lo Stato ha iniziato a assumersi il compito di affrontare alcune forme di povertà, che fino ad allora erano responsabilità dell'azione privata, individuale o collettiva[147].
In merito all'esperienza italiana, a partire dalla seconda metà del XVII secolo si sono viste le prime richieste di autonomia nel settore assistenziale da parte dei governi italiani, principalmente per limitare l'ingerenza dell'autorità ecclesiastica nei luoghi pii laicali. Tuttavia, è stato durante la dominazione francese post-rivoluzionaria e napoleonica che si è verificata una parziale laicizzazione delle istituzioni caritative.
Con la Restaurazione, gran parte degli Stati italiani riconosce alla Chiesa e ai suoi istituti una vasta libertà nel campo sociale, ma mantenendo forme di vigilanza e tutela sulle attività e sui soggetti coinvolti. Questo si ottiene principalmente attraverso l'intervento delle amministrazioni territoriali (provincie e comuni), che assumono la direzione e il controllo dei servizi di assistenza, spesso tramite organizzazioni collegiali che univano elementi laici e religiosi. Fino all'unificazione nazionale, le attività di beneficenza rimangono principalmente nelle mani dei privati e soprattutto delle istituzioni religiose, nelle loro varie forme[148].
È con la seconda metà del XIX secolo, con l'Unità d'Italia, che si assiste a una transizione della beneficenza dal contesto privato a quello pubblico. Le leggi del 3 agosto 1862, n. 753, riguardante l'amministrazione delle Opere pie, e del 17 luglio 1890, n. 6972, che disciplina le istituzioni pubbliche di beneficenza, sono state approvate per normare i numerosi enti assistenziali. Sebbene entrambe le leggi riflettano la crescente influenza dello Stato nella vita sociale – una tendenza che si

[145] Franceschi, F., *La condizione degli enti ecclesiastici in Italia nelle vicende politico-giuridiche del XIX secolo*, Napoli, Jovene editore, 2007, p. 107.
[146] Ibidem.
[147] Ibidem.
[148] Ibidem.

rafforzerà nel secolo successivo con l'emergere dello Stato solidarista e sociale – esse affondano le radici in contesti e approcci differenti, distinti nella regolamentazione che stabiliscono[149].
Già il nuovo Stato piemontese, nato dopo la rivoluzione del 1848 seguendo l'ideologia liberale, inizia a rivendicare il controllo su alcune attività che sono gestite principalmente dalla Chiesa cattolica, come indicato dal r.d. del 20 novembre 1859 sull'esercizio delle attività benefiche.
Dopo la nascita dello Stato unitario, inizia effettivamente, seppur gradualmente, il processo di trasferimento delle attività di utilità sociale e delle istituzioni operanti in esse all'interno della sfera pubblica riducendo l'influenza della Chiesa su tali attività e istituzioni. Con la legge del 3 agosto 1862, ispirata alla legge piemontese del 1859 che era considerata all'epoca un importante passo verso una maggiore civiltà, le opere caritatevoli sono costrette a sottomettersi alla disciplina e alla supervisione dello Stato, che controlla donazioni e lasciti accumulati nel tempo dalle congregazioni religiose[150].
Tuttavia, la nuova legge deve regolare la beneficenza in alcune province di cui si conoscono solo parzialmente le condizioni e i bisogni, il che potrebbe spiegare i difetti e le lacune che presenta. Nonostante sia difesa da eminenti legislatori come Rattazzi, Minghetti, La Farina, Lanza, Crispi e Mancini, già allora si nutre qualche dubbio sulla sua efficacia e completezza, date le circostanze tumultuose dell'epoca[151].
Con la legge del 1862, la gestione delle Opere pie definite dalla legge è soggetta a un sistema di vigilanza e supervisione governativa, pur rimanendo amministrate da enti morali, consigli o direzioni nominati dalle tavole di fondazione o regolamenti in vigore. La sorveglianza, divisa tra autorità governativa, Deputazioni provinciali e Consigli comunali, ha lo scopo di controllare il rispetto dei principi di buona amministrazione e l'effettiva assistenza ai bisognosi. Ogni Opera pia è sotto la supervisione della Deputazione provinciale, che deve approvare vari atti. Il Ministero dell'Interno interviene per l'approvazione dei bilanci e dei conti degli istituti assistenziali finanziati dallo Stato, oltre a vigilare sul corretto funzionamento delle operazioni di beneficenza. In ogni comune, una Congregazione di carità si occupa dell'amministrazione dei beni destinati ai poveri per legge[152].
In questo modo, la beneficenza è vincolata esclusivamente ai principi di una corretta gestione e alla reale erogazione dei fondi per i bisognosi e gli enti assistenziali godono di un'ampia autonomia[153].
La legislazione, fondata sui soli principi del diritto privato, con poche influenze nel settore pubblico, e basata sui principi liberali del tempo, si distingue per il rispetto dei desideri dei fondatori, l'autonomia degli enti e il limitato coinvolgimento dello Stato[154].
Davanti all'aumento rapido dei bisogni della società, causato dalla crescente industrializzazione e urbanizzazione, si inizia a capire che il sistema vigente non è sufficiente per affrontare i problemi dell'assistenza. Molti sottolineano che la legge del 1862 viene spesso utilizzata da istituzioni ecclesiastiche, che non sempre agiscono per fini benefici o di assistenza, ma piuttosto per evitare la

[149] Dalla Torre, G., *L'attività assistenziale della Chiesa nell'ordinamento italiano. Aspetti dogmatici e spunti ricostruttivi*, Milano, Giuffrè, 1979, p. 93.
[150] Franceschi, F., cit, p. 287.
[151] Donati, P., *La Inchiesta sulle Istituzioni pubbliche di beneficenza in Italia ed il disegno di riforma alla legge 3 Agosto 1862*, in «Giornale degli Economisti», 4 (2), 1889, p. 282.
[152] Franceschi, F., cit, p. 289.
[153] Ottaviani, A., *Tracce del dibattito politico sull'evoluzione legislativa degli enti assistenziali*, in Spinelli, L., (a cura di), *Enti di assistenza ed enti ecclesiastici (1890 – 1977). Una ricerca di legislazione, dottrina, prassi amministrativa e giurisprudenza*, Modena, Mucchi, 1983, pp. 17-43, p. 17.
[154] Dalla Torre, G., *L'attività assistenziale della Chiesa nell'ordinamento italiano. Aspetti dogmatici e spunti ricostruttivi*, cit, p. 93.

soppressione dei loro beni e la conseguente perdita di ricchezze, come previsto dalle successive leggi del 1866-67[155].

Il Ministro Nicotera è colpito dalla triste situazione delle Opere pie e decide di riformare la legge: nel 1876 incarica una Commissione di condurre un'inchiesta sulle condizioni delle istituzioni di beneficenza, al fine di proporre miglioramenti per garantire una gestione più efficiente del patrimonio destinato ai meno fortunati. Sulla base dei risultati dell'inchiesta, presenta un progetto di legge alla Camera dei deputati il 1° dicembre 1877, ma il suo progetto viene dimenticato dopo la caduta del Governo.

Il successivo ministro Depretis decide anch'egli di riformare la legge sulle Opere pie e, prima di avanzare proposte concrete, ordina un'altra inchiesta nel 1880. Una commissione è nominata con il compito di condurre un'inchiesta approfondita sul piano morale, economico e amministrativo, al fine di sviluppare un piano di riforma adeguato alle nuove condizioni sociali.

L'inchiesta richiede tempo e preparazione accurata. La commissione compila diversi questionari per raccogliere dati statistici sul patrimonio delle istituzioni di beneficenza e valutare gli effetti della legge vigente dal punto di vista amministrativo e morale. Sono nominati 232 comitati locali per monitorare le attività delle Opere pie, ai quali vengono inviati specifici questionari. Inoltre, alcuni membri della commissione sono inviati in varie province per raccogliere informazioni dettagliate, al fine di garantire il successo dell'inchiesta e ottenere risultati accurati[156]. Ma anche questo tentativo non va a buon fine.

L'esigenza di porre rimedio a tale stato di cose, unitamente alla crescente volontà dello Stato di assumere in prima persona i compiti benefico-assistenziali, è alla base della riforma radicale del settore operata dalla legge Crispi del 1890.

Per comprendere il contesto storico che porta alla promulgazione della legge Crispi sulle istituzioni pubbliche di beneficenza, occorre considerare diversi eventi significativi. Tra questi troviamo la conquista di Roma, l'approvazione della Legge delle Guarentigie, l'emergere della Questione Romana, il cambio di leadership sia nella Chiesa che nello Stato, e in particolare, il crollo della Destra storica che comporta la perdita dei valori liberali che hanno guidato quegli anni, con la conseguente presa del potere da parte della sinistra che promuove la legge del 1890, considerata da molti studiosi come la più eversiva di tutte[157].

La legge 17 luglio 1890, n. 6972 sulle istituzioni pubbliche di beneficenza è l'ultima importante legge concernente la materia degli enti ecclesiastici del periodo liberale. Mentre la disciplina del 1862 poneva maggiore enfasi sulla volontà dei testatori, quella del 1890 introduce un intervento statale più incisivo. Ciò si traduce in controlli più rigorosi e in una responsabilità degli amministratori più chiara e attentamente monitorata[158].

La legge del 1890 è «una delle migliori opere di Crispi legislatore», scrive Jemolo, «opera degli anni che segnarono l'apogeo della sua fortuna politica», basata sulla «conoscenza perfetta del meccanismo e della vita delle istituzioni di beneficenza italiane»[159].

La discussione alla Camera si svolge dal 29 novembre al 19 dicembre 1889 e riflette la situazione politica del tempo che, improntata da uno spirito laicista rivolto a ridimensionare l'iniziativa privata e in particolare quella della Chiesa cattolica, cerca di ricondurre sotto l'egida statale ogni servizio

[155] Franceschi, F., cit, p. 291.
[156] Donati, P., cit, p. 285.
[157] Ottaviani, A., cit, p. 20.
[158] Nasalli Rocca, E., cit, p. 227.
[159] Jemolo, A., C., cit, p. 350.

sociale[160]. La discussione alla Camera non porta sostanziali modifiche allo schema di legge; la commissione redige una relazione dettagliata, con abbondanza di dati statistici. La legge esclude i parroci dalle Congregazioni di carità e trasforma le istituzioni considerate superflue, tenendo conto delle necessità sociali, degli interessi delle classi povere e, per quanto possibile, della volontà dei fondatori. Inoltre, aggiorna l'elenco degli istituti soggetti alla trasformazione e le condizioni di questa. Come ha ricordato Jemolo,

> «Contro il progetto si levarono motivi ideali ed interessi materiali; […] in nome della religione si deprecò la laicizzazione della beneficenza, l'esclusione dei parroci dalle congregazioni, l'approfondimento del solco tra l'Italia ufficiale ed i cattolici; in nome dei principi liberali si negò allo Stato il diritto di trasformare le Opere pie, di modificarne le volontà»[161].

È importante riportare alcune parti della discussione, in particolare in merito all'art. 78 (al tempo della discussione art. 65) e alle disposizioni inerenti la riforma ospedaliera.
Come sostenuto dall'On. Pellegrini:

> «Le istituzioni contemplate dalla presente legge esercitano la beneficenza verso coloro che vi hanno titolo, senza distinzione di culto religioso o di opinioni politiche. È fatta eccezione per le istituzioni che, per essenza loro o per esplicita disposizione degli statuti, sieno destinate a beneficio dei professanti un culto determinato. Rimane però l'obbligo del soccorso nei casi di urgenza. L'amministratore di un'istituzione pubblica di beneficenza, il quale, in violazione del disposto della prima o della terza parte del presente articolo, subordini in tutto o in parte la assistenza o il soccorso ad atti, pratiche o dichiarazioni concernenti in qualsiasi modo e in qualsiasi senso la religione, la politica o l'esercizio dei diritti politici o amministrativi, decade dall'ufficio ed è punito con una penalità pecuniaria da lire 50 a lire 500. L'impiegato od addetto in qualsiasi qualità ad una istituzione pubblica di beneficenza che commetta il fatto preveduto nel precedente capoverso, è sottoposto alla sospensione; e in caso di recidiva può essere dispensato dal servizio»[162].

L'On. Pellegrini prima accusa l'On. Chimirri di difendere l'influenza del clero sulle Opere pie e poi, entrando nel merito dell'art. 65, dice che la beneficenza verso gli ammalati e i morenti non può essere materia di culto solo per rispetto dei testamentari:

> «Ora la tendenza del mio emendamento, o signori, è questa che io, negando la volontà dei testatori attraverso i secoli, non voglio inaridire le fonti della carità, ma le voglio pure o terse quanto copiose e non inquinate da un pensiero più o meno spontaneo di proselitismo religioso. Dico più o meno spontaneo poiché si sa che intorno al capezzale dei morenti si forma come, dice Kichter, un gran deserto attraverso il quale giunge ad essi non contrastata la suggestione del prete. Il proselitismo religioso è nel diritto degli uomini, ma a patto che stia lontano dal terreno comune all'umanità che soffre, a patto che non agisca dove suonano le voci dei patimenti umani, ai quali

[160] Campagnola, M., E., *Volontà fondazionali ed esigenze religiose della popolazione*, in Spinelli, L., (a cura di), *Enti di assistenza ed enti ecclesiastici (1890 – 1977). Una ricerca di legislazione, dottrina, prassi amministrativa e giurisprudenza*, Modena, Mucchi, 1983, pp. 43-75, p. 64.
[161] Jemolo, A., C., cit, p. 353.
[162] Atti Parlamentari, Camera dei deputati, Discussione, XVI legislatura, tornata del 13 dicembre 1889, On. Pellegrini, p. 391.

la Società deve provvedere, per quella missione che ieri il presidente del Consiglio definiva quando dichiarava l'Assistenza una funzione necessaria dello Stato»[163].

E ancora:

«La sola idea che sulla soglia di un ospizio si possa far quistione di culto, che si possa domandare: Adori tu Dio? Come lo adori? Se sei cattolico o luterano entra, se no va indietro; il solo pensare che il paralitico ritorni sopra i suoi passi, reietto, perché così avrebbe detto una tavola di fondazione scolpita nella notte dei tempi e della civiltà, il solo pensare che questo possa avvenire in Italia mi renderebbe dolorosa la qualità d'italiano»[164] […] «essi parlano di una autorità testamentaria che conservi alla Chiesa il cumulo enorme di influenze che secoli di schiavitù le hanno fatto acquistare»[165].

Per quanto riguarda gli enti destinati ai soli appartenenti a una determinata confessione, afferma:

«Nel primo comma, dove si consacra la facoltà di erigere delle Opere pie con erogazione ai confessori di un culto e con esclusione dei professanti un altro culto, non si parla più di opinioni politiche o filosofiche. Ivi si parla di culti. Dunque, voi permettete al cattolico di fondare un ospizio per cattolici; permettete altrettanto ad un evangelico; ma non permettete altrettanto al libero pensatore, non permettete al libero pensatore fondare un ospizio destinato alle persone non ascritte a culto veruno? […] Lo Stato riconosce dei culti; non riconoscerà la libera negazione dei culti? […] La mia coscienza mi dice che le Opere pie devono essere fatte a vantaggio del popolo senza distinzione di casta, senza distinzione di culto, senza distinzione di fede politica o religiosa giacché non v'è distinzione possibile fra uomo e uomo dinanzi alla morte e dinanzi al dolore. Io desidero quindi la soppressione di questa parte della legge che la deturpa»[166].

Ancora più interessante è la risposta di Luchini:

«Noi stabiliamo il principio generale che le istituzioni di beneficenza eserciteranno l'ufficio loro senza distinzione di culto religioso; ed abbiamo aggiunto senza distinzioni di opinioni politiche. Forse l'aggiunta è inutile perché deriva da tutto quanto il nostro diritto pubblico. Trattandosi di istituzioni pubbliche di beneficenza, evidentemente non si può far differenza di opinioni politiche, né di opinioni religiose. Noi abbiamo voluto rivendicare in questa legge il carattere civile delle istituzioni di beneficenza. […] Nella seconda parte (dell'articolo) dichiariamo che è fatta eccezione per le istituzioni che per essenza loro o per esplicita disposizione degli statuti sieno destinate a benefizio dei professanti un culto determinato. Ma in caso di urgenza si rientra subito nella regola. Rimane però l'obbligo del soccorso nei casi d'urgenza. Veniamo poi a stabilire la sanzione per chi subordinasse l'esercizio della beneficenza ad atti e dichiarazioni di carattere politico o di carattere religioso. […] Con questo articolo noi facciamo un omaggio alla libertà di coscienza, un'interpretazione autentica di più dell'articolo 1° dello Statuto nel senso che esso deve avere in Italia: libertà di culto, libertà di coscienza. […] Non volete voi rispettati i diritti storici delle Università israelitiche? E perché? Quali ragioni avete per non rispettarli? E le associazioni evangeliche, che combattono per difendere il libero esame, per non avere, fra la

[163] Ibidem.
[164] Ibidem.
[165] Ibi, p. 393.
[166] Ibi, p.392.

> coscienza umana e Dio, un sacerdote dispensatore dell'inferno e del paradiso nella vita futura, le volete voi totalmente abbandonate? Non volete dar loro la facoltà di istituire fondazioni di beneficenza a pro dei loro correligionari? Se i liberali abbandonano così queste istituzioni, in chi dovranno, questi propugnatori dell'emancipazione dell'Italia dal Vaticano, in chi dovranno confidare? […] Il principio della legge è che le istituzioni di beneficenza hanno carattere civile, e quindi non possono fare distinzione di culto o di professione religiosa o antireligiosa. L'eccezione alla legge è che si possa ammettere la fondazione di istituzioni di beneficenza a pro di persone aventi determinati principi religiosi. Ma si rientra subito nella regola nei casi di urgenza. Nei casi d'urgenza chi neghi il soccorso incorre nella pena. Chi subordina la beneficenza a dichiarazioni o pratiche concernenti in qualsiasi modo, in qualsiasi senso la religione, incorre nella pena. Nei casi di urgenza questa sanzione è applicabile sempre, perché quando si tratta di casi d'urgenza, ancorché si abbiano istituzioni a beneficio di un determinato culto, l'urgenza impone, senz'altro, l'obbligo dell'assistenza […] io sono fra coloro che credono che la fede nella libertà si mette alla prova, [anche] quando può parere un'arma nelle mani dei nostri avversari»[167].

La risposta di Crispi si pone sulla stessa linea, a sostegno della disposizione in esame e del principio di libertà religiosa, anche in ambito sanitario:

> «Credo che la questione sia oziosa. In un paese, nel quale la libertà di coscienza e la libertà dei culti sono legge dello Stato, il voler solo dubitare che si voglia costituire un regime nel quale la carità pubblica possa essere partigiana, anziché umana, è la massima delle offese che si possa fare ad un Governo civile. […] L'onorevole Pellegrini però, sostenendo la sua tesi, confonde le due funzioni; la funzione dello Stato, e quella dell'individuo. La funzione dello Stato ha per iscopo la tutela dei diritti della società e dei diritti delle persone. Devesi però agli individui, siano essi Corpi morali, o singoli cittadini, lasciar piena indipendenza nelle loro azioni, altrimenti verrebbe offesa la libertà delle loro opinioni. Lo Stato può imporre ai pubblici funzionari di non guardare ad opinioni politiche o a sentimenti religiosi, quando si deve esercitare la carità, ma, lo Stato non può imporre a quelli che pensano in un dato modo, di avere una fede che non hanno, con leggi che offenderebbero la loro libertà»[168].

Alla fine, l'On. Pellegrini ritira i suoi emendamenti e l'articolo è approvato nella stessa formulazione con cui era stato presentato.

Un altro intervento, che è interessante riportare della discussione parlamentare, è dell'On. Enrico Bottino (medico), sugli ospedali e in particolare sull'autonomia che si continuerebbe a lasciare con la legge alle amministrazioni degli ospedali. Il suo lungo discorso inizia con la descrizione della condizione degli ospedali italiani al tempo, che hanno a suo dire due vizi capitali: non essere costruiti per lo scopo al quale ora sono destinati ed essere stati costruiti senza tener conto di nessuna delle nozioni sull'igiene considerate nel suo tempo fondamentali per gli ospedali. Offre poi una panoramica delle diverse situazioni europee, dalla Francia all'Inghilterra, dalla Germania agli Stati scandinavi e della vicina Svizzera, in cui molto è stato fatto, anche demolendo e ricostruendo da capo dove necessario. Prosegue criticando l'opinione diffusa, utilizzata come scusa per non agire in Italia, che i casi appena citati, a differenza del nostro Paese, sono Stati ricchi, e la smentisce dicendo che ci sono molti esempi virtuosi anche in Italia grazie a oblazioni volontarie. Continua dicendo che gli ospedali italiani, che hanno un patrimonio di mezzo miliardo[169], non hanno bisogno di altre risorse economiche

[167] Ibi, p. 394.
[168] Ibi, p. 395.
[169] Atti Parlamentari, Camera dei deputati, Discussione, XVI legislatura, tornata del 30 novembre 1889, On. Bottino, p. 52

di quelle che hanno già per riadattare le loro strutture agli scopi cui devono servire, in quanto non basta riparare le infermerie o aggiungere qualche sezione agli edifici, se nulla muta del loro direttivo igienico. Il problema è proprio nella direzione degli ospedali italiani, secondo Bottino. Esso è dovuto al fatto che a dirigere la gran parte di questi non sono specialisti tecnici, dunque medici, ma per lo più direttori che sono meri esecutori delle direttive delle amministrazioni aziendali. L'onorevole domanda dunque: «Permettetemi, o signori, di chiedervi se domani, puta caso, si mettesse un medico a dirigere un tribunale, o un chirurgo a dirigere un seminario, che cosa si direbbe?»[170]. Aggiunge poi:

> «Si dovrebbe provvedere e senza indugio affinché ciascun nosocomio avesse una direzione tecnica intelligente, efficace che sapesse imprimere e mantenere una disciplina tecnica e conforme a determinati principii, provvedere a che vi sia una mente che diriga e che fortemente voglia il bene degli amministrati. Io non dico che questi canonici siano secondi ad altre persone per buon volere, no; non saranno secondi ad alcuno, ma non avendo le attitudini speciali per quella data azienda non possono per conseguenza contribuire al migliore andamento di essa»[171].

Inoltre:

> «[q]ueste amministrazioni nella scelta del personale sanitario si lasciano influenzare da altri criteri, da altre norme, anziché dal vero bene degli infermi e dal decoro del loro istituto. E questa fatale autonomia che hanno i corpi amministrativi li rende affatto invulnerabili. Voi potete gridare, lagnarvi, dire tutto quello che volete, ma nessuna disposizione di legge può alterare una scelta che essi abbiano fatta. Essi sono gli autocrati, i padroni assoluti nei loro ospedali, e naturalmente nominano chi vogliono»[172].

In conclusione, l'onorevole chiede che gli ospedali abbiano tutti un regolamento uniforme, che non venga stabilito dalle amministrazioni ma dal Governo. Ma le amministrazioni delle istituzioni di assistenza e beneficenza, tra le quali gli ospedali, continuano ad avere quel grado di autonomia dal quale l'On. Bottino cerca di mettere in guardia il Parlamento.
Al Senato il progetto è presentato il 23 dicembre 1889, con una relazione dell'On. Crispi nella quale vengono ribaditi gli scopi della legge già sottolineati. Il dibattito si svolge dal 21 aprile al 6 maggio 1890 e apporta notevoli e sostanziali modifiche, in particolare per ciò che concerne il concentramento delle Opere pie, la definizione di quali enti debbano essere inclusi e quali no, e il procedimento di trasformazione. Le Opere pie di culto vengono escluse dalla trasformazione, estesa invece alle confraternite. La modifica più significativa è l'eliminazione della clausola dell'art. 86 del progetto di legge, che avrebbe imposto la trasformazione obbligatoria delle Opere pie di culto[173]. Il rappresentante dell'Ufficio centrale del Senato esprime la sua opinione riguardo ai lasciti e ai legati di culto in modo chiaro e deciso. Evidenzia la mancanza di un criterio che prenda in considerazione i bisogni della popolazione e propone una nuova formula più concreta e precisa, basata sulla destinazione ad un servizio religioso. Inoltre, spera che, se questa proposta non fosse inclusa nella legge, possa comunque diventare un criterio per le rappresentanze locali nelle decisioni su questo

[170] Ibi, p. 53.
[171] Ibi, pp. 53-54.
[172] Ibi, p. 54-55.
[173] Ottaviani, A., cit, p. 24.

argomento, e inoltre che le misure a favore della beneficenza non diventino strumenti di intolleranza religiosa[174].
Il progetto è rimandato alla Camera; durante la seduta del 17 maggio Crispi si esprime contrariato riguardo alla modifica, sottolineando che va contro gli obiettivi della riforma. Durante questo dibattito, vengono introdotte ulteriori novità, tra cui le proposte dell'On. Luchini riguardo alle confraternite e alle Opere pie di culto, con dettagli sui requisiti per la trasformazione[175]. A causa delle numerose modifiche la legge deve essere riesaminata anche dal Senato che non crede di dover sollevare la questione costituzionale, e infine accetta il testo approvato dalla Camera[176]. La legge è promulgata il 7 luglio 1890.
La riforma intende rendere moderne e attuali le finalità di istituzioni non più sentite come soddisfacenti a vitali bisogni pubblici di assistenza e anche non più in linea con il sentire del tempo; concentrare le istituzioni di natura affine per evitare duplicati e spese superflue di amministrazioni autonome; devolvere alle Congregazioni di carità comunali, obbligatorie ovunque, patrimoni di beneficenza che non è conveniente concentrare[177].
Essa stabilisce che l'assistenza deve essere considerata una responsabilità dello Stato, da non lasciare esclusivamente all'iniziativa privata, e che da esso deve essere organizzata e finanziata, con poteri di controllo e di intervento autoritativo. All'inizio, si configura una forma di polizia statale, mirata al controllo sulle attività private e della Chiesa cattolica. Con lo scorrere del secolo, si evolve invece in un intervento pubblico diretto, che coinvolge aspetti finanziari e organizzativi[178].
La legge comporta la secolarizzazione di tutte le istituzioni benefiche ecclesiastiche, attraverso la creazione degli enti pubblici di beneficenza. Essa introduce un rigoroso controllo da parte della Pubblica Amministrazione sulle istituzioni benefiche esistenti e dà al governo il potere di modificare la loro organizzazione e i loro obiettivi istituzionali. Inoltre, impone «la natura "necessariamente pubblica" dei soggetti svolgenti attività di utilità sociale, ponendosi uno specifico divieto di costituzione di enti o organismi privati, e dunque anche ecclesiastici, diretti a svolgere tali attività»[179].
Nonostante il controllo statale, le Opere pie mantengono una certa autonomia nel rispetto della volontà dei fondatori e delle tavole di fondazione, con una presenza continuativa di esponenti ecclesiastici nella gestione delle istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza. Questo modello di collaborazione tra pubblico e privato consente una gestione che considera attentamente gli interessi originari[180], con una sinergia tra la pianificazione e la gestione a carico dei rappresentanti delle istituzioni benefiche. La giurisprudenza contribuirà a smussare le inclinazioni laiciste che ispirano questa legge, ad esempio per quanto riguarda la trasformazione delle Opere pie: soltanto quelle con le rendite assegnate alle attività o ai riti essenziali per il culto sono considerate valide[181]. Il legislatore italiano regola con rigore la situazione delle Opere pie della Chiesa cattolica per due motivi principali. Da un lato, il bisogno religioso della popolazione è già ampiamente soddisfatto, consentendo allo Stato di utilizzare una parte del patrimonio ecclesiastico per altri fini. Dall'altro, la natura particolare di tali bisogni richiede una collaborazione stretta con la Chiesa per garantire il loro soddisfacimento.

[174] Campagnola, M., E., cit, p. 62.
[175] Ottaviani, A., cit, p. 25.
[176] Jemolo, A., C., cit, p. 359.
[177] Nasalli Rocca, E., cit, p. 227.
[178] Macrì, G., Parisi, M., Tozzi, V., cit, p. 21.
[179] Franceschi, F., cit, p. 294.
[180] Cardia, C., *Risorgimento e religione*, cit, p. 149.
[181] Campagnola, M., E., cit, p. 65.

In questo contesto, il legislatore deve bilanciare due esigenze contrastanti: da un lato, la necessità di laicizzare una parte del patrimonio della Chiesa e, dall'altro, il dovere di conferire una dimensione ecclesiastica a quel patrimonio che stava secolarizzando. Questo bilanciamento trova espressione in disposizioni legislative volte a garantire il libero svolgimento delle pratiche religiose[182].
L'ascesa dello Stato assistenzialista è evidenziata dalla sua tendenza al controllo sociale, attraverso una politica di assistenza pubblica organizzata, che porta a una marcata laicizzazione della società, con lo Stato che assume funzioni una volta appannaggio della Chiesa. Tra i suoi obiettivi principali vi è l'eliminazione della povertà, ma anche la prevenzione di pericoli per l'igiene pubblica, la salute della popolazione e la pace generale. Ciò lo porta ad assumere un ruolo di difesa e profilassi nei confronti della società nel suo complesso[183].
Pur essendo chiara la necessità di un'accurata regolamentazione delle istituzioni benefiche, manca una legislazione specifica per gli ospedali, che necessitano di normative ad hoc a causa degli avanzamenti nel campo delle scienze mediche. «Tale disciplina non sarà ancora autonoma, ma incorporata nelle leggi generali di carattere sanitario»[184].

1.3. Il Regno d'Italia tra sanità laica e assistenza religiosa.

1.3.1. L'assistenza sanitaria cattolica e i medici cattolici.

Per molti secoli, le istituzioni cattoliche sono state fondamentali nel fornire assistenza sociale e sanitaria agli strati più bisognosi della popolazione. La storia dell'assistenza in Italia e quella della Chiesa cattolica, insieme alle relative istituzioni, sono sempre state strettamente legate. Numerosi elementi hanno giocato un ruolo chiave nel successo delle iniziative caritative della Chiesa. In primo luogo, vi è la predisposizione innata delle sue istituzioni verso attività di beneficenza e assistenza. Inoltre, il contatto diretto con la comunità è facilitato dalla loro diffusa presenza territoriale. Un altro aspetto significativo è il radicamento storico e la stabilità istituzionale, che si contrappongono all'instabilità politica dell'Italia. Questa situazione consente alla Chiesa di mantenere una continuità efficace nella gestione patrimoniale di questi enti[185].
Durante l'alto Medioevo, si cominciò a diffondere gradualmente la consapevolezza che le opere di misericordia, inclusi gli atti di carità corporale, fossero parte integrante della pratica della Chiesa e strumenti di perfezionamento spirituale personale. Questo portò all'idea che spettasse all'autorità ecclesiastica il compito di promuovere, organizzare, coordinare e regolare giuridicamente queste attività[186]. Sin dai tempi antichi, gli ospedali hanno rappresentato un crocevia tra religione e assistenza medica. Le prime pratiche di cura si svolgevano in santuari e xenodochia, evolvendosi nel tempo nelle infermerie monastiche e, infine, negli ospedali moderni che hanno iniziato a svilupparsi con l'urbanizzazione del XII secolo. In queste istituzioni sanitarie, la cura del corpo si intreccia con quella dell'anima, non solo all'interno del contesto cristiano, ma anche grazie a incontri interconfessionali e scambi di conoscenze tra diverse tradizioni religiose. È importante riconoscere che la Chiesa

[182] Scavo Lombardo, E., *Questioni controverse in dottrina circa la 'natura ecclesiastica' degli enti*, in Spinelli, L., (a cura di), *Enti di assistenza ed enti ecclesiastici (1890 – 1977). Una ricerca di legislazione, dottrina, prassi amministrativa e giurisprudenza*, Modena, Mucchi, 1983, pp. 75-107, pp. 81-82.
[183] Ottaviani, A., cit, p. 21.
[184] Nasalli Rocca, E., cit, p. 230.
[185] Cfr. Franceschi, F., *La condizione degli enti ecclesiastici in Italia nelle vicende politico-giuridiche del XIX secolo*, Napoli, Jovene editore, 2007.
[186] Dalla Torre, G., *L'attività assistenziale della Chiesa nell'ordinamento italiano. Aspetti dogmatici e spunti ricostruttivi*, cit, p. 37.

cattolica ha avuto un ruolo significativo e distintivo nell'ambito dell'assistenza sanitaria in Italia[187]. L'assistenza ispirata dalla carità cristiana si è espansa in Europa nel Medioevo attraverso diverse forme, grazie all'impegno di singoli membri del clero e di persone private, siano essi uomini o donne. Questi ultimi hanno dato vita a congregazioni dedicate all'assistenza ospedaliera, con l'obiettivo di supportare i bisognosi. Tali iniziative, prevalentemente locali, hanno avuto un'importante influenza sulla società dell'epoca, fornendo aiuto a una vasta gamma di persone in difficoltà in una specifica area geografica. Anche le corporazioni e le confraternite, con fini religiosi e mistici, hanno giocato un ruolo fondamentale nel fornire assistenza, offrendo benefici a gruppi specifici di membri o a cittadini selezionati. Grazie a queste opere, anche i pellegrini stranieri hanno potuto beneficiare di aiuti durante i loro viaggi sulle strade italiane[188]. Fino al Quattrocento, la gestione degli ospedali era interamente regolata dalla legislazione e dalla prassi canonica, con rare e marginali ingerenze da parte delle autorità comunali. Questo riguardava sia gli ospedali istituiti direttamente dalla Chiesa o da ordini religiosi e enti laici, sia quelli fondati da singoli cittadini o associazioni locali[189].

A partire dalla metà del XV secolo, si osservò un incremento di iniziative in diverse città, finalizzate a unire i piccoli ospedali, spesso inefficienti e mal organizzati, in un'unica grande struttura. Tale approccio mirava a garantire un'assistenza più completa ed efficace[190]; nella gestione degli ospedali, inoltre, si consolida l'intreccio tra élites ecclesiastiche e civili che «si prolunga in varie configurazioni fino al welfare contemporaneo»[191].

Il settore dell'assistenza ospedaliera ha subìto un lento processo di evoluzione verso il Settecento, che ha portato allo sviluppo di nuove teorie nell'età ottocentesca, influenzate dai principi della Rivoluzione francese[192]. Infatti, nella seconda metà del XVIII secolo, la medicina inizia a separarsi progressivamente dalle influenze religiose grazie alle riforme politiche che minano la tradizionale alleanza tra Stato, Chiesa e professione medica. I religiosi, i medici e gli operatori sanitari vengono coinvolti come agenti di cambiamento e custodi dell'ordine sociale, e il fine non è più spirituale ma temporale. Questo è il caso delle sepolture in chiesa, abbandonate solo durante l'era napoleonica. Il medico inoltre assume un ruolo sempre più confidenziale nei confronti del paziente, non solo nell'ambito della malattia ma anche della sessualità e di fronte alla morte[193], che sono indubbiamente, insieme alla nascita, i momenti di maggiore rilevanza per il confronto tra sfera religiosa e medica, e per il non sempre armonioso rapporto tra sacerdote e operatore sanitario [194]. Il ruolo del medico come agente di cambiamento sociale in Italia ha contribuito ad amplificare il prestigio della professione medica e l'influenza politica dei medici.

«Nel Piemonte sabaudo, a seguito di una delibera emanata nel 1730, le Opere pie includevano gli ospizi di carità, gli ospedali, i conservatori per gli esposti, le scuole per i poveri, i monti di pietà, i monti granatici, i convitti e le confraternite»[195]. Le strutture e i luoghi amministrati da ecclesiastici o

[187] Donato, M., P., *Medicina e religione: percorsi di lettura*, in Donato, M., P., (a cura di) *Médecine et religion: compétitions, collaborations, conflits (XIIe - XXe siècles)*, Roma, Collection de l'École française de Rome, 2013, p. 27.
[188] Nasalli Rocca, E., cit, p. 7.
[189] Ibi, p. 11.
[190] Ibi, p. 12.
[191] Donato, M., P., *Medicina e religione: percorsi di lettura*, cit, p. 27.
[192] Nasalli Rocca, E., cit , p. 13.
[193] Donato, M., P., voce *Medicina e la Chiesa Cattolica*, in Dizionario Storico Tematico La Chiesa in Italia, Volume I - Dalle Origini All'Unità Nazionale, Roma, Associazione Italiana dei Professori di Storia della Chiesa, 2015, p. 4.
[194] Ibi, p. 30-31.
[195] Rapetti, M., *La riforma delle Opere pie nel regno di Sardegna e suoi riflessi nella produzione documentaria degli ospedali,* in «Studi e Ricerche», 11, Università di Cagliari, 2018, p. 43.

da laici indipendenti erano definiti Opere pie e sottoposti a un controllo pubblico. Al contrario, le istituzioni ecclesiastiche sono quelle collegate a enti religiosi o a conventi regolari[196].
Il Settecento è caratterizzato da un incremento della concentrazione e della specializzazione nel settore medico. Durante l'epoca rivoluzionaria e napoleonica, la laicizzazione dello Stato si accompagna all'elaborazione di filosofie mediche materialiste (come il brownismo e il magnetismo), che si diffondono anche nel contesto italiano[197].
Nell'età moderna lo Stato non ostacola e permette, anche se solo implicitamente, che l'autorità vescovile continui ad influenzare direttamente l'assistenza. Le città, da parte loro, prive della competenza a legiferare, si limitano a un'attività pratica o amministrativa, seguendo le direttive del corpo cittadino che gestisce l'ospedale grande rispetto agli ospedali minori ancora presenti con uno status di autonomia. Questi ospedali minori, spesso di proprietà di istituzioni ecclesiastiche con un'antica tradizione di assistenza specifica o di ospedali più recenti ma specializzati come quelli del Cinquecento per i malati incurabili, godono del supporto di tutte le autorità per ragioni di carattere medico, al fine di prevenire la diffusione di malattie infettive[198].
Nel campo della formazione medica, le riforme volute da Napoleone hanno portato all'eliminazione dei tradizionali corpi dottorali dell'antico regime, sostituiti da esami di stato più moderni. Anche nello Stato Pontificio, vi sono stati diversi tentativi di riforma, inizialmente spinti da motivazioni religiose e, in un secondo momento, influenzati da considerazioni legate alla gestione e alla medicina[199]. Nel corso del XIX secolo, si è registrato un incremento dell'impegno nel campo della carità, caratterizzato dalla nascita di nuove congregazioni religiose dedicate all'assistenza e all'insegnamento in tutta Italia. Durante l'Ottocento, è emersa in modo evidente la contrapposizione tra le posizioni laiche e cattoliche nella sfera scientifica e professionale della medicina, che ha acquisito ulteriori connotazioni politiche nel contesto del Risorgimento e dell'Italia unita. Tuttavia, nonostante tale polarizzazione, esistono molteplici aree di interazione e sovrapposizione tra i due ambiti, in particolare all'interno delle istituzioni assistenziali. La Restaurazione italiana non ha comportato un ritorno ai modelli del passato per quanto riguarda l'assistenza, poiché le strutture ospedaliere sono rimaste sotto il controllo dello Stato e delle autorità locali[200]. Nonostante le tensioni tra laici e cattolici nel contesto medico dell'Ottocento italiano, entrambi si propongono come custodi della morale pubblica e dell'ordine sociale, in particolare nelle aree provinciali. Spesso, collaborano con il clero per dare vita a nuove iniziative di «filantropia e solidarietà sociale»[201]. In questo solco si inserisce l'articolo di dura critica pubblicato su *La Civiltà Cattolica* nel 1852, che presenta l'ospizio Cottolengo di Torino e risponde agli attacchi sferrati in quegli anni all'assistenza sanitaria cattolica da chi vorrebbe tale attività slegata dalla Chiesa:

> «In paesi ed in tempi in cui tanto si superbisce e si chiacchera di filantropia umanitaria, le opere di vera, gratuita, universale beneficenza, e non collo sborsare poco incomodo di una moneta o coll'assistere ad un ballo pei poveri, ma col sacrifizio della propria persona, quelle opere, diciamo, non si hanno che dalla carità cattolica. Chi lo negasse o ne dubitasse solo ci mostri che siasi fatto o si faccia fuori di quella; e quando noi troveremo un Ospizio Cottolengo eretto e mantenuto dai filosofi umanitari, allora penseremo di agguagliare la filantropia alla carità. Trattandosi di

[196] Ibidem.
[197] Donato, M., P., voce *Medicina e la Chiesa Cattolica*, cit, p. 4.
[198] Nasalli Rocca, E., cit, p. 14.
[199] Donato, M., P., voce *Medicina e la Chiesa Cattolica*, cit, 2015, p. 4.
[200] Ibidem.
[201] Ibidem.

> sventure vive, reali, fisiche ed in uomini che hanno carne ed ossa, non saremo tenuti per troppo esigenti se non sappiam contentarci ad articoli di giornali, a declamazioni di Parlamenti, e ad ogni modo vogliamo qualche cosa più consistente delle chiacchiere e delle utopie. I rigeneratori italiani adunque si raccolgano in casa il rifiuto degli spedali, quanto ci è di più lercio e schifoso nella più abbietta mendicità, dal bambolo coperto di scabbie fino al vecchio ulceroso, paralitico ed attratto; dalla reietta del lupanare fino alle meno infelici che sono l'ebete, la cieca, la sordomuta, la mentecatta, l'idiota; dividano con questo popolo di sventurati (italiani s'intende quanto il siano essi) il loro pane, il loro letto, il loro vestito: lo curino, lo alimentino, lo servano con quell'amore onde madre farebbe coi figliuoli; e tutto questo per nulla, neppur pel gusto di farlo sapere ed esserne lodati! signori sì! facciano questo i rigeneratori; ed allora cominceremo a discutere se colla carità cattolica possa entrare in paragone la filantropia. […] Ma finché declamano sulla riabilitazione della plebe, e la scandolezzano intanto colle bestemmie e l'opprimono colle gravezze; finché invadono i diritti della carità, la sottraggono alla Chiesa e laicizzandola la snaturano, vedovando i popoli dei veri suoi conforti per regalargliene dei chimerici; noi diremo sempre e senza molte cerimonie, che essi sono o illusi o ciarlatani o furfanti, dei quali la plebe, se li conoscesse, sarebbe molto generosa a non vendicarsene altrimenti che colle fischiate. […] Dai bambini di tre o quattro anni fino ai vecchi cadenti per la decrepitezza, tutti, purché sian poveri, infermi e privi d'ogni altro aiuto umano, tutti hanno diritto ad esservi ricettati. Anzi la precipua fra le condizioni volute a tal fine si è questa, che o per l'indole maligna del morbo, o per la speciale condizione sua propria, l'infermo non possa essere accettato in verun altro pubblico spedale o stabilimento di carità. La piccola Casa della Divina Provvidenza è, per così spiegarmi, un dizionario vivente di tutte le malattie più sozze o più pericolose, e di tutte le più compassionevoli sventure. Tisici, invalidi, scabbiosi, epilettici, ciechi, sordo-muti, scemi, cancherosi, affetti di scrofola, o divorati da tabe purulenta, trovano qui una casa, un letto, un vitto acconcio, assistenza continua, cure materne, conforto per le cose dell'anima, buon avviamento alla via del cielo, e tutto quel di più che possa immaginare la carità evangelica e il cuore d'un padre»[202].

Questo articolo, espressione della posizione ufficiale della Chiesa cattolica, offre, con l'esempio dell'ospizio Cottolengo, uno sguardo sull'attività assistenziale della Chiesa alla metà dell'Ottocento, mettendo in evidenza anche la sua visione del senso della cura e dell'assistenza sanitaria; inoltre, è palese tutta la polemica del tempo tra fronte ecclesiastico e laico in materia di assistenza, anticipando la disputa che negli anni a seguire si avrà, anche in questo ambito, tra lo Stato nazionale in costruzione e quello della Chiesa.

In Italia, il legame tra la nazione e la religione cattolica è stato unico e irripetibile in altri paesi. La presenza del Papato ha avuto un rilievo eccezionale nella storia italiana, essendo per i cattolici il custode e promotore della vera dottrina, con il dogma dell'infallibilità sancito dal Concilio Vaticano I. Com'è noto, fino al 1870, era anche titolare del potere temporale derivato dalla sovranità su un vasto territorio nel cuore della penisola[203].

A differenza di altri paesi europei, dove il cattolicesimo poteva essere invocato come elemento di comune identità nel processo di costruzione nazionale, in Italia esso è divenuto l'antagonista del movimento di unificazione politica.

Il concetto stesso di nazione cattolica può essere oggetto di diverse interpretazioni, basandosi principalmente sulla omogeneità religiosa del popolo italiano come dato da preservare, ovvero assurgendo a principio normativo e prescrittivo che genera specifiche forme sociali e politiche[204]. Il

[202] *L'Ospizio Cottolengo in Torino*, in «La Civiltà Cattolica», s. 1, Anno 3, v. X, 1852, pp. 130, 132, 134.
[203] Traniello, F., cit, p. 16.
[204] Ibi, p. 17.

conflitto in Italia tra Chiesa e Stato sull'assistenza è reso maggiormente complesso rispetto ad altri contesti per l'idea radicata della specificità cattolica della nazione italiana e della cattolicità della popolazione alla quale il servizio di assistenza è destinato; l'ingerenza statale, l'estromissione della Chiesa da questo tipo di attività e la spoliazione dei suoi beni fanno risaltare il carattere giurisdizionalista dello Stato italiano e, secondo Dalla Torre, della sua mancanza di rispetto per il diritto di libertà religiosa, essendo le opere di carità considerate dalla dottrina cattolica parte integrante del diritto di libertà religiosa tanto quanto il culto. Pertanto, qualsiasi ostacolo o limitazione all'esercizio individuale o collettivo di tali opere viene considerato come una violazione di tale diritto. L'assistenza religiosa deve essere inclusa nel diritto di libertà religiosa in quanto «mira non solo a testimoniare e rendere credibile la fede, ma anche a garantire la libera manifestazione e l'affermazione integrale della dimensione religiosa, che è considerata una componente fondamentale della personalità»[205]. In merito all'ingerenza governativa nella beneficenza cattolica, *La Civiltà Cattolica* scriverà molto in questi anni. Per esempio nel 1863 si afferma:

> «A ridurre in miniatura il ritratto di cotesto monopolio, ecco i tratti principali della sua fisonomia. Il monopolio della beneficenza, usurpato dallo Stato ad esclusione della Chiesa, è: 1. Un'ingiustizia sacrilega, che lede i diritti di una società divina; 2. Un peculato dispotico, che invade la proprietà privata, togliendole la giusta libertà; 3. Una spietatezza irreligiosa, che sottrae ai poveri il balsamo più soave delle loro afflizioni, e l'eccitamento più efficace al sentimento religioso; 4. Uno scisma antisociale, che separa il povero dal ricco, seminando l'odio nel cuore del primo, la noncuranza nel cuore del secondo; 5. Una stolta dilapidazione, che estingue per lo Stato il principio produttivo della ricchezza benefica, e lo costringe a gravare l'erario di spese e a privarlo del titolo di benefico, trasformando in debito il benefizio. […] Rimarrà il lettore in dubbio se cotesti Governi, che usurpano le influenze benefiche della Chiesa, sieno più nemici della Chiesa medesima o di sé stessi»[206].

Per quanto il processo di secolarizzazione dell'assistenza cattolica sia sentito dalla Chiesa come lesivo del diritto di libertà religiosa, questo sentimento non è condiviso da altre confessioni religiose, che invece vedono il processo di laicizzazione della sanità, che va a scapito per lo più della Chiesa cattolica, come foriero di una maggiore tutela del loro diritto di libertà religiosa. Infatti, sono molti i casi documentati di discriminazione e abusi all'interno di istituzioni sanitarie di matrice cattolica ai danni di persone appartenenti ad altre confessioni religiose, sebbene vi siano anche episodi di sensibilità in materia, come dimostrato dall'esempio dell'Ospedale Mauriziano di Luserna San Giovanni, inaugurato nel 1856. Prima della sua inaugurazione, si decide di estendere il servizio alle valli limitrofe a quella di Luserna, così che anche gli abitanti di quelle zone possano beneficiare dell'assistenza ospedaliera. Inoltre, per via dell'alta concentrazione di valdesi nel territorio, il servizio è rivolto, oltre che alla popolazione cattolica, anche a quella riformata, così che anche i valdesi possano accedere alle cure presso il nuovo istituto. In un carteggio privato, recuperato dall'Archivio Storico della Diocesi di Pinerolo, tra Luigi Cibrario, parlamentare del Regno di Sardegna, e Lorenzo Renaldi, vescovo di Pinerolo, il primo si raccomanda che non si vengano a creare attriti tra le due confessioni all'interno del nuovo ospedale con atteggiamenti di proselitismo:

[205] Dalla Torre, G., *L'attività assistenziale della Chiesa nell'ordinamento italiano. Aspetti dogmatici e spunti ricostruttivi*, cit, p. 121.
[206] *Intrusioni dell'influenza governativa nella beneficenza pubblica*, in «La Civiltà Cattolica», s. 5, Anno 14, v. VI, 1863, p. 535.

> «Sono persuaso ch'Ella avrà dato precise e severe istruzioni affinché l'Ispettore, il Segretario Economo, le suore e gl'inservienti si astengano non solo dall'esercitare alcuna pressione qualsiasi verso dei protestanti, ma ben anco delle semplici insinuazioni in materia religiosa; e non tollerino pure che simili cose abbiano luogo per parte di altri ammalati»[207].

E ancora:

> «I cattolici hanno la soddisfazione d'essere certi, né un loro parente od amico ricoverato nello Stabilimento, il quale si trovi agli estremi è assistito e munito di tutti i conforti della propria religione. I protestanti invece possono avere il timore che uno dei loro nello stesso caso, per la prostrazione delle forze fisiche e morali indebolito, possa andar soggetto a pressure od insinuazioni tali da indurlo a rinnegare la propria, ed abbracciare un'altra religione […]. A riguardo quindi di questi opinerei potersi facilitare l'ammissione di alcuno dei loro più prossimi parenti ad assisterli, cui invigilare ben inteso che non ne risultino inconvenienti»[208].

Verso la fine dell'Ottocento, dopo l'avvento della Sinistra storica al Governo e l'approvazione di leggi come quella crispina sulle istituzioni di beneficenza, la Chiesa cattolica perde gran parte del suo potere sulle istituzioni sociali e, soprattutto, quel monopolio che ha esercitato per secoli. Lo Stato non può più concederle ad esempio la direzione delle case per i poveri, quelle degli esposti, degli ospedali, anche solo per il fatto che in essi vivono appartenenti a confessioni religiose differenti[209]. La dottrina del tempo osserva che:

> «La facoltà di amministrare tali beni venne, in conformità alle idee del tempo, assegnata nella pace di Westfalia alla Chiesa; ma nei tempi odierni invece essa ne fu a più riprese spogliata. Con ciò non si commette punto una violazione della proprietà ecclesiastica; sibbene si abroga un diritto pubblico della chiesa, che senza dubbio fu bene acquisito, ma che come ogni diritto pubblico, anche bene acquisito, può e deve essere dallo Stato abolito quando il titolo di tale diritto non corrisponda più ai principi giuridici vigenti»[210].

Questa espoliazione, in primis di potere politico, della Chiesa da parte dello Stato è ravvisabile in forme più o meno radicali anche nei contesti locali, come quello del comune di Alessandria nei primi anni del '900, dove la laicizzazione delle istituzioni sanitarie si accompagna alla negazione del diritto di libertà religiosa, come ricostruito da *La Civiltà Cattolica*:

> «Arrivati i socialisti a impadronirsi del Comune di Alessandria, con le ultime elezioni, misero le mani sull'amministrazione della Congregazione di caritàità e si affrettarono a togliere dalle corsie dell'ospedale tutte le immagini sacre, proibire la preghiera ed ogni pratica religiosa, decretando che neppure i sacramenti dovessero concedersi agli infermi moribondi, senza previa autorizzazione dell'amministrazione. […] Poi vennero licenziate le suore dell'Ospizio di Santa

[207] *Lettera riservata di Cibrario a Renaldi, Torino,* 15 settembre 1855, in Archivio della Diocesi di Pinerolo, Assistenza, Opere pie, Ospedale di Luserna, Cit. in Baral, S., *Storia delle opere sociali della Chiesa Valdese*, Tesi di dottorato, Università degli Studi di Torino e Université Jean Moulin Lyon 3, 2017, p. 323.
[208] Ibidem.
[209] Friedberg, E., Ruffini, F., *Trattato del diritto ecclesiastico cattolico ed evangelico*, Torino, Fratelli Boccia Editori, 1893, p. 685.
[210] Ibidem.

> Marta, come dell'ospedale, intimando lo sfratto entro tre mesi ed assoldando il personale laico che dovesse sottentrare al posto di quelle»[211].

Le dispute tra laicismo statale, confessioni religiose minoritarie e Chiesa cattolica in merito agli elementi religiosi che caratterizzano l'ambito sanitario sono presenti nelle narrazioni delle confessioni esaminate in relazione ad un'altra tematica molto sentita: la gestione della morte, e quindi nel suo luogo emblematico, il cimitero, in cui pensieri e prassi religiosi si relazionano, conciliandosi o scontrandosi con le idee e le prassi igienico-sanitarie. *La Civiltà Cattolica* dedica diversi articoli al tema, in particolare alla disputa sulla cremazione, pratica sostenuta dagli igienisti, e il seppellimento, pratica sostenuta dai religiosi[212] e dogma delle Chiesa cattolica[213]:

> «In ordine alla liturgia entriamo in un cimitero cristiano. Purificata, benedetta e consacrata è la terra che calca il nostro piede. Tale l'ha resa, mercé dei suoi riti, la religione, così richiedendo l'alta nobiltà di quei corpi, che vi giacciono sepolti. Imperocché, sacro essendo il corpo del cristiano, perché mondato col lavacro della rigenerazione, santificato colla unzione del sacro crisma, nutricato colle carni immacolate di Cristo, e intorno a lui aleggiando la certa speranza di risorgere e partecipare l'eterna beatitudine, sarebbe un'onta in degnissima o il gittarlo ad imputridire dovechessia, qual morta bestia, o lo struggerlo colla violenza del fuoco, qual tronco informe, a cui non rimane altra sorte, che quella di venir arso. La Chiesa senti tutto l'orrore di simile indegnità, e perciò rifuggendone, siccome madre pietosa, volle che i corpi dei fedeli suoi figli fossero, quai corpi di veri fratelli, accolti nel medesimo luogo, e così ancora ordinò, che sacro fosse il suolo, in cui giacciono, e che nella sua bruna mestizia facesse balenare la più lieta speranza dell'avvenire. Studiamo ora un po' la liturgia, che ella usa nella benedizione dei cimiteri, e la vedremo fondarsi sul seppellimento dei corpi, e sotto questo riguardo riferirsi alla nobiltà cristiana dei medesimi ed alla ferma speranza della loro beata sorte in futuro»[214].

L'interesse e l'influenza della Chiesa cattolica nell'ambito sanitario non si limitano all'assistenza e alle attività correlate, ma si manifestano anche nel plasmare il nuovo pensiero medico, in senso cristiano. Essa cerca di organizzare la professione medica per difendere meglio le sue posizioni, per superare la concorrenza che le infermiere suore devono fare ai medici e per allearsi contro le superstizioni e in sostegno degli eventi miracolosi che sempre si manifestano in Europa[215].
Nello Stato pontificio a metà dell'Ottocento, per scongiurare il colera, vengono esposte diverse reliquie per l'adorazione dei fedeli, per la cui adorazione il Papa concede l'indulgenza, tra cui la liberazione dal Purgatorio e dall'Inferno[216]. Ancora nel 1911 *La Civiltà Cattolica* recensisce un libro del dott. Vidal, sull'osservanza dei comandamenti di Dio come pratica salutare[217], e nel 1919 pubblica un articolo sulla pandemia di influenza spagnola che mostra una certa diffidenza verso le scienze

---

[211] *Cronaca contemporanea. Cose italiane*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 56, v. III, 1905, p. 742.
[212] *Se la pubblica igiene richiegga l'abolizione del cimitero per la cremazione*, in «La Civiltà Cattolica», S.9, Anno 27, v. X, 1876, pp. 287 – 304; *Se la pubblica igiene richiegga l'abolizione del cimitero per la cremazione*, in «La Civiltà Cattolica», S.9, Anno 27, v. X, 1876, pp. 552 – 567.
[213] *Il cimitero cristiano. Origine dei cimiteri e valore dell'uso di seppellirvi i fedeli defunti in ordine della disciplina*, in «La Civiltà Cattolica», S.9, Anno 27, v. XI, 1876, pp. 34-46; *Il cimitero cristiano, dell'uso di seppellire i fedeli defunti in ordine alla liturgia*, in «La Civiltà Cattolica», S.9, Anno 27, v. XI, 1876, pp. 305-317.
[214] *Il cimitero cristiano, dell'uso di seppellire i fedeli defunti in ordine alla liturgia*, in «La Civiltà Cattolica», S.9, Anno 27, v. XI, 1876, p. 305.
[215] Cfr. Guillaume, P., *Médecins, Église et foi: XIXe-XXe siècles,* Paris, Editions Aubier, 1990.
[216] *Notizie religiose. Stati Romani*, in «La Buona Novella», anno 3, settembre 1854, fascicolo 48, p. 727.
[217] *Riviste della Stampa. Religione e Medicina*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 62, v. I, 1911, pp. 344-347.

mediche, affermando che, laddove la straordinaria difesa immunitaria umana e la scienza fallace non possono arrivare, verrà sempre in soccorso il potere divino:

> «Ai soccorsi della scienza, spesso troppo incerti e di nessuna efficacia, l'uomo deve essere grato alla provvida natura, che pur lasciandolo in seno a una schiera di nemici invisibili, lo ha circondato di sì potenti difese". […] "Nella pandemia influenzale come non iscorgere, al di sopra della scienza e di ogni immunità dell'organismo, un potere sovraumano, divino, che anche col terzo dei flagelli scelto da Davide, percuotendo ad intervalli le creature ragionevoli, le richiama sul diritto cammino?»[218].

La Chiesa cattolica è ancora molto attaccata a posizioni come quella del vitalismo e si oppone alle teorie come il darwinismo che emancipano la medicina dalla metafisica. Nonostante la contrarietà a pratiche specifiche, come l'anestesia[219], non si può dire che la Chiesa sia del tutto contraria alla medicina moderna: per esempio, contribuisce largamente alla diffusione del vaccino, seppur inizialmente diffidente[220].
Inoltre, la Chiesa organizza con successo i medici cattolici nella *Société médicale Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*, fondata nel 1884 a Le Mans, in Francia[221]. Un articolo de *La Civiltà Cattolica* presenta così la società medica cattolica internazionale, originata da quella francese, in visita a Roma per il Giubileo indetto per l'immacolata concezione:

> «Fondata in Roma, pochi mesi fa, è un movimento di reazione contro le vergogne del materialismo brutale in quella delle scienze, che toccando più dappresso la natura dell'uomo e le condizioni della vita umana, più importa che sappia valersi della luce di una sana filosofia e della guida della stessa rivelazione. […] Sono ormai 30 anni che l'Ufficio medico per la verificazione delle guarigioni, studia i fatti di Lurdes, riconosciuti anche da protestanti ed ebrei, invano negati dagli increduli. […]»[222].

La Société médicale di Saint-Luc, Saint-Côme e Saint-Damien, da cui ha origine e impulso la società internazionale e alla quale si rifarà anche l'associazione di medici cattolici italiani che nascerà dopo la Seconda Guerra Mondiale, è una delle prime ad organizzare l'azione dei cattolici in ambito professionale, e presenta diversi archivi originali inediti per un lungo periodo, supportati dalla pubblicazione periodica di un bollettino. Il numero crescente dei membri della Società, dai 150 del 1884 ai 1200 del 1914, e la pubblicazione dei loro scritti fanno uscire dalla marginalità i medici cattolici.
La Società segna gli inizi della settorizzazione dell'azione cattolica, con l'obiettivo di cristianizzare il mondo medico, ritenuto altamente ostile alla religione. Il progetto spirituale individuale della Società, riservato solo ai membri cattolici della professione medica, si oppone ai fini materiali della medicina[223]. Mentre si cerca, in Italia con ritardo rispetto alla Francia, di modernizzare gli insegnamenti nel campo della medicina ed emanciparli dall'influenza della Chiesa[224], la Società

[218] *La Batteriologia e la recente pandemia*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 70, v. II, 1919, p. 140, 142.
[219] Cfr. Cosmacini, G., *La religiosità della medicina. Dall'antichità a oggi*, Bari-Roma, Editori Laterza, 2007, pp. 172-178.
[220] Cfr. Cosmacini, G., *La religiosità della medicina. Dall'antichità a oggi*, cit, pp. 104-109.
[221] Cfr. Guillemain, H., *Les débuts de la médecine catholique en France. La Société médicale Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien (1884-1914)*, in «Revue d'histoire du XIXe siècle», 1-2, 26-27, 2003, pp. 227-258.
[222] *I medici cattolici. Nel giubileo dell'immacolata concezione*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 55, v. II, 1904, p. 450.
[223] Ibi, p. 452.
[224] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 95.

pubblica opere apologetiche destinate a difendere la verità contro le teorie contrarie al vero spirito scientifico, come definito dal Concilio Vaticano I, apprezzando l'importanza capitale dell'insegnamento medico cristiano, stringendo legami con facoltà o scuole considerate capaci di impartire tale insegnamento e incoraggiando ogni pubblicazione medica conforme alla dottrina cattolica[225].

Fin dall'inizio, come indicato dal diploma rilasciato ai membri, il lavoro scientifico e la conoscenza si aggiungono alla preghiera: *scientia et fides*. Questa vocazione accademica in ambito confessionale non può essere disgiunta da una finalità apologetica, resa necessaria dai duri attacchi anticlericali degli anni Ottanta dell'Ottocento e sollecitata da Leone XIII attraverso l'Enciclica *Humanum Genus.* Cinque mesi prima della fondazione della Società, il documento invita tutti i cattolici a lottare, con le proprie competenze, contro l'ateismo e la crescente influenza del razionalismo. La scienza, soprattutto la medicina, è in prima linea nel confronto ideologico, e il pontefice unisce al suo desiderio di riconquista delle anime quello di investimento nella scienza da parte dei fedeli[226]. Il concetto di "scienza cattolica" è anteriore al 1880 e si applica per la prima volta a questioni storiche e bibliche. Si tratta di mostrare il buon accordo tra scienza e fede, in reazione alla scienza anticristiana dell'Illuminismo. La riflessione medica è integrata in questo progetto essenzialmente teologico. Alla fine del XIX secolo, le questioni affrontate, che si tratti dell'evoluzionismo o dell'ipnotismo ad esempio, sono affrontate sempre in chiave teologica pur derivando da specifiche conoscenze della fisiologia, delle scienze naturali, della medicina e della psicologia[227].

Tale approccio permette di distinguere chiaramente la medicina cattolica all'interno del mondo medico, e denota un forte interesse per le questioni mediche applicate ai sacramenti come il battesimo, il matrimonio, nonché quelli che riguardano la morte, il digiuno e l'ascetismo.

I membri del comitato parigino della società dei medici cattolici francesi si interrogano sui casi di impedimenti al matrimonio di donne isteriche, alcuni vedendo nel matrimonio una soluzione definitiva alla malattia, altri sconsigliando quello che sembra un rischio per la coppia. I progressi in campo ostetrico (anestesia e taglio cesareo) e i primi dibattiti sui problemi della fecondazione artificiale mettono alla prova i medici della Società, che contano numerosi specialisti in questo campo e che, come cattolici, sono vigili di fronte all'emergere di tecniche incompatibili con la dottrina religiosa[228].

Tutto ciò che ruota intorno alla natura dell'anima o del cervello, le forme di suggestione e il loro potere terapeutico, le patologie nervose o psicologiche costituiscono il primo campo di ricerca dei medici cattolici. Considerando, accanto alle pubblicazioni, i convegni relativi ai miracoli di Lourdes, affrontati il più delle volte in chiave di suggestione, emerge che una volta su cinque il tema in esame è una questione psicologica. I medici cattolici si trovano quindi su un terreno privilegiato quando si avvicinano al campo medico delle relazioni tra corpo e spirito, delle terapie morali e psicologiche. Viceversa, i temi relativi alle questioni igieniche e sociali (prostituzione, delinquenza infantile, alcolismo, spopolamento) non sono oggetto di attenzione. La medicina cattolica è religiosa e sociale, ma l'ambito della sua azione non copre tutte le preoccupazioni sociali del momento[229].

[225] Guillemain, H., Les débuts de la médecine catholique en France. La Société médicale Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien (1884-1914), in «Revue d'histoire du XIXe siècle», 1-2, 26-27, 2003, p. 230.
[226] Ibi, p. 231.
[227] Ibi, p. 229.
[228] Ibi, pp. 238-239.
[229] Ibi, p. 240.

La preminenza dei medici cattolici tende a emarginare i sacerdoti negli ospedali, nei santuari, ma anche nell'immaginario della malattia e della guarigione, nelle sue attuali rappresentazioni popolari. La loro azione si inserisce in una prospettiva di costruzione di un'apologetica medico-scientifica, significativa anche nella difesa del personale ospedaliero congregazionale, nella critica a pratiche ipnotiche, nella riabilitazione degli stati mistici, nella campagna contro la cremazione dei corpi[230].
L'internazionalizzazione, attraverso la fondazione della rete internazionale e il pellegrinaggio a Roma del 1904, avviene attraverso l'adesione di soci stranieri alla Società e attraverso la partecipazione alla formazione di associazioni analoghe a quella francese in Belgio, Spagna, Italia, Paesi Bassi e Inghilterra a partire dal 1904. La società francese, che è la più antica, funge da modello in una rete ancora embrionale con sede a Roma. In Italia sorgono la "Società medica cattolica sotto la protezione di San Luca", fondata nel 1904, che subentra alla "Società medica S. Antonio Maria Zaccaria" fondata nel 1897 a Milano, e un'associazione nata a Firenze, sempre nel 1904, sotto la guida di un francescano membro della società francese, il dottor Longo[231].
Nello stesso periodo, avviene la celebre conversione di un medico italiano, prima socialista e poi francescano. Si tratta di Edoardo Gemelli (1878-1959), poi padre Agostino, un ex socialista e materialista. Dopo aver conseguito la laurea in medicina nel 1902 a Pavia, sotto la guida di Camillo Golgi (1844-1926), premio Nobel nel 1906 per i suoi studi neuroistologici, vive una profonda crisi di coscienza che lo porta verso la conversione e la scelta di abbracciare la vita francescana. Questa decisione viene accolta come un segno della Provvidenza dalla comunità cattolica, mentre i socialisti la considerano come il «suicidio di un'intelligenza»[232], secondo le parole di Filippo Turati. La notizia suscita grande interesse pubblico, specialmente perché Gemelli è già noto come un medico che difende apertamente l'ateismo[233]. «Gemelli coltiva l'ideale di una *scientia ancilla fidei* e vede la medicina – a partire dalla neuropsicologia che costituisce il campo elettivo del suo interesse scientifico – come quella che reclamava più vivamente un completamento filosofico, neoscolastico, onde trasformarsi in uno strumento apologetico, in una introduzione razionale alla fede»[234]. Anch'egli è un grande sostenitore delle guarigioni di Lourdes con prediche e conferenze, e reagisce alla campagna d'opinione "laicista" sostenuta da quei medici che vogliono demistificare i "presunti miracoli" asseverati dai "lourdisti". In Italia, alcuni clinici come Tommasi escludono la metafisica dalla pratica medica, ora però ribadita proprio da un medico. Questo segna un cambiamento nella cultura medica del XX secolo, dove si assiste a una "reazione alla scienza" coinvolgendo sia idealisti come Croce che spiritualisti come Gemelli. Anche nel campo della medicina, la scienza una volta dominante si sta trasformando in una disciplina secondaria all'ideologia cattolica. Mentre i protagonisti della riforma religiosa del passato si basavano su fonti spirituali, l'attuale riforma sociale e civile vede i suoi sostenitori attingere da fonti scientifiche[235].

1.3.2. L'assistenza sanitaria evangelica e gli ospedali valdesi.

Anche la Chiesa valdese si occupava di assistenza ai poveri, in particolare evangelici. Questa sensibilità è data dalla coscienza civile che ha sempre contraddistinto le Chiese evangeliche e quella

[230] Ibi, p. 242.
[231] Ibi, p. 256.
[232] Cit. in Cosmacini, G., *La religiosità della medicina. Dall'antichità ad oggi*, cit, p. 137.
[233] Ibidem.
[234] Ibi, pp. 137-138.
[235] Ibi, p. 142.

valdese nello specifico. La nascita di scuole, istituti assistenziali, ospedali e case per anziani era motivata principalmente da ragioni di fede: l'obiettivo era garantire ai valdesi l'assistenza di cui avevano bisogno, considerato che le istituzioni pubbliche, all'epoca controllate dal clero cattolico, non offrivano tali servizi senza condizionamenti di natura religiosa[236]. Questo avveniva attraverso singoli membri del clero che svolgevano il ruolo di diaconi, tramite la creazione di diaconie indipendenti[237], o con l'assunzione da parte dell'intero corpo pastorale di questa responsabilità[238].
È fondamentale sottolineare che tutti gli organi ecclesiastici valdesi operano in modo collegiale piuttosto che individuale, e hanno l'obbligo di rendere conto delle loro azioni - incluse quelle dei soggetti da loro designati - alle assemblee che avevano eletto i membri, essendo soggetti al controllo di specifici organi assembleari[239].
Veri e propri enti vengono costituiti quando i Concistori delle chiese locali, insieme alla Tavola valdese, il principale organo di gestione e amministrazione, necessitano di possedere beni sia mobili che immobili per portare avanti le loro attività istituzionali. Nel corso dei secoli, ciascuna di queste entità ha istituito un proprio ente patrimoniale con gestione diretta[240]. Gli enti ecclesiastici valdesi hanno incarnato i tre fini di culto, istruzione e beneficenza in modo unitario, agendo come veicoli di tali fini da perseguire mediante i loro organi amministrativi secondo i principi del loro ordinamento confessionale. Grazie alle attività volte a promuovere questi obiettivi, tali enti hanno ottenuto riconoscimento giuridico, inizialmente nel Ducato di Savoia e in seguito nel Regno di Sardegna prima e d'Italia dopo[241].
Il concetto di beneficenza è esemplificato dal termine "diaconia", che indica il servizio offerto dai credenti ai bisognosi di sostegno e solidarietà. Le opere di beneficenza, come espressione della fede dei credenti, sono emerse parallelamente alla predicazione e all'istruzione nelle Chiese della Riforma, poiché il servizio a Dio è inseparabile dall'aiuto al prossimo[242].
Le ragioni che hanno portato a esprimere i tre fini sopra menzionati in modo unitario sono di natura storica, politica e religiosa.
A partire dal XVI secolo, le comunità valdesi insediate nelle vallate alpine dovettero fronteggiare persecuzioni e pressioni esterne di natura politico-religiosa, finalizzate alla loro estinzione. Dopo il trattato di Cavour del 1561, riuscirono a mantenere la loro presenza nelle valli del Pellice, del Chisone e della Germanasca, preservando la propria struttura ecclesiastica. Tuttavia, vivevano in una sorta di isolamento, privati dei diritti civili dallo Stato e confinati in un "ghetto alpino". Non potevano partecipare ad attività collettive, in particolare in ambito educativo e nelle opere di beneficenza, che invece venivano sostenute dalla pubblica amministrazione per la popolazione cattolica attraverso ordini religiosi e istituzioni ecclesiastiche. È quindi chiaro che la nascita degli enti di beneficenza valdesi fu strettamente legata alla necessità di proteggere la loro identità confessionale[243].

[236] Cavaglion, A., cit, p. 28.
[237] Pertanto, come specificato da Giorgio Peyrot, non stiamo parlando di enti dotati di una propria personalità giuridica secondo la normativa statale. Nondimeno, tra la fine del XIX secolo e l'inizio del XX secolo, si sono verificati alcuni casi di riconoscimento giuridico, grazie all'intervento delle autorità locali o all'azione di privati, come è il caso del Rifugio "Re Carlo Alberto" di cui si parlerà in seguito.
[238] Friedberg, E., Ruffini, F., cit, p. 685.
[239] Peyrot, G., *Le "Opere pie" delle chiese valdesi*, «Città & Regione», 11-12, 1978, p. 134.
[240] Ibi, pp. 134-135.
[241] Ibi, p. 136.
[242] Ibidem.
[243] Ibi, p. 137.

Queste attività furono organizzate tramite istituti e opere che offrivano servizi al pubblico valdese in conformità alla loro fede. Esclusi dalla partecipazione alle istituzioni pubbliche, i valdesi dovettero provvedere da soli ai propri bisogni, vivendo in una condizione di oppressione ed emarginazione. Anche dopo il 1848, quando vengono emancipati, come è stato già detto, i valdesi non possono svolgere liberamente le loro pratiche religiose. L'ordinamento valdese prevede solo enti patrimoniali gestiti dalla Chiesa con lo scopo di servire esclusivamente gli interessi di essa. Le autorità statali e cattoliche, strette alleate, non permettono ai valdesi di creare enti autonomi per gestire istituti pubblici a beneficio della popolazione non valdese. Invece, viene concesso loro, con dei limiti, di promuovere istruzione e beneficenza all'interno della comunità valdese[244]. L'unità dei tre fini integra una difesa confessionale contro la pressione cattolica, che agli inizi è anche violenta grazie al supporto dello Stato confessionale. Successivamente, anche nel contesto di emancipazione, questa pressione viene esercitata attraverso tutti i mezzi di potere e di controllo di cui una maggioranza significativa può disporre nei confronti di una minoranza che si trova in una posizione svantaggiata[245]; questo clima di pressione e intolleranza all'interno delle istituzioni pubbliche di cura e in quei campi che rientrano o incrociano il tema sanitario è riscontrabile in diversi episodi, di cui ora daremo conto, concernenti le cure domiciliari, l'ambito funerario e cimiteriale e quello ospedaliero.

Per quanto riguarda le cure domiciliari le fonti valdesi riportano in particolare due casi, entrambi avvenuti nel regno di Toscana, a metà del XIX secolo, a distanza di dieci anni l'uno dall'altro. In quegli anni c'è molta attenzione al regno governato da Leopoldo II, sia da parte della stampa cattolica che mette in guardia l'opinione pubblica dall'evangelizzazione della Toscana, sia da parte della stampa evangelica che invece denuncia soprusi e atti di intolleranza religiosa: si ricordino i coniugi Mediai. Nel primo caso del 1851, a Firenze, arriva un medico cattolico nella casa di un ammalato di fede evangelica, che cerca inutilmente di convincerlo a farsi confessare. Ma l'ammalato insiste dicendo di essersi convertito alla fede evangelica, per rigetto al cattolicesimo, dopo aver conosciuto alcuni preti. Allora il dottore:

> «che è un bigotto, avvisò i frati. Il curato maggiore con un altro minore si portarono subito alla casa del malato: dissero, pregarono, ridissero e ripregarono, ma era già sera e nulla avendo ottenuto, lasciarono la casa dell'ammalato, e avvisarono il Governo, il quale fece vigilare la casa per sapere chi ci andava. Il medico ebbe ordine, onde togliere lo scandalo e tutti gli imbarazzi, di far trasportare il suddetto malato all'ospedale; ma due amici che erano arrivati da poco tempo a fargli visita, e che erano destinati ad assisterlo nel corso della notte, si opposero all'ingiunzione del medico, e non permisero che ciò si effettuasse e si offersero affinché restasse nel proprio letto. Partito il medico, entrarono nella camera 4 gendarmi i quali intimarono l'arresto i due amici dell'infermo. Dissero che ci pensavano loro al malato e mandarono via i due amici. Le case dei due amici furono perquisite. Il giorno dopo era un andare e un venire di frati, e invano si davano gran molo, l'infermo non voleva ricevere quanto essi volevano dargli. Finalmente sembra che il povero uomo fosse assalito da una febbre più violenta che lo trasse in delirio: questo momento fu quello di cui si approfittarono i frati, onde in tutta fretta comunicarlo. La così detta comunione arrivò alla casa dell'infermo; otto frati soli circondarono il letto onde evitare il caso di vedersi rigettare quanto gli davano, e si vuole che per introdurgli l'ostia gli aprissero a viva forza la bocca. Adesso si attende che guarisca per condurlo probabilmente in prigione»[246].

[244] Ibi, pp. 137-138.
[245] Ibi, p. 138.
[246] Ibidem.

Il secondo caso, avvenuto sempre a Firenze, nel 1860, riguarda un altro malato, Dante Orselli, che i medici hanno cercato di convertire.
Per quanto riguarda l'intolleranza religiosa nei confronti degli evangelici in materia di sepolture, la maggior parte di casi segnalati risale a metà dell'Ottocento. Nel 1852, a Voghera, dove «non esisteva un campo acattolico», un defunto evangelico viene seppellito in campo santo per accoglienza di un «parroco per niente romano» e di «una cittadinanza cattolica incivilita che conosce il rispetto dei diritti altrui»[247]. Questo non è successo alcuni anni prima ad Aosta nel caso del «maggiore B. Bonnet», il quale, per il fatto di essere di confessione valdese non è stato seppellito nel Campo Santo, né in una sua zona distinta, «bensì a mezzanotte, e portatovi ignominiosamente da quattro soldati, sotto la via pubblica!!!»[248]. Nello stesso anno, a Veigy, si chiede al sindaco di seppellire un defunto valdese nella parte non consacrata del cimitero e di poter celebrare i funerali secondo il rito valdese, ma l'autorizzazione non viene accordata: anzi, il padre del defunto viene minacciato dal parroco del paese e in aggiunta, nei mesi seguenti, viene arrestato con l'accusa di avere offeso la religione di Stato[249].
Un altro episodio del 1852, avvenuto a Novara, riguarda anch'esso il tentativo dei familiari di un defunto evangelico di farlo seppellire nel cimitero comune, secondo i riti della sua religione, ma l'autorità ecclesiastica della Città cattolica ottiene che il defunto sia trasportato nel cimitero evangelico di Torino[250]. Nel 1861, un evangelico di Cornegliano è stato sepolto a Genova non essendone stata autorizzata l'inumazione nel cimitero comune della sua città. Tuttavia, la salma fu portata «non già a Staglieno ove trovasi il cimitero dei nazionali evangelici, ma sibbene sulla spianata della Cava, ove il cimitero particolare della Comunione evangelica svizzera, dove fu abbandonata la bara e dove fu ritrovata il seguente mattino, mal menata, rotta, e scoperchiata, a sommo scandalo dei viandanti»[251].
Nel 1861, nel neo eretto Regno italiano, la questione sembra risolversi, almeno per gli evangelici con una circolare del ministro dell'Interno Minghetti:

> «Le leggi e le discipline che regolano lo stabilimento, la destinazione e il trasporto dei cimiteri, e le inumazioni dei cadaveri anche fuori delle località ove avvenne la morte, informate al generale principio di abolire nell'interesse della pubblica igiene qualunque privilegio, meno poche e ben definite eccezioni, non potevano di conseguenza rinvenire nelle differenze dei varii culti professati dai diversi regnicoli una causa od un titolo sufficiente alla limitazione del generale principio sanzionato nelle disposizioni medesime, quello cioè che tutte le inumazioni debbano indistintamente aver luogo nei cimiteri comuni. Considerazioni d'un ordine affatto estraneo ai principi della salute pubblica e direttamente collegate colle differenze dei riti e delle credenze religiose professate dalle popolazioni, consigliano però la convenienza di ammettere dentro i limiti dello stesso ed unico recinto (ove già non ne esista uno apposito) una separazione di luogo a favore degli acattolici, nell'unico scopo di prevenire per quanto è possibile quelle opposizioni e quelle rimostranze che non mancarono di suscitare, benché in casi rarissimi ed eccezionali, le inumazioni promiscue, e che trovano il principale loro fondamento e la più naturale esplicazione in inveterate abitudini. Ciò posto lo scrivente avvisa opportuno di richiamare l'attenzione dei signori Governatori, Intendenti generali ed Intendenti sull'argomento, onde con sicure norme ed

[247] Bert, A., *Una sepoltura evangelica a Voghera*, in «La Buona Novella», anno 1, febbraio 1852, fascicolo 14, pp. 204-205.
[248] Ibi, p. 206.
[249] *Carceramento per fatto di religione*, in «La Buona Novella», anno 1, giugno 1852, fascicolo 30, p. 463.
[250] *Cimiteri evangelici*, in «La Buona Novella», anno 1, settembre 1852, fascicolo 44, p. 684.
[251] *Libertà religiosa. Un altro atto di schifosa intolleranza*, in «La Buona Novella», anno 10, gennaio 1861, fascicolo 2, p. 18.

uniformi direzioni possano all'evenienza dei casi attenersi a quelle prescrizioni che siano più consentanee agli esposti principii.
Ritenuta quindi la massima generale che le inumazioni tutte debbano aver luogo nei recinti dei cimiteri comuni, verrà in questi (ove già non esistano località all'uopo) destinata una parte dell'area da distinguersi dalla rimanente con fossa, muro o siepe, a norma dei casi e dell'importanza edilizia del luogo, pei seppellimenti degli acattolici, salvo alla podestà ecclesiastica di premettere i riti e le formalità solite praticarsi dalla medesima in tali contingenze. Egualmente una parte separata del cimitero comune dovrà essere destinata all'inumazione dei bambini nati da genitori cattolici e morti prima del rito battesimale. Ma ogni classificazione fra i defunti che appartennero allo stesso culto, come pei suicidi, pei giustiziati e simili non dev'essere ammessa, giacché la separazione di sepoltura entro il recinto comune è fondata unicamente sulla differenza dei culti professati dalla popolazione. E qui giova avvertire che se i principii diversi di culto professati dai varii popoli appresero a tutte le nazioni più colte sì antiche che moderne il rispetto e la pietà verso gli estinti, non per questo debbonsi considerare i cimiteri dal lato solamente religioso, ma eziandio come istituzioni eminentemente civili, e quindi sarà sempre giusto e conveniente che i medesimi siano opportunamente regolati o diretti dalle civili Autorità. Torino, addì 31 marzo 1861»[252].

Da questa circolare è evidente che i tempi stanno cambiando; osserviamo come, riguardo al tema dei cimiteri, si tenti di trovare un equilibrio tra le norme di igiene pubblica e il rispetto della libertà religiosa, il tutto sotto l'ombrello delle leggi laiche statali.
Per quanto riguarda l'ambito ospedaliero, vi sono notizie di discriminazione ancora nel primo decennio del Novecento. Nel 1908, all'Ospedale civico di Brescia, un prete cerca di convertire una bambina malata, dicendole che per salvarsi deve entrare nella Chiesa cattolica «la quale è al giorno d'oggi quello che era l'arca di Noè al tempo del diluvio». In quel caso, il pastore evangelico riuscì a ottenere dalla Direzione, che «l'intollerante ecclesiastico» fosse richiamato all'ordine[253].
Anche, a Milano, negli stessi anni, si registrano episodi in cui gli ammalati poveri evangelici «non sempre sono trattati con quella libertà e quel rispetto dell'altrui coscienza, che si ha diritto di esigere [in quegli anni] dagli Istituti Ospitalieri»[254]. Si riporta il caso di una donna ricoverata all'Ospedale succursale nel reparto di maternità verso la quale:

«la monaca e le infermiere si comportarono […] nel modo più sleale e vergognoso. Perché non voleva confessarsi né comunicarsi. […] Tale esempio da parte delle monache e delle infermiere fu facilmente seguito dalle altre ammalate ricoverate nella medesima sala, le quali spinte dal fanatismo dimenticarono che la [donna] era una loro sorella, nel comun dolore, e si scagliarono contro di lei con ogni sorta d'ingiurie e di motteggi»[255].

Un'altra inferma ricoverata all'Ospedale Maggiore:

«fu quasi sempre oggetto di scherni e di vituperi da parte delle altre ammalate e di violenze da parte delle monache. […] La monaca ha fatto ogni suo possibile per indurre [l'inferma] a farsi

[252] *Libertà religiosa. La questione delle sepolture*, in «La Buona Novella», anno 10, aprile 1861, fascicolo 7, pp. 111-112.
[253] *Nella penisola e nelle isole. Notizie delle nostre chiese. Brescia*, in «La Luce propugna gli interessi sociali, morali e religiosi in Italia», anno 1, sett. 1908, fasc. 38, p. 7.
[254] Borgia, D., *Corriere Milanese. Violenze negli istituti ospitalieri*, in «La Luce propugna gli interessi sociali, morali e religiosi in Italia», anno 3, sett. 1910, fasc. 38, p. 5.
[255] Ibidem.

> cattolica; avendo ottenuto sempre un reciso rifiuto, ricorse all'oscura violenza; e, sorprendendo l'ammalata quand'era addormentata, le mise una medaglia al collo [e] la corona del Rosario nelle mani. Svegliatasi, tosto che si accorse dell'offesa alla sua coscienza, prese la medaglia e la corona e le gittò in mezzo alla sala! Naturalmente che quell'atto produsse una specie di scandalo nelle altre cattoliche romane, per le quali — medaglia e corona — sono coso sacre, e alcune gridarono al sacrilegio. […] Quell'atto provocò maggiore indignazione nel cuore di altre ammalate cattoliche, quindi nuovi accenti d'ira, grida ed altri guai risonarono in quell'aria»[256]

Un altro ricoverato all'Ospedale Maggiore, in fin di vita, subisce forti pressioni per essere confessato e infine viene costretto a prendere l'ostia, morendo poi alla presenza del pastore evangelico. «Il prete credeva di aver riportato una grande vittoria con quell'atto. […] Preti e monache credevano di preparare i funerali secondo il rito cattolico romano; facendo credere che [fosse stato il ricoverato ad aver] chiamato il prete e che si era confessato e comunicato [di sua volontà]». I testimoni nella stanza avvisano però i parenti del defunto della violenza avvenuta e, nonostante le proteste dei cattolici, il funerale viene celebrato secondo il rito evangelico[257].

Come viene osservato, «[n]on tutti hanno il coraggio di resistere alle violente oppressioni, e molti finiscono per sottomettersi commettendo atti d'ipocrisia, pur di essere lasciati in pace, in quei domicili coatti, che dovrebbero essere case di amore [e cura] per tutti»[258]. Casi di intolleranza si registrano anche negli anni difficili del primo conflitto mondiale, come quello avvenuto nel 1916, all'ospedale Gozzadini di Bologna. Alberto Burattini, pastore evangelico di quella città, viene invitato dal pastore di Parma ad andare a visitare un soldato evangelico ferito in un combattimento, essendo stato informato che «si stava commettendo un'azione ignominiosa: un povero soldato evangelico gravissimamente infermo e con febbre altissima veniva torturato moralmente perché avesse ad abiurare la religione evangelica». Nel corso dell'incontro il pastore domanda all'ammalato se sia evangelico, come gli è stato scritto. «L'infermo rima[sto] confuso e muto. Rispo[nde] per lui un parente che [è] al fianco del letto: "si, fino a ieri, mio nipote professava l'eresia evangelica, ma fortunatamente ieri sera è ritornato nel seno della S. Chiesa cattolica"». Allora il pastore si rivolge all'infermo e gli chiede per quale motivo abbia abiurato la religione evangelica, il soldato risponde «con un fil di voce e le lacrime agli occhi: "che vuole, se non facevo quello che volevano loro continuavano a torturarmi"». Il pastore manda allora a chiamare il prete Arbinolo Amedeo, responsabile del presidio, e lo interroga, ma quello «alz[a] la voce come ossessionato imponendo, minacciando e poco mancò che ai modi villani, alle parole volgari non aggiungesse la violenza personale». Di questa scena sono testimoni medici e infermieri «e anzi una dama della Croce Rossa redargu[isce] il caporale-prete richiamandolo alle più elementari regole di educazione e al rispetto delle opinioni altrui, ma l'Arbinolo rispo[nde] che egli [è] il padrone in quel luogo e che non accetta[…] osservazioni». Nel frattempo, il soldato, in un momento di tregua dal suo dolore e in stato di lucidità, alla presenza del Maggiore Gardini e di due testimoni dichiara che «la sera precedente aveva abiurato la religione evangelica ma che aveva compiuto quell'atto in uno stato di semi-inconscienza e che ora nella pienezza della sua intelligenza, [si] dichiara[…] evangelico e che tale [vuole] rimanere». Il giorno dopo il maggiore dichiara al pastore Burattini di aver investigato e che effettivamente «al soldato era stata usata violenza morale; disse che aveva fatto un rapporto al colonnello; assicurò che sarebbero state prese misure disciplinari contro il colpevole e autorizzò il

[256] Ibidem.
[257] Ibi, p. 6.
[258] Ibidem.

pastore a visitare l'ammalato quando avesse voluto»[259]. Ciononostante, Amedeo ha continuato a prestare servizio presso lo stesso Ospedale.
Questo episodio testimonia molto bene il tipo di vessazioni di cui si dà conto in quegli anni, negli ospedali, ai danni di infermi di religione diverse dalla cattolica, e mette in luce che la violazione della libertà religiosa dei ricoverati si basa su due elementi ricorrenti: la fragilità delle vittime dovuta alle condizioni fisiche e lo squilibrio di potere, dovuto sempre alla condizione di affidamento nei confronti di una istituzione, dalla quale dipendono le vite degli internati in questo tipo di comunità separata, e nel caso specifico (ma non isolato nei contesti di guerra) anche all'intersezione della condizione di infermo con quella di soldato, subordinato ai gradi dal regolamento militare.
Non mancano però esempi positivi di tolleranza da parte di membri del clero cattolico e istituzioni sanitarie. Ad esempio, a seguito del terremoto di Messina del 1908, nell'Ospedale di Catania «regn[a] la maggiore tolleranza ed il più gran rispetto per la libertà di coscienza»[260], e «le Suore di Carità fanno a gara con le nostre sorelle [evangeliche], trasformate in infermiere, per lenire tanti dolori»[261]. Nel 1909, nei confronti di una donna evangelica trasportata in fin di vita all'ospedale Fatebenesorelle (diretto da suore cattoliche), «suore, infermiere ed ammalate [si mettono a] gareggiare [nelle] cure e delicatezze […] rispettando, al tempo stesso, caso strano, la fede sua»[262]. Nel 1910, un pastore in visita a una degente nell'Ospedale civico di Chivasso resta sorpreso per la disponibilità e la curiosità del personale sanitario durante il servizio di assistenza spirituale alla correligionaria inferma, dove «una squadra di suore, capitanata dalla superiora, e dal direttore laico dell'ospedale [sono] tutti intenti e raccolti ad ascoltare»[263]. Nel 1918, la stampa valdese riferisce di un cappellano dalla Croce Rossa di Trani, che aveva cercato un pastore valdese per la cura delle anime degli evangelici in quel presidio sanitario[264].
Tra le varie iniziative di beneficenza promosse dalla Chiesa valdese, spicca l'assistenza ospedaliera, che riflette l'attenzione e l'importanza per il tema sanitario. Questa importanza è testimoniata anche da un accadimento avvenuto nel 1859, durante la guerra tra i franco-piemontesi e l'Austria: la nascita del primo organismo internazionale che opera nei contesti di guerra per limitare le stragi umane, la Croce Rossa, su iniziativa di un gruppo evangelico ginevrino, che fruisce dell'apporto valdese attraverso i fratelli Giorgio e Luigi Appia. In qualità di medico, Luigi Appia non si limita a curare i feriti, ma si dedica anche allo studio dei problemi legati all'organizzazione degli ospedali, ai metodi e agli strumenti di soccorso immediato. Sin dalla sua fondazione, la Croce Rossa conta sul supporto e sull'appoggio della comunità valdese[265].
Negli anni Quaranta dell'Ottocento prende avvio il primo presidio sanitario valdese nelle valli. Per i valdesi la salute è, dopo la grazia di Dio, il bene più grande, essendo la condizione in cui ogni uomo può assolvere al meglio il compito che la Provvidenza gli ha imposto: trascurandola gli uomini possono allontanarsi dal disegno di Dio, rendendo inutili i suoi disegni per loro. Prevenire è meglio che curare, ribadiscono i valdesi, così nell'istruzione, nella politica e soprattutto nella salute, in totale

[259] Burattini, A., *L'intolérance en italie. Si ritorna al medio evo!*, in «L'Écho des vallées», anno 52, 4 ottobre 1916, fascicolo 31, p. 2.
[260] Muston, A., *Dal Presidente*, in «La Luce propugna gli interessi sociali, morali e religiosi in Italia», anno 2, genn. 1909, fasc. 3, p. 3.
[261] Ibidem.
[262] G. G., *I nostri morti, Lazzarini Giuseppina*, in «La Luce propugna gli interessi sociali, morali e religiosi in Italia», anno 2, dic. 1909, fasc. 51, p. 4.
[263] Rostan, F., *Dalle antiche provincie*, in «La Luce propugna gli interessi sociali, morali e religiosi in Italia», anno 3, gen. 1910, fasc. 1, p. 5.
[264] Fiorioli Della Lena, F., *Un bell'esempio di libertà religiosa*, in «L'Écho des vallées», anno 54, ottobre 1918, fascicolo 41, p. 3.
[265] Comba E., Santini L., cit, pp. 160-161.

coerenza con il loro pensiero religioso e sociale[266]. E ancora, in pieno spirito evangelico di responsabilità verso l'operato dell'uomo, si ribadisce che se ci sono mezzi che Dio ha messo alla portata degli uomini per la preservazione della salute, essi non vanno trascurati, bensì utilizzati; qui si nota anche l'importanza che si dà all'assistenza e alla cura e alle scienze mediche, in particolare per l'igiene come branca della medicina che si occupa della prevenzione delle malattie. La Chiesa valdese dà negli anni anche consigli pratici di igiene, comprensibili e applicabili da tutta la popolazione. Emerge un interesse all'informazione, congiunto all'assistenza e alla presa in cura della popolazione in forme base di profilassi. Con l'informazione sanitaria veicolata alla comunità valdese si presenta l'elevato tasso di errori e pregiudizi nella medicina. Si sostiene che mentre nelle altre scienze e arti, anche nelle professioni semplici, viene riconosciuta la competenza degli esperti, quando si tratta di malattie o di medicina, tutti pretendono di sapere senza aver imparato nulla. Viene così ribadita, in seno alla Comunità, l'importanza dell'arte del curare e di sapersi affidare ad esperti in tale arte, essendo pericoloso che ognuno si improvvisi tale[267].
Nell'opera informativa che la Chiesa valdese fa sul tema sanitario, in tempi più maturi, ci sarà anche il tema del sostegno alla maternità, contro la mortalità infantile, incentivando anche il sostegno, tramite una raccolta fondi, di un'opera di assistenza, fisica e morale, alle donne povere, un mese prima e un mese dopo il parto e, se necessario, fornendo anche assistenza per l'allattamento al seno[268].
All'interesse della Chiesa valdese verso l'opera di informazione della comunità si affianca quella concreta di predisposizione dei presidi sanitari per i correligionari, per evitare, come si è detto sopra, che questi debbano avvalersi degli altri ospedali dove, nei loro confronti, subiscono pressione a scopo di conversione[269]. Nei centri ospedalieri delle province, infatti, dove i valdesi possono finalmente essere accolti, si verificano frequentemente atti di intolleranza e coercizione per ottenere una dichiarazione di abiura dai pazienti ricoverati. Questi episodi ricorrenti rendono sempre più urgente e imprescindibile la creazione di una struttura dedicata all'accoglienza dei valdesi bisognosi di cure, al fine di proteggerli da sofferenze morali non meno gravi di quelle fisiche[270]. La Chiesa valdese così si adopera in termini concreti per andare incontro alle esigenze di assistenza sanitaria della popolazione [271] aprendo il primo ospedale a Torre Pellice.
Esso nasce dalla collaborazione di diversi soggetti, frutto di un periodo di rinnovato interesse nei confronti delle comunità valdesi e della salute dei più bisognosi. Le élite valdesi giocano un ruolo chiave nel mediare tra i finanziamenti stranieri e i bisogni locali, contribuendo attivamente alla modernizzazione della società delle Valli valdesi[272].
I coniugi Geymet, con l'idea di creare un ospedale per la popolazione valdese, cercano di attivare una colletta tra tutti quei Paesi e città europee dove sono presenti comunità protestanti, che possono avere a cuore la comunità valdese[273]. Grazie all'avallo della Tavola, l'iniziativa ottiene maggiore visibilità

[266] *Hygéne: de la Santé*, in «L'Écho des vallées», anno 1, dicembre 1848, fascicolo 6, pp. 99-100.
[267] Hygiène populaire. Erreurs et prejuges en cas de maladie, in «L'Écho des vallées», anno 4, febbraio 1869, fascicolo 6, pp. 42-44.
[268] Chocarn, S., *Questions morales et sociales. Un oeuvre d'assistance maternelle*, in «L'Écho des vallées», anno 37, 11 luglio 1902, fascicolo 23, p. 1.
[269] Peyrot, G., *Le "Opere pie" delle chiese valdesi*, cit, p. 137.
[270] Mathieu, G., *Profilo storico-giuridico degli Istituti Ospitalieri Valdesi*, Tesi di Laurea in Storia del diritto italiano, Facoltà di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Torino, 1973, p. 23.
[271] Taccia, A., *Gli ospedali valdesi di Torre Pellice e Pomaretto. Passato, presente e futuro, 1821-2002*, supplemento a «Il Quaderno degli Ospedali Valdesi», 4, 2002, p. 2.
[272] Baral, S., *Storia delle opere sociali della Chiesa Valdese*, Tesi di dottorato, Università degli Studi di Torino e Université Jean Moulin Lyon 3, 2017, p. 93.
[273] *Fondation de l'Hôpital Vaudois*, in «L'Écho des vallées», anno 4, 21 maggio 1869, fascicolo 20, pp. 162-165.

e molti nuovi contatti[274]. I coniugi Geymet, grazie al sostegno di amici e contatti internazionali, raccolgono fondi per realizzare il progetto e si fanno carico dell'iniziativa dell'opera sotto la protezione del patronato della Tavola valdese[275]. Il conte F. L. di Waldburg Truchsess, ministro di Prussia presso la corte di Torino, si espone molto per la fondazione dell'ospedale di Torre Pellice, portando la questione all'attenzione delle corti europee[276]. Così, al Congresso di Verona del 1822, egli ottiene dall'imperatore Alessandro I di Russia diverse migliaia di franchi, di cui una parte per l'acquisto dei locali dell'ospedale[277].

Nel gennaio del 1822 la Tavola scrive al Re Carlo Felice chiedendo il permesso per costruire il primo ospedale a Torre Pellice, autorizzazione che arriva dall'Intendente Caccia ad agosto dello stesso anno. La richiesta non incontra ostacoli particolari, visto che le disposizioni della normativa sabauda in materia sono favorevoli alla causa. Tra queste vi sono il principio del rispetto dei desideri dei fondatori e la possibilità per i valdesi di assistere i propri malati. Tuttavia, il motivo principale per cui lo Stato favorisce l'apertura dell'Ospedale valdese è quello di evitare di dover accogliere persone non cattoliche nei comuni ospedali[278]. Al tempo stesso, rimangono alcune limitazioni proprie dell'epoca precedente all'emancipazione, e l'erezione dell'Ospedale è concessa senza riconoscerlo come corpo morale capace di possedere beni[279].

Il progetto dell'Ospedale è affidato a Pierre Bert, pastore di Torre Pellice, che per affrontare al meglio questa sfida decide di formare una squadra di collaboratori, che sarebbero diventati i membri della futura Commissione dell'Ospedale. È evidente che la gestione di un ospedale necessita di competenze diverse da quelle del corpo pastorale. Pertanto, Bert si rivolge a personalità laiche di spicco, diventando un esempio di inclusione di personale non ecclesiastico nella Tavola valdese[280].

Alla fine dell'agosto 1823, si tiene un Sinodo a S. Germain, che approva la richiesta e il progetto di regolamento da presentare al Governo [281]. Il regolamento istituisce ufficialmente una Commissione responsabile della direzione dell'Ospedale, composta da sette membri. La presidenza spetta al pastore Bert, mentre un altro membro fisso è il sindaco del Comune, qualora valdese. Tre membri vengono eletti dal Sinodo, uno per ognuna delle tre valli, assicurando la rappresentatività del territorio. Le competenze della Commissione sono fornite a titolo gratuito. Inoltre, vi sono un tesoriere e un segretario eletti tra i membri della Commissione. Il consiglio di amministrazione, composto da rappresentanti pubblici e membri del clero, si occupa della gestione della sanità nelle Valli, escludendo la parte cattolica, coerentemente a quanto avviene nelle Congregazioni di carità locali dove i non cattolici non sono ammessi[282].

La Tavola valdese avrà un ruolo predominante. La Commissione le sottopone le decisioni rilevanti per l'approvazione, oltre a occuparsi delle ispezioni periodiche allo stabilimento.

Il progetto suscita preoccupazione nella Diocesi di Pinerolo, che non riesce a frenare i progressi dei valdesi. I Vescovi si adoperano per denunciare qualsiasi violazione delle norme da parte dei valdesi, spingendoli a rispettare scrupolosamente le limitazioni imposte dagli editti regi. Nel 1834, il vescovo

[274] Baral, S., cit, p. 100.
[275] Mathieu, G., *Profilo storico-giuridico degli Istituti Ospitalieri Valdesi*, cit, p. 28.
[276] Comba E., Santini L., cit, p. 138.
[277] *Fondation de l'Hôpital Vaudois*, cit, p. 421. H. B., *Alexandre I et l'Hôpital Vaudois,* in «Le Témoin. Echo des vallées vaudoises», anno XIV, n. 5, febbraio 1888, p. 33.
[278] Baral, S., cit, p. 154.
[279] Mathieu, G., *Profilo storico-giuridico degli Istituti Ospitalieri Valdesi*, cit, p. 34.
[280] Baral, S., cit, p. 102.
[281] *Fondation de l'Hôpital Vaudois*, cit, p. 421.
[282] Baral, S., cit, p. 129.

Andrea Charvaz decide di contrastare la crescita degli istituti valdesi creando strutture cattoliche equivalenti, con il sostegno e l'approvazione del Re. Questo progetto porterà all'apertura nel 1855 dell'Ospedale nel comune di Luserna, affiliato all'Ordine Mauriziano[283], di cui si è parlato in precedenza.
Con Bert, non si verificano conflitti tra l'amministrazione ecclesiastica e quella ospedaliera. Con la sua morte, la situazione della Commissione diviene però instabile, portando alla decisione di sopprimerla nel 1848 e di affidare completamente la gestione dell'Ospedale alla Tavola[284].
Alla fine dell'aprile del 1826, l'ospedale valdese di Torre Pellice è pronto a ricevere sei malati[285]. Il nuovo parere ministeriale conferma ancora una volta il sostegno ai progetti dei valdesi, sia per quanto riguarda il regolamento che per la scelta dell'edificio per il nosocomio. Il sinodo stesso però respinge l'art. 18, che prescrive di devolvere all'Ospedale il ricavato delle ammende destinato alle Congregazioni di carità, nei comuni a maggioranza valdese. Questa disposizione non solo avrebbe richiesto modifiche agli editti regi sull'assistenza, ma avrebbe anche potuto indicare l'Ospedale come entità giuridica a sé stante (corpo morale)[286]. Incurante del parere dell'avvocato generale di evitare ogni atto che possa condurre all'erezione dell'Ospedale a corpo morale, capace di acquistare, Carlo Felice comunica all'intendente di Pinerolo di concedere comunque alla Commissione Amministratrice dell'Ospedale dei Valdesi la facoltà di possedere gli accennati beni in nome dell'ospedale da essa amministrato[287]. Solo in seguito, nel 1858, gli ospedali di Torre Pellice e Pomaretto verranno eretti a corpo morale [288].
Per il nuovo ospedale è scelto come edificio un casolare alle porte del centro abitato di Torre, lungo la valle, verso Villar. Dopo aver ottenuto i permessi necessari, la Commissione procede all'acquisto grazie al generoso dono dello zar, che arriva prima dei fondi raccolti tramite collette e comitati[289].
Alcuni mesi dopo la sua apertura nel 1926, si nota che c'è una disparità nell'afflusso di pazienti alla struttura e che le lamentele provenienti dalle valli Chisone e Germanasca riguardo alla posizione dell'Ospedale rispetto al territorio valdese sono ben fondate. Infatti, il numero di pazienti provenienti dai paesi vicini a Torre Pellice supera di tre volte il numero di pazienti delle altre due valli. Di conseguenza, si decide di utilizzare parte dei fondi raccolti per aprire una nuova struttura[290].
Il bisogno di un nuovo ospedale per la popolazione delle valli del Chisone e della Germanasca è evidente, ma a causa delle complesse procedure burocratiche per la sua apertura, la Tavola decide di istituire un dispensario medico a Pomaretto, dipendente dall'ospedale di Torre Pellice. Inizia così l'attività della succursale il 1° gennaio 1828, con il pastore locale responsabile dei rapporti tra la direzione dell'Ospedale e la Commissione. Questa scelta conferma il carattere confessionale dell'ospedale, che svolge un importante servizio sociale a favore dei valdesi poveri delle Valli. Inoltre, considerando che le istituzioni di assistenza delle Valli sono sostenute dalle Chiese e dagli organismi ecclesiastici, è naturale che la direzione dell'Ospedale sia affidata a un ministro valdese[291].
Con l'apertura della succursale nell'area di val Germanasca, si richiede un aumento dei membri della Commissione a nove, con l'aggiunta del pastore e del sindaco di Pomaretto come membri di diritto.

[283] Taccia, A., *Gli ospedali valdesi di Torre Pellice e Pomaretto. Passato, presente e futuro, 1821-2002*, cit, pp. 10-11.
[284] Baral, S., cit, p. 131.
[285] Mathieu, G., *Profilo storico-giuridico degli Istituti Ospitalieri Valdesi*, cit, p. 36.
[286] Baral, S., cit, p. 155.
[287] Mathieu, G., *Profilo storico-giuridico degli Istituti Ospitalieri Valdesi*, cit, p. 42.
[288] Ibidem.
[289] Baral, S., cit, p. 134.
[290] Ibidem.
[291] Mathieu, G., *Profilo storico-giuridico degli Istituti Ospitalieri Valdesi*, cit, p. 47.

Uno dei principali problemi, nei primi anni di attività degli Ospedali, è la difficoltà di trovare nuovi medici valdesi, poiché, sebbene gli editti sabaudi consentano ai riformati piemontesi di praticare la medicina tra i loro correligionari, non è possibile per loro ottenere i necessari permessi accademici nel Regno. Per risolvere questa situazione, vengono istituite delle borse di studio ad Aarau, nel cantone svizzero d'Argovia. Gli infermieri valdesi, poveri, poco istruiti e non adeguatamente formati, rappresentano una condizione comune tra il personale sanitario salariato dell'inizio dell'Ottocento e sono ancora lontani dalla professionalizzazione. A Pomaretto si avvicendano numerosi medici, molti dei quali cattolici, obbligando a un dialogo interreligioso improntato alla ricerca di una collaborazione[292].

Nel 1836, il chirurgo Fissore riferisce alla Commissione di aver operato un cattolico nel dispensario di Pomaretto, violando le regole. Nella sua lunga lettera di scuse, spiega che si è trattato di un intervento urgente, approfittando di un letto libero, e che tutte le spese sono state coperte dalla famiglia del paziente. Non risultano conseguenze per il comportamento del chirurgo né per casi simili successivi. Come già detto, l'Ospedale sopravvive principalmente grazie ai contributi dei benefattori stranieri, i quali hanno espressamente chiesto che i loro doni siano destinati ai valdesi bisognosi; allo stesso tempo, c'è la preoccupazione che, accogliendo malati che praticano la religione prevalente, si subiscano attacchi da parte della comunità cattolica, che sembra essere diventata più ostile nei confronti dei valdesi dopo l'arrivo del vescovo André Charvaz a Pinerolo. I cattolici poveri possono andare in strutture di assistenza pubbliche o cattoliche, ma nelle Valli non ve ne sono. Le relazioni che gli ospedali valdesi hanno con il contesto ecclesiastico riformato, del quale sono espressione, delineano un quadro complesso, in cui motivazioni e impostazioni religiose si mescolano con dinamiche sociali e culturali più ampie. La nascita di queste strutture è motivata dalla mancanza di aconfessionalità nelle strutture pubbliche, ma l'ingresso viene considerato sempre in base all'affiliazione confessionale, eccetto casi sporadici. Nonostante il predominio valdese, non c'è particolare attenzione alla cura delle anime fino agli anni Quaranta, e si lascia che la gestione interna sia caratterizzata da una marcata laicità, sia dal punto di vista del personale che del regolamento[293].

Infatti, agli inizi, nel rapporto tra l'amministrazione ospedaliera e la Tavola, si nota la totale assenza di influenza di carattere religioso all'interno della struttura sanitaria. Questo potrebbe essere dovuto all'esperienza rivoluzionaria e napoleonica vissuta dalla comunità valdese, sia dal punto di vista religioso che laico. Solo nel 1840 si decide ufficialmente di istituire un servizio assistenza spirituale negli ospedali, con i pastori di Torre e Pomaretto incaricati di svolgerlo. Il pastore di Pomaretto accetta prontamente di celebrare un culto domenicale nel dispensario, mentre ci vuole più tempo a Torre, dove gli impegni pastorali sono troppo numerosi per aggiungere anche questo servizio[294]. In seguito, nei due presidi sanitari, l'assistenza spirituale sarà curata e svolta non solo dai pastori ma anche da gruppi di volontari[295].

A partire dalla metà dell'Ottocento, si verifica in molte parti d'Europa l'ingresso di personale religioso negli ospedali, accanto alla costruzione di nuove strutture gestite direttamente dalla Chiesa. Questo fenomeno è incoraggiato da alcuni amministratori ospedalieri e imposto dalle autorità governative, come nel caso dell'Ospizio degli Infermi di Pinerolo, dove si cerca di sostituire il personale infermieristico laico con quello religioso. Questo cambiamento negli ospedali è causato dalla mancanza di personale laico competente nel settore sanitario e dall'espansione delle nuove

[292] Baral, S., cit, p. 327.
[293] Ibi, p. 146.
[294] Ibi, p. 133.
[295] Taccia, A., *Gli ospedali valdesi di Torre Pellice e Pomaretto. Passato, presente e futuro, 1821-2002*, cit, p. 17.

congregazioni religiose dedite alla cura attiva. Nonostante la concorrenza tra gruppi religiosi, le differenze confessionali non sempre influenzano le modalità di gestione ospedaliera[296].
La presenza del personale religioso, anche negli ospedali valdesi, aumenterà notevolmente, con la Tavola che gradualmente soppianta la Commissione dell'Ospedale e con una maggiore presenza di pastori e laici al capezzale dei malati.
Il 3 gennaio 1845 Henriette Helm, una diaconessa[297] svizzera, arriva a Torre Pellice per servire presso l'Ospedale. Le diaconesse svizzere rappresentano uno degli elementi più costanti e uniformi nelle opere protestanti in Italia per oltre cento anni. Questo cambiamento porta a una svolta negli ospedali valdesi, che fino ad allora sono stati meno caratterizzati da elementi religiosi. Le diaconesse, però, ne sono una conseguenza e non una causa. Alcuni mostrano una certa resistenza nei confronti di queste figure, il cui modo di vivere, oltre che l'abbigliamento, ricorda le suore e, pertanto, viene visto come estraneo a una cultura che, per lungo tempo, si è basata sull'avversione verso elementi tipicamente cattolici[298].
Nel 1868, una circolare della Commissione degli Ospedali descrive la situazione di crisi finanziaria in cui versano i due ospedali. In quest'occasione la Chiesa valdese chiede alla sua comunità di ridestarsi dall'apatia nei confronti di questi preziosi stabilimenti posti al suo servizio. Si invita ogni parrocchia a sostenere i suoi ospedali, in quanto si è già dovuti arrivare alla dolorosa scelta di ridurre di un sesto i posti disponibili, per mancanza di fondi, in un momento in cui sarebbe stato necessario raddoppiarli[299]. Questa crisi finanziaria ed appello alle Chiese, dunque alla comunità, arriva perché il sostegno da parte dei benefattori italiani, ma soprattutto stranieri, si interrompe in quanto gli Ospedali difficilmente e raramente sono utilizzati per fare proseliti. I nosocomi sono concepiti principalmente per rafforzare una comunità anziché per espanderla, risultando quindi una spesa gravosa di fronte alle esigenze del momento, che richiede invece uno sforzo di evangelizzazione presso i grandi centri della penisola[300].
I dati disponibili dal 1885 al 1887 suggeriscono che la situazione finanziaria degli ospedali di Torre Pellice e Pomaretto sia tornata a un livello meno precario. Ad esempio, la Commissione nell'ottobre del 1885[301] segnala un notevole rafforzamento di personale grazie all'istituzione delle diaconesse di St. Loup. Nell'arco di sei mesi, sono inviate un'assistente diaconessa all'ospedale di Torre, e una diaconessa e un'assistente diaconessa a quello di Pomaretto. Si riporta che il numero dei pazienti curati nel 1884 è salito a 302, quindi 9 in più rispetto all'anno precedente. Quasi la metà dei posti occupati nei due ospedali e più della metà dei giorni di degenza sono riferibili a pazienti sotto i 20 anni, soprattutto bambini.
Quella dell'assistenza sanitaria però non è un'esigenza sentita solo per i valdesi delle Valli; ben presto la cura e l'assistenza degli ammalati valdesi e, in generale, evangelici è uno dei problemi che si pone anche all'attenzione della comunità torinese. Le prime infrastrutture sanitarie e assistenziali della città sono principalmente controllate da enti religiosi cattolici, che spesso discriminano e non accolgono

[296] Baral, S., cit, p. 323.
[297] Oggi si preferisce l'uso di "diacona", in questa tesi si utilizza anche il termine "diaconessa", in accordo con il periodo storico in cui questo termine analogo era utilizzato.
[298] Ibi, p. 238.
[299] *Vallées Vaudoises. Circulaire de la Commission des Hopitaux*, in «L'Écho des vallées», anno 3, marzo 1868, fascicolo 3, pp. 47-48.
[300] Baral, S., cit, p. 271.
[301] H. B., *Nos Hopitaux*, in «Le Témoin. Echo des vallées vaudoises», anno 11, ottobre 1885, fascicolo 41, pp. 321-322.

adeguatamente i dissidenti religiosi. Di conseguenza, sorge la necessità di garantire autonomamente un adeguato supporto sanitario[302].

Nel 1838, Amedeo Bert, pastore valdese responsabile della comunità di Torino, propone di creare un ospedale all'interno del palazzo delle legazioni, dove si trovano già la residenza del pastore, una cappella e una scuola[303]. Nonostante le difficoltà burocratiche, si ottiene l'autorizzazione e, grazie al sostegno finanziario delle nazioni protestanti, il 14 ottobre 1842 viene redatto l'atto costitutivo dell'ospedale. I primi pazienti sono accolti il mese successivo in 5 stanze al piano terra del palazzo, con alcune signore della comunità che si offrono di aiutare nell'assistenza infermieristica[304]. Dopo il 1848, le camere ospedaliere sono trasferite nella Casa Valdese in via Pio V, che ospita anche la Chiesa. I nuovi locali più ampi consentono di aprire 11 stanze per i pazienti, 2 dormitori e altri spazi per i servizi sanitari e ausiliari[305].

Nel 1871 viene aperto il nuovo Ospedale Evangelico di Torino, che va a formare un nuovo "isolato valdese" a breve distanza dal luogo di culto e dai suoi locali annessi, dedicati principalmente alle attività diaconali della Chiesa[306]. Un nuovo edificio sorge all'angolo tra via Ormea e via Berthollet grazie a un generoso contributo. In quell'anno, 91 degenti sono ricoverati nel nuovo Ospedale, accolti gratuitamente o come pensionanti, un numero mai raggiunto prima. L'anno successivo, il numero sale a 104. Oltre a curare i pazienti affetti da malattie acute, l'Ospedale riserva posti letto anche agli anziani non autosufficienti. Inoltre, offre un servizio di accoglienza temporanea per convalescenti o anziani in difficoltà, come supporto alle famiglie[307].

Nell'Ospedale presta lungo e diligente servizio il dottor Giacinto Pacchiotti, riuscendo a svolgere tutte le sue mansioni nonostante gli innumerevoli impegni istituzionali. Oltre ad essere professore ordinario di Clinica e patologia speciale presso l'Università torinese dal 1863, ricopre per quindici anni il ruolo di consigliere comunale e assessore all'igiene (dal 1876 al 1893), diventando successivamente senatore del Regno nel 1880. Grazie al suo contributo, l'Ufficio municipale d'igiene assume il controllo del servizio sanitario di beneficenza precedentemente gestito dalla Compagnia di San Paolo. Nel 1861, a Pacchiotti viene assegnato un assistente su sua raccomandazione, Fedele Margary, per aiutarlo con le incombenze più gravose come le visite a domicilio. Margary, allora ventiquattrenne, diventerà dieci anni più tardi primario di chirurgia presso il San Giovanni Battista. Grazie al prestigio del personale medico, l'Ospedale e i suoi amministratori possono affermarsi nel mondo scientifico torinese[308].

Le diaconesse evangeliche, provenienti dalla Svizzera, si occupano del servizio infermieristico. Un comitato di signore della comunità evangelica viene creato per collaborare e sostenere le loro attività. Poiché il lavoro delle diaconesse è diventato indispensabile, si decide di aprire a Torino una "Casa delle diaconesse" con una scuola di formazione[309].

Nel 1901, la scuola è istituita presso l'Ospedale, dove le studentesse ricevono insegnamenti teorici e pratici in materia sanitaria da un medico ospedaliero. Il 26 giugno 1902, il Concistoro della Chiesa valdese, responsabile dell'Ospedale, accetta per la prima volta il ricovero di una giovane cattolica che

[302] Taccia, A., *Ospedale Evangelico Valdese di Torino. Passato, presente e futuro*, supplemento a «Il Quaderno degli Ospedali Valdesi», 2001, p. 3.
[303] Ibidem.
[304] Ibidem.
[305] Ibi, p. 4.
[306] Baral, S., cit, p. 340.
[307] Taccia, A., *Ospedale Evangelico Valdese di Torino. Passato, presente e futuro*, cit, p. 5
[308] Baral, S., cit, p. 340.
[309] Taccia, A., *Ospedale Evangelico Valdese di Torino. Passato, presente e futuro*, cit, pp. 5-6.

non può essere ospitata presso l'Ospedale San Giovanni[310]; come si è visto, anche negli ospedali delle Valli sono stati accolti pazienti non evangelici.
Un'altra struttura sanitaria di stampo valdese è di significativo interesse, e non si può non menzionare, anche per l'investimento simbolico e sentimentale da parte della Chiesa valdese. Si tratta del Rifugio per incurabili "Re Carlo Alberto".
L'istituzione è nata grazie all'iniziativa del pastore William Meille, il quale desidera offrire una casa, supporto e assistenza adeguata ai suoi fratelli incurabili. Nel 1896, il pastore si imbatte in due fedeli che vivono situazioni di grande disagio: una donna con problemi psichici, il cui volto è gravemente segnato da un cancro, che vive in totale abbandono e non è in grado di prendersi cura di sé; e un giovane affetto da tubercolosi, emarginato da tutti. Trasmette questo bisogno alla Chiesa valdese, tramite il Sinodo, che approva l'iniziativa, plaudendo e assicurandogli appoggio morale ma senza assumersene la responsabilità, salvo che raccomandare la generosità della Chiesa. La decisione è adottata anche perché gli ospedali non possono prendere in carico casi del genere[311]. Il pastore, dopo aver ottenuto i primi finanziamenti, avvia l'acquisto della sede del Rifugio: la cascina dei Musset, situata in una posizione climatica favorevole e adeguatamente isolata per motivi di prevenzione al contagio[312].
Per potere essere accolti al Rifugio, occorre essere stati respinti da qualsiasi altra struttura sanitaria e assistenziale, e non avere alcun mezzo di sussistenza e nessun appoggio. Si tratta quindi di casi limite in una società ancora socialmente integrata, che tende a non emarginare gli anziani o gli inabili[313].
Per volere di Meille, si aspetta il cinquantesimo anniversario dell'emancipazione (1898) per l'apertura ufficiale del Rifugio. Questa struttura è intitolata proprio a colui che ha avuto un ruolo cruciale nel percorso di emancipazione dei valdesi. La cerimonia di inaugurazione si svolge alla presenza del prefetto, in rappresentanza del Re[314].
Il Rifugio però ha costi molto alti e, nonostante l'abbondanza di fondi raccolti, sopravviveva a stento[315]. Il pastore Meille si occupa della gestione patrimoniale dell'istituto, trasformandolo in Opera pia e ottenendo così per esso la personalità giuridica. Nel frattempo, nel 1903, il Sinodo decide di registrare la proprietà e di affidare la sua gestione alla CIOV (Commissione Istituti Ospitalieri Valdesi), costituita appositamente per l'amministrazione degli Ospedali[316].
Prima di morire, Meille dispone la costruzione di un padiglione per pazienti infettivi che avrebbe dovuto essere intitolato a Enrico Arnaud. La CIOV si mette all'opera e nel 1911 viene inaugurato il Padiglione Arnaud. Al suo interno vi sono principalmente giovani ospiti: bambini abbandonati, disabili fisici, spastici, paralitici, sordomuti, affetti da sindrome di Down. Tra gli adulti, vi sono pazienti affetti da cancro, tubercolosi, epilessia e artrite. La mortalità è elevata e vi è un rapido ricambio dei pazienti. Le Chiese valdesi dimostrano una grande solidarietà verso il Rifugio, per il quale vengono raccolte ogni anno offerte e generi alimentari in tutto il territorio. Anche gli altri istituti della Chiesa beneficiano di tale generosità. Gli aiuti e la solidarietà delle Chiese straniere sono fondamentali per il sostentamento del Rifugio[317].

---

[310] Ibi, p. 6.
[311] *Le Refuge "Roi Charles Albert"*, in «L'Écho des vallées vaudoises», anno 33, marzo 1898, fascicolo 10, p. 74.
[312] Taccia, A., *Il Rifugio Re Carlo Alberto*, in «La Beidana», 7, 1988, p. 44.
[313] *Le Refuge "Roi Charles Albert"*, cit, p. 74.
[314] Taccia, A., *Il Rifugio Re Carlo Alberto*, cit, p. 44.
[315] Meille, W., *Le Refuge "Roi Charles Albert"*, in «L'Écho des vallées vaudoises», anno 36, ottobre 1901, fascicolo 40, p. 316.
[316] Taccia, A., *Il Rifugio Re Carlo Alberto*, cit, p. 45.
[317] N., T., *Echos de la semaine. Le premier rapport du refuge Roi Charles Albert, 1896-1898*, in «L'Écho des vallées vaudoises», anno 34, aprile 1899, fascicolo 14, p. 106.

Per gli ospedali valdesi sorgono problemi rilevanti con la legge Crispi sulle Opere pie, che impone un adeguamento complessivo dello statuto e del regolamento interno. Durante l'assemblea sinodale dell'8 settembre 1892, si discute a lungo sulla questione se gli Ospedali valdesi, enti benefici indipendenti dalle Congregazioni di carità e regolati da statuti propri, debbano accogliere esclusivamente individui valdesi, tranne in casi eccezionali. La disciplina degli ospedali valdesi è contenuta negli artt. 54 e 59 della legge del 17 luglio 1890. L'art. 54 stabilisce che le istituzioni elemosiniere siano concentrate nelle Congregazioni di carità, mentre l'art. 59 prevede che gli istituti ospedalieri e i manicomi fondati a beneficio di uno o più comuni con almeno 5000 abitanti non siano soggetti al concentramento nella Congregazione di carità, ma possano essere riuniti in gruppi secondo quanto stabilito dall'art. 58[318].

Tuttavia, prima di ottenere l'approvazione statale, è necessario consultare la Giunta comunale di Torre Pellice per verificare la non idoneità del principio di concentrazione dell'istituto nella Congregazione di carità locale, dato il loro statuto di ospedali destinati alla popolazione protestante della zona, superiore a 10.000 persone. La necessità di servire un'ampia area territoriale spinge le autorità a coinvolgere i Comuni interessati nei servizi sanitari, al fine di ottenere un consenso più ampio per il nuovo statuto. Alcune richieste avanzate dai Comuni non sembrano giustificate, come l'esclusione del personale ecclesiastico dal consiglio di amministrazione ospedaliero e il rifiuto di ammettere i cattolici a pagamento in caso di emergenza, entrambe già previste dalla Legge sulle Opere pie[319].

Il 1° dicembre 1892, la Giunta Provinciale Amministrativa decide che gli Ospedali valdesi devono essere gestiti in modo indipendente, senza essere sotto la giurisdizione di alcuna Congregazione di carità, in quanto destinati esclusivamente ai fedeli di una determinata fede.

La Commissione degli Ospedali Valdesi, nominata dal sinodo del 7 settembre 1894, accetta le modifiche apportate al progetto di statuto e regolamento amministrativo e lo sottopone all'approvazione delle autorità governative e dei Comuni interessati. Dopo alcune modifiche, si decide di mantenere il limite di accesso ai soli valdesi[320].

Sorge anche un dibattito riguardante il certificato di povertà, il quale verte su chi debba avere l'autorità di rilasciarlo, se il pastore o il sindaco. Si sta facendo strada il tema della discrezionalità nell'assegnazione di questi permessi, con i concistori che segnalano come la falsa indigenza venga "premiata" e come persone poco coinvolte nella vita ecclesiale ne traggano vantaggio. Questa controversia si inserisce nel dibattito sulle contribuzioni e mette in luce l'interferenza pubblica negli affari interni della Chiesa, nonché l'attività di vigilanza sociale esercitata tramite la diaconia. Si delineano opinioni divergenti riguardo al concetto di Chiesa. Da un lato, ci sono coloro che sostengono che il numero dei "veri" fedeli non si allinei a quello dei battezzati valdesi; dall'altro, vi sono quelli che osservano una crescente burocratizzazione nel settore diaconale[321].

Nel rapporto della Commissione d'esame al Sinodo del 1896 si afferma che, nonostante i sindaci – e non i pastori – possano rilasciare i certificati di povertà, i diritti della Chiesa valdese non vengono violati, in quanto spetta ancora al pastore determinare la religione dell'ammalato.

Il 22 marzo 1897 la Prefettura comunica che il Consiglio di Stato ha accettato lo Statuto degli Istituti ospedalieri valdesi, apportando alcune modifiche formali che vengono approvate senza opposizione dalla Commissione il 31 marzo. Nonostante la legge del 1890 voglia laicizzare la beneficenza, si

[318] Mathieu, G., *Profilo storico-giuridico degli Istituti Ospitalieri Valdesi*, cit, p. 72.
[319] Baral, S., cit, p. 435.
[320] Mathieu, G., *Profilo storico-giuridico degli Istituti Ospitalieri Valdesi*, cit, p. 72.
[321] Baral, S., cit, p. 436.

decide di rispettare la volontà dei fondatori di istituti confessionali come quelli valdesi. Gli Ospedali valdesi offrono ai protestanti l'assistenza del personale della loro fede e sono gestiti da un ente religioso civilmente riconosciuto. Pur presentandosi come Opere pie, gli Ospedali valdesi sono gestiti come un organismo ecclesiastico dalla Tavola Valdese, che rende conto delle attività alla Chiesa nelle sue assemblee rappresentative. Essi svolgono un ruolo insostituibile non solo nella cura della povertà materiale, ma anche di quella morale e spirituale[322].

Nel 1910, il dott. Alfredo Quattrini dell'ospedale di Pomaretto avanza la proposta di estendere il servizio degli ospedali valdesi a tutta la popolazione delle valli, indipendentemente dalla loro religione di appartenenza. Secondo lui, di fronte ai bisogni di chi necessita di soccorso, non dovrebbe esserci alcuna distinzione religiosa. Egli esprime la speranza che un giorno si possano conciliare i diritti dei malati valdesi con i principi del liberalismo cristiano. Purtroppo, il regolamento dell'epoca impedisce questa possibilità, ma nel tempo questa idea viene gradualmente attuata fino a diventare una regola generale[323].

Nella realtà del piccolo ma variegato mondo protestante in Italia, durante la seconda metà dell'Ottocento, si verifica un fervente aumento di infermerie temporanee e cliniche sanitarie di piccole dimensioni. Alcuni esempi includono le strutture fondate a Roma e Napoli dalle comunità di lingua tedesca e l'ambulatorio medico inaugurato da generosi benefattori britannici a Firenze, sotto l'autorità medica del dott. Henderson[324], in collaborazione con il pastore elvetico Giovanni Luzzi, che è uno dei pochi, in accordo con la visione valdese, convinto dell'inutilità di questi dispensari medici a fini di proselitismo e conversione[325].

La costruzione di ospedali si sviluppa principalmente nelle grandi città della penisola, dove vi è una presenza protestante limitata ma influente rappresentata da ricchi commercianti e industriali. Questo sviluppo è stato possibile grazie alla collaborazione tra le diverse confessioni protestanti presenti in Italia. A Genova e Milano vengono istituiti tre ospedali che favoriscono una maggiore collaborazione tra gruppi nazionali e confessionali diversi, grazie al coinvolgimento attivo delle varie chiese protestanti ed evangeliche presenti nelle città[326].

Malgrado le loro differenti storie e peculiarità, un comune denominatore coinvolge tutte queste istituzioni durante il loro processo di sviluppo: il passaggio anticipato rispetto al contesto nazionale da semplici strutture di assistenza sanitaria per i poveri a ospedali aperti a una più ampia fascia della popolazione, attraverso il pagamento di una retta, anche minima o simbolica. Questa trasformazione, sebbene spesso in contrasto con gli ideali fondativi, sembra rispondere sia alla richiesta in aumento di una medicina che richiede moderne attrezzature, sia alla crescente necessità economica delle istituzioni che stanno gradualmente perdendo il loro carattere filantropico a favore di un modello ospedaliero più moderno. Inoltre, questa riforma permette di ampliare l'accesso agli ospedali anche ai cattolici, oltre che ai soli malati protestanti, poiché coloro che possono permettersi e cercano quelle cure specifiche non incontrano più ostacoli legati alla propaganda religiosa[327].

Segue il progetto dell'Ospedale evangelico internazionale di Genova, descritto dal Comitato promotore nei seguenti termini:

---

[322]Mathieu, G., *Profilo storico-giuridico degli Istituti Ospitalieri Valdesi*, cit, p. 77.

[323] Taccia, A., *Gli ospedali valdesi di Torre Pellice e Pomaretto. Passato, presente e futuro, 1821-2002*, cit, p. 20.

[324] Meille, J., H., *Le "Dispensario medico" de Florence*, in «L'Écho des vallées vaudoises», anno 36, aprile 1901, fascicolo 15, p. 116.

[325] Baral, S., cit, p. 271.

[326] Ibi, p. 320.

[327] Ibi, pp. 321-322.

«Nessun può ignorare come a questo porto di Genova approdino, per così dire, ogni giorno ed in numero ogn'or crescente, Evangelici di ogni paese e di ogni condizione, marinai, artisti, braccianti, servitori, uomini e donne por lo più sprovvisti di qualunque siasi mezzo di sussistenza, all'infuori del loro quotidiano lavoro. Ora egli vi sarà cosa agevole il figurarvi quale possa essere di costoro, così nazionali come esteri, la dolorosa condizione, venendo ad assalirli la malattia. Gli ospedali civili, egli è vero, son loro aperti nei quali le cure più sollecite vengono loro prodigate in quanto al corpo, ma ahimè! da quanti pericoli per l'anima e da quanti morali combattimenti non vengono tali cure il più delle volte contraccambiate, e ci è appunto quando di sicurezza e di pace abbisognerebbero più che di verun'altra cosa quei poveri infermi. E se a molti per esser più degli altri stabiliti nella fede o dotati di maggior fermezza di carattere è riuscito di uscir vincitori da questa lotta, ve ne sono pur troppo quelli che vi hanno soggiaciuto.

Addolorati di un tale stato di cose e più ancora compresi dal sentimento che la carità verso i fratelli è l'obbligo primario di chi si proclama cristiano, ed il mezzo è efficace di far palese agli occhi di tutti l'eccellenza della fede che professa, memori della parola dell'Apostolo che, chi non ha cura de' suoi è peggiore degli infedeli, i sottoscritti, unitamente ai loro amici, hanno preso davanti a Dio la determinazione solenne di non prescindere più oltre dall'adempimento di un cosi sacro dovere, quale riconoscono esser per loro la fondazione in Genova di un ospedale in cui gli ammalati evangelici, a qualunque denominazione appartengano, sia che abbiano stanza in detta città o vi capitino d'altrove, possano trovare in pari tempo che le cure corporali le più assidue, amministrate da persone parlanti, per quanto sia possibile, la loro lingua, tutti quei spirituali soccorsi di cui più che mai abbisognano nel loro stato; ed a tale effetto essi han nominato d'infra loro il Comitato che ha l'onore d'indirizzarvi la presente circolare, dandogli pieni poteri nei limiti però di uno statuto animatamente consentito onde al più presto effettuare un cosi santo progetto.

Tal Comitato con cui furono invitati a cooperare membri di tutte le comunità evangeliche in Genova, si è posto immantinente all'opera, e non pochi incoraggiamenti egli ha di già ricevuti e riceverà ancora dai vari evangelici così esteri come nazionali residenti in Genova, fra i quali siamo certi non vi sarà chi voglia rimanersi indietro dagli obblighi che da questo nome gli vengono imposti. Ma né quello che si è di già raccolto, né quello che si raccorrà ancora fra di noi potrà certo bastare al bisogno; ed è perciò che come membri di un medesimo corpo avendo a capo il medesimo Salvatore, noi ci rivolgiamo a voi, fratelli evangelici dei vari paesi e delle varie denominazioni, perché vogliate aiutarci ad adempire ad un obbligo nostro e vostro nello stesso tempo.

L'obolo della vedova sarà da noi colla stessa gratitudine accettato che la largizione del ricco, e ci gode sperare che i pastori delle varie chiese, non che i redattori dei giornali religiosi, che preghiamo di riprodurre questa nostra Circolare, vorranno ricevere i doni che sarebbero loro trasmessi per un tal fine, facendoli poi ricapitare al nostro cassiere sig. Enrico Jorand, o a qualsiasi altro dei membri del Comitato. Rispondendo alla nostra chiamata mentre voi, o fratelli, farete opera sommamente aggradevole a Colui che ha dato sé stesso per noi ed ha costituiti i poveri a suoi rappresentanti, vi acquisterete la più sentita gratitudine, come dei meschini al sollievo dei quali sarete concorsi, così di noi che ci pregiamo di dirci i vostri devotissimi servitori e fratelli in Cristo Gesù»,[328].

Già a metà dell'Ottocento, equipaggi di bastimenti protestanti passano attraverso il porto di Genova, composti da uomini e donne di varia estrazione; la componente straniera della città è caratterizzata da un forte elemento borghese e commerciale e la presenza valdese è invece principalmente data da

[328] Cit. *Fondazione di un ospedale evangelico a Genova*, in «La Buona Novella», anno 5, maggio 1856, fascicolo 19, pp. 3-4

individui provenienti da condizioni sociali più modeste, che si uniscono alla comunità per ragioni diverse[329].

A causa della mancanza di risorse economiche, i membri della comunità valdese come i componenti protestanti dei bastimenti possono dover ricorrere alla pubblica assistenza quando si trovano in condizioni di difficoltà, come ad esempio quando si ammalano e necessitano di cure ospedaliere. Purtroppo, non sempre trovano accoglienza e comprensione negli ospedali della città, andando così incontro a situazioni di intolleranza (condizione già descritta nelle pagine precedenti)[330]. All'epoca in cui si verificano questi eventi, la società non è ancora pronta per accettare pacificamente l'altro e fornire cure equamente a tutti, indipendentemente dalla loro fede religiosa. In particolare, i membri della fede evangelica sono spesso oggetto di discriminazione e soprusi volti a imporre una conversione al cattolicesimo.

Ad esempio, all'Ospedale Pammatone di Genova dei frati, «nutriti nelle idee romaniste», costringono un giovane svizzero, in punto di morte, a ricevere il battesimo della Chiesa romana:

> «Presentandosi allo spedale il pastore della Chiesa Svizzera in Genova, Sig. Amedeo Bert figlio, gli fu impedito l'accesso al moribondo. Esso però ritornando con il console svizzero e con il presidente della direzione superiore di quello spedale, poté presentarsi al letto del paziente, e sapere che il ferito alquanto migliorato, affatto ignorava ciò che i frati avevano sopra di lui operato, essendo allora fuori di sé, essendo nato evangelico, ora asseriva di voler vivere e morire evangelico»[331].

Oltre che per la volontà di superare situazioni discriminatorie, un primo piccolo ospedale viene creato come risposta urgente a un'epidemia di colera che colpisce Genova nel luglio del 1854[332]. Infatti, dal mare giungono, tramite il porto, epidemie che mettono la città a dura prova, ed è proprio nell'inverno di quell'anno, in cui innumerevoli casi rendono intollerabile la situazione degli evangelici ricoverati negli ospedali cittadini, che si prende la decisione di dare vita ad una struttura di accoglienza, ricovero e cura per la popolazione evangelica della Città[333].

Durante l'epidemia di colera sorgono, su iniziativa valdese, piccoli ricoveri all'interno delle cappelle, in attesa di un vero e proprio ospedale.

L'Ospedale, in conformità al regolamento, è di proprietà delle quattro Chiese evangeliche fondatrici, che hanno vincolato i fondi raccolti e i beni da investire per raggiungere lo scopo desiderato. Esso è destinato alle cure dei malati evangelici di qualsiasi nazionalità, residenti o di passaggio a Genova. Un Comitato composto dai pastori titolari delle Chiese fondatrici e da un rappresentante di ciascuna di esse, nominato dall'autorità amministrativa delle rispettive comunità religiose, gestisce l'istituto e i beni a esso destinati, e ha il compito di nominare il medico dirigente sanitario e il tesoriere. Il Comitato rende conto alle Chiese delle proprie attività e queste considerano l'Ospedale come loro bene comune [334].

Il 20 giugno 1857 l'Ospedale inizia a funzionare. La sua missione è rivolta a tutti senza distinzione di religione. Dopo una lunga discussione, infatti, il Comitato decide di accettare nell'Ospedale i

---

[329] Pons, I., *Centocinquant'anni sulle alture di Genova: Storia dell'Ospedale Evangelico Internazionale (1857-2007)*, Genova, Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale Evangelico Internazionale, 2007, p. 16.

[330] Ibidem.

[331] *Cronaca della quindicina,* in «La Buona Novella», Anno 8, gennaio 1859, fascicolo 2, p.30.

[332] Baral, S., cit, p. 335.

[333] Pons, I., *Centocinquant'anni sulle alture di Genova: Storia dell'Ospedale Evangelico Internazionale (1857-2007)*, cit, p. 17.

[334] Ibidem.

marinai dei paesi protestanti qualunque sia la loro religione, purché i loro governi contribuiscano annualmente al mantenimento dell'istituzione. Nel 1869, la Chiesa luterana viene riconosciuta ufficialmente membro dei promotori dell'Ospedale e un suo pastore viene invitato a far parte del Consiglio (aggiungendosi alle Chiese valdese, scozzese, svizzera, libera e d'Inghilterra). Il rapporto tra Ospedale e Chiese è mediato da un'assemblea di sottoscrittori[335].
La questione dell'accoglienza dei non protestanti è oggetto di costante attenzione. Per gli amministratori essa non è da intendere come una ghiotta occasione di proselitismo, motivo per il quale viene posto il divieto di ogni forma di proselitismo all'interno dell'Ospedale, prendendo così anche le distanze da quanto accade negli altri ospedali genovesi nei confronti dei protestanti. Gli ammalati dell'Ospedale godono della più assoluta libertà di coscienza. Agli inizi del '900 due fatti sono degni di nota: la partecipazione di un sacerdote cattolico per le estreme unzioni e l'ammissione degli ammalati delle Chiese libere e dell'Esercito della Salvezza[336].
Anche a Napoli sorgerà un Ospedale protestante con «l'obiettivo di venire incontro ai bisogni dei protestanti stranieri indigenti; l'ospedale e le scuole assumevano a poco a poco la funzione di baluardo difensivo della religione e dell'identità contro le ingerenze cattoliche»[337].

1.3.3. La condizione degli ebrei nella sanità italiana tra arte medica e beneficenza.

L'organizzazione, dal punto di vista legislativo, delle comunità israelitiche con le "Università Israelitiche", si mantiene con l'emancipazione conquistata nel Regno sabaudo e, come abbiamo visto, si estenderà come modello anche al Regno d'Italia. La Legge Rattazzi del 4 luglio 1857 n. 2325 viene estesa dal Piemonte e dalla Liguria all'Emilia, alle Marche e alle province di Parma e Modena, insieme al regolamento n. 2326, della stessa data, per l'amministrazione e la contabilità delle Università israelitiche[338]. Secondo questa normativa, le Università sono costituite obbligatoriamente da tutti gli ebrei residenti nella zona da almeno un anno, amministrate da consigli eletti dai contribuenti, e poste sotto la supervisione e la tutela dello Stato, con il potere di tassare. Anche in Toscana, Veneto, Mantova e Venezia Giulia, esse hanno il potere di tassare, ma le leggi locali lasciano alla Comunità l'elaborazione del regolamento interno. In Italia durante il periodo liberale, l'antisemitismo non è assente e l'emancipazione non è completamente realizzata, ma ha portato libertà prima sconosciute. Gli ebrei italiani assimilano i valori nazionali, mentre il processo di modernizzazione li porta a enfatizzare la cultura laica e il progresso scientifico, mantenendo però legami con la propria tradizione religiosa[339].
Tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento, le antiche Comunità iniziano a trasformarsi gradualmente, assumendo spesso la forma di associazioni private. La Legge Rattazzi prevede la possibilità di formare Consorzi delle Università israelitiche. Di conseguenza, tra il 1909 e il 1914 viene istituito un "Comitato delle Università israelitiche italiane", composto da 11 membri eletti dai rappresentanti delle comunità, le quali devono contribuire finanziariamente in base al numero di iscritti. Nel maggio 1914, un Congresso tenutosi a Roma approva lo "Statuto del Consorzio delle Università e Comunità israelitiche italiane". I diritti civili e l'integrazione nel tessuto sociale italiano

[335] Ibidem.
[336] Ibidem.
[337] Cagliotti, D., L., *Vite parallele. Una Minoranza protestante nell'Italia dell'Ottocento*, Bologna, Il Mulino, 2006, pp. 122
[338] Fubini, G., *La condizione giuridica dell'ebraismo italiano*, in «La Rassegna Mensile di Israel», 37(1), gennaio 1971, p. 21.
[339] Cfr. Segre, D., V., *L'emancipazione degli ebrei in Italia*, in M. Toscano (a cura di), *Integrazione e identità. L'esperienza ebraica in Germania e Italia dell'Illuminismo al fascismo*, Milano, Franco Angeli, 1998, pp. 86-106.

si accompagnano al contributo degli ebrei in molti mestieri liberali, tra cui anche l'arte medica, della quale l'apporto di personaggi di religione ebraica è sempre stato molto significativo.
La storia dell'arte medica tra gli ebrei è molto antica e si ritrova spesso intrecciata nelle grandi svolte della storia di questo sapere, in quanto gli ebrei, influenzati dal loro concetto dinamico e finalistico della storia, unito all'idea unitaria della creazione e alla visione psicosomatica dell'uomo, hanno sempre giocato un ruolo di rilievo, diversamente da altre confessioni religiose. Questa attitudine è incardinata nel sapere religioso ebraico: il Talmud, ad esempio, sconsiglia di abitare in località senza bagni e senza medici[340].
La medicina ha sempre occupato una posizione di grande prestigio tra gli ebrei nel corso dei secoli. Durante il Medioevo, i medici ebrei, molti dei quali italiani, hanno svolto un ruolo fondamentale nella trasmissione della medicina araba in Europa attraverso il loro lavoro di traduzione. Grazie a questo contributo, essi hanno concorso in modo significativo alla nascita della scienza moderna. Durante questo periodo, la lingua ebraica è stata riscoperta come linguaggio scientifico e le opere mediche ebraiche hanno continuato a preservare e diffondere le conoscenze in materia fino al XVI secolo[341].
Spesso, infatti, il rabbinato è stato associato all'esercizio della professione medica, a dimostrazione che il principio della sofferenza come espiazione è stato fortemente influenzato dal principio della Torah, secondo il quale il medico è autorizzato, anzi obbligato, a curare, agendo come un intermediario dell'aiuto divino per mettere in atto la volontà di Dio[342].
Il concetto di *Pikuach Nefesh*, ossia la priorità assoluta di salvare una vita umana e preservare la salute, è posto in cima ai valori della tradizione ebraica. Queste esigenze sono considerate più importanti di molte altre norme religiose e hanno il potere di neutralizzare quasi ogni divieto[343].
I rabbini nella storia optarono per esercitare la professione medica per molteplici motivi: innanzitutto, desideravano mettersi al servizio di Dio e degli esseri viventi attraverso questa attività; inoltre, le loro competenze scientifiche consentivano loro di risolvere vari problemi pratici che si presentavano quotidianamente ai loro fedeli; infine, questa professione rappresentava per loro una fonte di reddito, poiché la legge ebraica proibisce in generale di trarre profitto dalle conoscenze religiose[344].
Le misure preventive tradizionali, descritte dalla Bibbia e adottate in casi di grave infezione, includono isolamento della persona o dell'oggetto infetto, disinfezione e sterilizzazione tramite calore. Altri precetti biblici importanti riguardano il bagno rituale, la macellazione rituale e le regole alimentari[345]. Solo alla fine del medioevo la medicina europea iniziò a riconoscere l'importanza delle misure igieniche. La prima opera sull'igiene pubblica fu scritta da un medico ebreo veneziano nel 1577[346] e l'accademia medica di Parigi fu influenzata da questa particolare attenzione che era in uso tra gli ebrei verso l'igiene e la prevenzione delle malattie[347].
Come evidenziato dal Ruffini, negli Stati che si succedettero in Italia durante il Medioevo, prima che si raggiungessero i diritti civili con le emancipazioni tardo-ottocentesche, gli ebrei erano esclusi dall'esercizio delle professioni liberali, con la sola eccezione di quella medica, settore in cui il

[340] Colombo, C., Safran, A., B., *Medici ebrei e mentalità ebraica in medicina*, in «La Rassegna Mensile Di Israel», 36(1), gennaio 1970, p. 17.
[341] Cfr. Cosmacini, G., *La religiosità della medicina. Dall'antichità ad oggi*, cit.
[342] Mortara, G., *Il giuramento di Ippocrate nella tradizione ebraica*, in «Nuova Rivista di Storia della Medicina», 4(53), 1, 2023, pp. 2-3.
[343]Ibi, p. 3.
[344] Colombo, C., Safran, A., B., cit, p. 18.
[345] Ibi, p. 21.
[346] Ibidem.
[347] *Società scientifiche. A proposito dell'igiene e delle malattie negli ebrei*, in «Il Vessillo Israelitico», A. 39, ottobre1891, p. 328-329.

contributo ebraico, come abbiamo detto, è sempre stato prezioso, nonostante le numerose difficoltà, *in primis* quella legata all'istruzione specifica in materia[348]. Infatti, dal periodo medievale a quello illuminista, gli ebrei incontrarono diversi ostacoli nell'istruzione medica, con l'Università di Padova come unica eccezione in Italia che accettava studenti ebrei. Di conseguenza, molti giovani medici ebrei dovevano ricorrere all'autodidattismo, studiando testi arabi tradotti in ebraico o in latino. Nonostante ciò, i medici ebrei erano molto richiesti fino all'epoca della Controriforma. Ricordiamo Isacco Lampronti (1679-1756), famoso rabbino-medico attivo a Ferrara[349], il dottore israelita Montalto che operava presso le corti di Maria de' Medici e Enrico IV[350], i tanti medici che hanno servito presso i duchi di Savoia[351] o presso i pontefici del XV secolo[352]. Nel periodo risorgimentale il dott. Giacinto Namias, medico primario dell'Ospedale di Venezia e membro della Stabile Commissione Sanitaria, fu nominato dal Ministro dell'Interno Luogotenente di Venezia[353].
A differenza dei medici cattolici, quelli ebrei sono perfettamente inseriti nel solco della modernità e del pensiero liberale, senza che ci siano attriti ideologici, in quanto per loro è importante distinguere le preoccupazioni etiche, sociologiche e politiche legate alla ricerca scientifica, che vanno affrontate separatamente dalla ricerca stessa; ad esempio, nella tradizione ebraica, non vi è un rifiuto preconcetto dell'utilizzo della tecnologia medica, né una distinzione tra ciò che è considerato naturale o artificiale. Il concetto di natura non esiste nella prospettiva biblica, ma piuttosto si parla di creazione. L'uomo è visto come un collaboratore del Creatore nell'assistere e migliorare la creazione e il medico pure collabora nell'aiutare a mantenere la salute: pertanto l'utilizzo di nuove tecniche per risolvere problemi non è ostacolato[354].
In diversi Comuni piemontesi a conduzione liberale, prima dell'Unità, i bisogni sanitari delle comunità israelitiche sono tenuti debitamente in conto: come per esempio avviene nella città di Vercelli, in cui l'Amministrazione dell'Ospedale Maggiore si dimostra in più occasioni generosa verso i concittadini di religione ebraica, riconoscendo agli israeliti poveri il beneficio delle medicine gratuite[355]; inoltre, sempre a Vercelli, equiparando di fatto i cittadini israeliti a quelli cattolici, vengono offerte cure a domicilio ai loro poveri infermi [356]. Sempre nella città di Vercelli, dove viene stabilito l'ospedale provvisorio per i colerosi, è concessa una larga camera unicamente riservata ai malati israeliti, nella quale l'amministrazione dell'Università israelitica locale, a proprie spese, ha fornito sei letti e assistenti volontari, in vista del morbo asiatico che quell'anno imperversa e che fortunatamente non arriverà mai, perché debellato prima. La comunità israelitica vercellese loda tale iniziativa per due motivi, i cui elementi meritano di essere messi in evidenza per gli scopi della tesi, cioè l'equiparazione, da parte di un ospedale civico, di tutti gli infermi qualunque sia la loro appartenenza religiosa, riservando le cure anche ai cittadini israeliti come per tutti gli altri cittadini, e la dimostrazione, sempre da parte dell'amministrazione dell'ospedale, di una sensibilità nei confronti della specificità degli israeliti, dimostrando di tenere in conto la diversità religiosa presente

[348] Ruffini, F., *La libertà religiosa come diritto pubblico subbiettivo*, cit, p. 34.
[349] Salustri, M., R., De Rossi, F., *Aspetti di Storia della medicina ebraica: la figura del medico-rabbino*, in «La Rassegna mensile di Israel», 73(3), 2007, p. 177.
[350] *Rispetto per ogni religiosa credenza*, in «L'Educatore Israelita», A.5, febbraio 1857, p. 61.
[351] *Medici ebrei presso i duchi di Savoia*, in «L'Educatore Israelita», A.5, dicembre1857, pp. 368-369.
[352] Cfr. Cosmacini, G., *La medicina dei papi*, Bari-Roma, Editori Laterza, 2018, pp. 26-27. Versione digitale da applicazione Libri di Apple.
[353] *Notizie diverse. Venezia*, in «L'Educatore Israelita», A.4, maggio 1856, p. 157.
[354] Mortara, G., *Il giuramento di Ippocrate nella tradizione ebraica*, cit, p. 10.
[355] *Notizie diverse. Vercelli*, in «L'Educatore Israelita», A.1, maggio 1853, p. 155.
[356] Ibidem.

in Città, soprattutto nel momento della sofferenza, per far vivere ai degenti un esperienza di cura o fine vita nella maggior pace possibile della coscienza[357]. Sempre in Piemonte, nel 1856, il Consiglio municipale e i comitati di beneficenza della città di Fossano fanno compartecipi gli israeliti poveri delle loro distribuzioni caritatevoli. Gli alimenti distribuiti sono preparati nel rispetto delle regole alimentari ebraiche. L'amministrazione dell'Ospedale della Città distribuisce medicinali a domicilio anche agli ebrei poveri[358].

Un altro evento, in anticipo con i tempi, soprattutto perché è avvenuto nello Stato della Chiesa, è l'autorizzazione ad ammettere gli israeliti all'Università di Ferrara, per la scuola di Chirurgia, Medicina e Farmacia, permettendo però la libera pratica solo ai cattolici[359]. Il tema della formazione in medicina degli israeliti si innesta direttamente in quello più ampio della libertà religiosa ma anche della sanità, in quanto aumenta le possibilità di fornire di personale qualificato le istituzioni di assistenza sorte e in corso di costituzione a favore delle comunità israelitiche di tutta Italia.

Un'altra importante questione legata all'ambito sanitario, come abbiamo già detto per i cattolici e gli evangelici, riguarda i cimiteri e le sepolture confessionali.

Nel luglio 1858 al Municipio di Cuneo si discute per la sistemazione del cimitero israelita della Città[360]; la questione viene ripresa a marzo dell'anno seguente perché il Municipio intende voler concedere gratuitamente un cimitero per la comunità israelitica[361], ma il progetto non si realizza subito. La questione viene ripresa nella discussione al Consiglio Municipale perché, nel frattempo, è stato fatto ricorso dalla comunità israelita locale. In questa sede il Municipio annuncia che si assumerà il compito della direzione dell'opera che, però, dovrà essere finanziata totalmente dalla Comunità e non pesare sulla totalità dei contribuenti. Il ricorso degli ebrei verte sulla divisione della spesa, di cui la comunità dovrebbe farsi carico solo in parte, mentre il Comune dovrebbe assumersi la quota più significativa, in quanto sono già previste nell'ampliamento del cimitero civico due campi, uno per gli israeliti appunto, e uno per i non cattolici. Tale previsione risolverebbe anche i problemi di igiene pubblica legati al vecchio cimitero da sistemare, che si trova troppo vicino all'abitato.

Nella discussione il Comune liquida il problema come una questione di culto e, in quanto tale, di competenza esclusiva degli ebrei, così come avviene per tutte le confessioni non cattoliche nelle "città cattoliche". La Congregazione invece ribatte proprio su questo punto, in quanto non si tratta di una questione di natura puramente cultuale ma che si lega alle tematiche dell'igiene pubblica, della morale e dell'ordine pubblico; ribadisce che i cittadini di religione ebraica, del tutto uguali di fronte alla legge agli altri cittadini, e contribuenti a tutti gli effetti come gli altri cittadini, hanno il diritto di chiedere un cimitero alla Città, che quindi se ne deve assumere anche le spese[362]. La maggioranza, naturalmente cattolica, decide di far pagare alla Congregazione israelitica le spese per il nuovo cimitero, ma il Consiglio di Stato a sezioni unite delibera a favore degli israeliti, imputando i costi dell'opera interamente a carico del Municipio. Questo incarica una commissione di studiare la questione[363], che infine viene risolta a favore della comunità israelita della Città. Alla soluzione contribuisce anche la circolare del Ministro degli Interni, sopra ricordata.

---

[357] *Notizie diverse. Vercelli*, in «L'Educatore Israelita», A.2, novembre 1854, p. 347.

[358] *Notizie diverse. Fossano*, in «L'Educatore Israelita», A.4, marzo 1856, p. 93.

[359] *Notizie diverse. Stati* Pontifici, in «L'Educatore Israelita», A.5, marzo 1857, p. 94.

[360] *I cimiteri israelitici*, in «L'Educatore Israelita», A.6, luglio 1858, p. 216.

[361] *Discussione nel Consiglio Municipale di Cuneo sul nuovo ricorso degli Israeliti intorno al loro cimitero*, in «L'Educatore Israelita», A.7, marzo 1859, pp. 92-95.

[362] *Discussione nel Consiglio Municipale di Cuneo sul nuovo ricorso degli Israeliti intorno al loro cimitero*, in «L'Educatore Israelita», A.7, giugno-luglio 1859, pp. 157-160.

[363] *Il cimitero israelitico e il Municipio di Cuneo*, in «L'Educatore Israelita», A.7, ottobre 1859, p. 272.

A Cuneo la risoluzione avviene grazie all'intervento dell'Intendente Generale con una nota del 17 novembre 1860, che considera senza effetto la deliberazione del Consiglio Comunale, invitandolo a prevedere uno stanziamento nel bilancio 1859-1860 per la costruzione del cimitero per gli israeliti. Il Consiglio infine delibera, votando all'unanimità, affinché il cimitero si istituisca e aprendo una voce nel bilancio successivo. Grazie all'intervento della Generale Intendenza, confermato dal Consiglio di Stato, il Municipio è obbligato alla spesa necessaria per l'area del campo e per la cinta, e in questa stessa seduta si decide anche per un secondo campo con le stesse modalità per gli «acattolici»[364].
Poco dopo anche il Comune di Monticelli provvede alla costruzione di un cimitero israelita[365]. Il tema continua ad essere centrale nei decenni a seguire, perché ad alcuni casi virtuosi continuano ad accompagnarsi situazioni negative, con cimiteri in cui non vi è divisione alcuna per le diverse confessioni religiose[366] e con distinzioni discriminanti riguardo le sepolture, come nel caso del nuovo Regolamento di Polizia Mortuaria del 1891 in cui si decreta che il trasporto della salma al più vicino cimitero israelitico equivale a quello di un cadavere fatto senza nessuna necessità, imponendo così costi esorbitanti alle Comunità israelitiche[367].
Anche nell'ambito ospedaliero avvengono casi di discriminazione religiosa per le persone di fede ebraica, come nel 1867 a Mantova, dove un uomo affetto da febbre reumatica si reca all'Ospedale Civico munito di certificato del rabbino maggiore, venendo però respinto dal maestro di sala perché «non può essere accettabile un israelita nel novero degli infermi cattolici»[368]. L'infermo:

> «che abbastanza conosce le leggi dello Stato, rispose seccamente al maestro, che le condizioni attuali davano diritto all'ebreo di essere calcolato quanto il cattolico. Il maestro di sala non ne volle sapere, e rispose che la legge austriaca, ancora in forza nell'ospedale civico di Mantova, non sopportava che un ebreo fosse confuso con un cattolico. [Allora l'uomo] andò dal Direttore, che gli chiese se non aveva altro luogo dove andare, ma [l'uomo] rispose: "pare che il signor direttore non sia a cognizione che l'emancipazione dataci dal Governo italiano ci dà il diritto d'essere tutti uguali". Il Direttore non oppose a ciò altro verbo e sottoscrisse il certificato colle parole: "a malincuore, sia accettato"»[369].

Un altro caso è accaduto a Napoli, nel 1891:

> «Il 23 Febbraio moriva a Napoli all'ospedale della Pace un emigrato triestino. Appena il poveretto sentì vicina la morte mandò a chiamare il rabbino Cammeo il quale con tutta la premura si recò al capezzale dell'infermo. Quivi egli seppe che il prete confessore aveva già somministrato l'olio santo al moribondo. Il rabbino allora si rivolse all'amministrazione dell'ospedale informandola che [il degente] apparteneva alla religione israelitica e in essa voleva morire. Ma lo spirito di fanatismo aveva invaso tutto il personale degli inservienti non che le monache, con gran difficoltà si somministravano medicinali e cibi. Le suore speravano in tal modo che [il degente] si convertisse. Avvenuta la morte, altri incidenti. Non si volle dare il cadavere per farlo seppellire nel cimitero israelitico. Tra sovraintendente ed economo, si cercò di prendere 40L quando per recuperare il cadavere, di una persona anche se nulla tenente ce ne volevano 20L. Alla fine con grosse difficoltà e lire spese si ebbe il cadavere»[370].

---

[364] *Seduta del Municipio di Cuneo. Pratica del cimitero degli Israeliti*, in «L'Educatore Israelita», A.8, gennaio1860, pp. 19-20.
[365] Bachi, E., *Il Municipio di Monticelli e il cimitero israelitico*, in «L'Educatore Israelita», A.9, dicembre 1861, pp. 421-422; *La questione dei cimiteri*, in «L'Educatore Israelita», A.11, giugno 1863, pp. 183-184.
[366] *Attualità. Cimiteri comuni, cremazione*, divorzi, in «Il Vessillo Israelitico», A. 23, gennaio 1875, pp. 11-13.
[367] Camerini, D., *Per la libertà di culto*, in «Il Vessillo Israelitico», A. 41, agosto 1893, p. 267.
[368] *La legge non è uguale per tutti*, in «L'Educatore Israelita», A.15, settembre 1867, p. 271.
[369] Ibi, pp. 271-272.
[370] *Atti d'intolleranza a Napoli*, in «Il Vessillo Israelitico», A. 39, marzo 1891, p. 73.

Quanto alle Università israelitiche italiane, sono documentate moltissime esperienze di beneficenza e Opere pie sostenute dalle Comunità a favore dei poveri di religione ebraica.
Ad Alessandria, nel 1853, nasce la confraternita Buona Morte, che sostiene i correligionari nel momento del trapasso e nella sepoltura[371]; a Mantova dal 1825 è presente una Pia Casa di ricovero[372]; a Trieste si documenta la presenza di un Ospedale per la comunità israelitica[373].
La Fraterna della Misericordia, che opera a Padova per i poveri malati, ai quali offre assistenza medica e chirurgica a domicilio, infermieri, pasti, medicinali e biancherie. La Fraterna provvede anche alla circoncisione di bambini poveri; in questi casi si aiutano i genitori fornendo loro un aiuto economico e si somministra quanto può occorrere per la cerimonia e per la consueta refazione[374]. A Verona esercita la Pia Opera di Misericordia, sempre per i correligionari, per i quali dispone di un asilo per infermi, in caso di malattia e sostegno in caso di morte [375].
Durante la guerra d'indipendenza contro l'Impero Austriaco, le Università israelitiche tra Lombardia e Piemonte si muovono negli ospedali militari per prestare assistenza religiosa a soldati di religione ebraica convalescenti, anche se nemici[376]. Nell'Ospizio israelitico di Torino[377] opera la Compagnia di Misericordia funebre che provvede a tutti gli oneri funebri, gratuitamente ai poveri e mediante compenso ai ricchi. Il Municipio di Torino riconosce il valore dell'Ospizio israelitico che «in ogni occasione mette in atto la vera uguaglianza in faccia alla legge: anzi tenendo conto si della popolazione generale israelitica a petto della Cattolica, che della speciale de' ricoverati al nostro Ospizio a paraggio di tutti gli altri ricoverati di pubblici stabilimenti»[378].
Nel 1887, viene pubblicato il primo volume di statistica sulle opere di beneficenza in Piemonte in cui sono riportati i dati della Commissione Reale d'Inchiesta sulle Opere pie, inclusi quelli sulle Opere pie israelitiche riconosciute dal Governo. Tra queste, sono menzionate, oltre al già citato Ospizio di Torino, la Congregazione Israelitica di Carità di Asti che si occupa di elemosina, cura medica e somministrazione di medicinali ai poveri israeliti dal 1872, e la Confraternita di beneficenza di Saluzzo che fa soccorso ai poveri e agli infermi israeliti dal 1865[379]. Ulteriori dati sulle Opere pie sono pubblicati nel 1907[380] e nel 1910[381]. A Livorno vi è un ospedale israelitico, in cui opera la confraternita israelitica *Zedaca Vahèssed* ("Carità e Misericordia"), istituita nel 1846, la quale ha come principali scopi l'assistenza personale e gratuita a domicilio degli ammalati ebrei, non solo poveri, ma di qualsiasi condizione, la fornitura provvisoria di biancheria agli ammalati bisognosi e la somministrazione di viveri. L'Ospedale in cui la confraternita ha la sede, in quegli anni, è di fronte al tempio maggiore di Livorno[382].

[371] D. O., *Della confraternita La Buona Morte di Alessandria*, in «L'Educatore Israelita», A.1, maggio 1853, pp. 150-152.
[372] Norsa, A., *Pie istituzioni israelitiche in Mantova*, in «L'Educatore Israelita», A.2, marzo 1854, pp. 77-79.
[373] *Notizie diverse. Circolo di Trieste*, in «L'Educatore Israelita», A.3, marzo 1855, p. 95.
[374] Osimo, L., R., *Istituti d'Educazione e di Beneficenza degli Israeliti di Padova*, in «L'Educatore Israelita», A.4, febbraio 1856, pp. 59-60.
[375] Della Torre, R., *La Pia opera di Misericordia di Verona*, in «L'Educatore Israelita», A.5, novembre 1857, pp. 337-340.
[376] *Notizie. Italia*, in «L'Educatore Israelita», A.7, giugno-luglio 1859, pp. 174-175.
[377] Guiron, R., *Ospizio Israelitico di Torino*, in «L'Educatore Israelita», A.11, maggio 1863, p. 151.
[378] *Ospizio Israelitico di Torino. Bilancio consuntivo dell'anno 1868*, in «L'Educatore Israelita», A.17, ottobre 1869, p. 296.
[379] *Opere pie Israelitiche*, in «Il Vessillo Israelitico», A. 35, febbraio 1887, p. 62-63.
[380] *Le Opere pie Israelitiche e il mantenimento degli indigenti inabili al lavoro*, in «Il Vessillo Israelitico», A. 55, aprile 1907, pp. 204-208.
[381] *Opere pie Israelitiche-Concentramento*, in «Il Vessillo Israelitico», A. 58, aprile 1910, pp. 155-156; Coen, U., *Il raggruppamento delle OO. PP., e la sistemazione del cimitero israelitico*, in «Il Vessillo Israelitico», A. 58, maggio 1910, pp. 210-212.
[382] Cammeo, G., *Infermieri ebrei*, in «Il Vessillo Israelitico», A. 65, luglio 1917, pp. 317-318.

Un'altra istituzione di beneficenza israelitica, che ha come scopo l'assistenza sanitaria da fine Ottocento, è l'Ospedale israelitico di Roma, l'unico ancora oggi esistente e operante.
Nel 1600, a Roma, fu fondata la prima istituzione di beneficenza ebraica con l'obiettivo di garantire un supporto sanitario di base alla comunità israelitica locale, che era esclusa dalle strutture ospedaliere a causa delle restrizioni imposte ai non cattolici. Durante l'epidemia di colera del 1834, le autorità, preoccupate per la diffusione del contagio, decisero di autorizzare temporaneamente l'apertura di un lazzaretto dedicato agli ebrei romani e allestito nel Palazzo Cenci[383]. Nella Comunità ebraica, al tempo dalla chiusura del ghetto, erano presenti più di trenta confraternite dedite alla beneficenza e all'assistenza sociale e sanitaria. È da questo solido fondamento che nasce nel 1885 la "Deputazione centrale israelitica di carità", un nuovo ente di vigilanza e coordinamento[384]. La nascita dell'Ospedale Israelitico ha origine dalla necessità di questa confraternita di trovare una sede adatta per ospitare gli ebrei malati gravi e privi di mezzi economici per affrontare le spese sanitarie. L'Associazione di via Fiumara 26, fondata il 28 settembre 1881, si propone di offrire un rifugio ai malati poveri, dando così il via alla creazione dell'Ospedale, volto a garantire assistenza ai membri della comunità ebraica di Roma con minori risorse[385]. Il lascito di Emanuele A. V. Modigliani è di fondamentale importanza a tale proposito. Una commissione è incaricata di realizzare questo progetto con successo[386].
Dopo il 1884, l'amministrazione comunale decide di concedere alla Comunità ebraica il vecchio Convento, di proprietà comunale[387], vicino alla Chiesa di San Bartolomeo per creare un ospedale. Questa decisione viene presa considerando sia la vicinanza dell'Isola Tiberina al vecchio ghetto, sia l'episodio della mancata accoglienza negli ospedali pubblici di un ebreo, che sentitosi male è poi morto[388].
Nel 1887, lo stesso edificio ospita anche il "Ricovero per israeliti poveri e invalidi", che continua la tradizione di assistenza agli anziani iniziata dalla confraternita *Mosclav Zechenim* ("Asilo dei vecchi")[389]. L'Ospedale, privo di personalità giuridica, incontra notevoli difficoltà nella gestione delle donazioni e dei lasciti. Per ottenere lo status di ente morale secondo la legge sulle Opere pie del 1862, l'Istituto deve possedere un adeguato fondo patrimoniale per assicurare il sostentamento dei pazienti. Nel 1889 viene redatto il primo statuto, che serve da base per quello successivo, approvato con regio decreto 21 maggio 1911[390].
Il regolamento del nuovo Ospedale permette l'accoglienza a pagamento degli ebrei non bisognosi di passaggio da altre città, senza che si comprometta l'assistenza ai poveri. La tradizione dei medici-rabbini, con figure come il primo medico dell'Ospedale Samuele Toscano e il direttore Benedetto

[383] *La nostra storia. Il futuro ha una lunga storia*, in https://ospedaleisraelitico.it/storia/
[384] Associazione Isola Tiberina (a cura di), *L'Ospedale Israelitico*, in https://www.isolatiberina.it/index.php/it/isola-rifugio-i/ospisr-i?showall=1
[385] Protasi, M., R., Militi, M., Grenga, G., Pavoncello Piperno, C., Haia, Antonucci, S., *Beth Cholim. L'ospedale Israelitico di Roma dalle origini al termine del secondo conflitto mondiale,* in https://www.shalom.it/blog/storia-bc219/beth-cholim-la-ospedale-israelitico-di-roma-dalle-origini-al-termine-del-secondo-conflitto-mondiale-b1111481
[386] Ibidem.
[387] Associazione Isola Tiberina (a cura di), *L'Ospedale Israelitico*, in https://www.isolatiberina.it/index.php/it/isola-rifugio-i/ospisr-i?showall=1
[388] *La nostra storia. Il futuro ha una lunga storia*, in https://ospedaleisraelitico.it/storia/
[389] Associazione Isola Tiberina (a cura di), *L'Ospedale Israelitico*, in https://www.isolatiberina.it/index.php/it/isola-rifugio-i/ospisr-i?showall=1
[390] Protasi, M., R., Militi, M., Grenga, G., Pavoncello Piperno, C., Haia, Antonucci, S., *Beth Cholim. L'ospedale Israelitico di Roma dalle origini al termine del secondo conflitto mondiale,* in https://www.shalom.it/blog/storia-bc219/beth-cholim-la-ospedale-israelitico-di-roma-dalle-origini-al-termine-del-secondo-conflitto-mondiale-b1111481

Zevi, prosegue nel nuovo istituto sanitario. L'Ospedale ha a disposizione 17 letti principali e altri 8, separati e situati in un'ala del convento di S. Bartolomeo, per i malati cronici. I fondi per l'attività dell'ospedale provengono da un contributo iniziale del *Ghemilud Chasadim* e successivamente dalla "Deputazione centrale israelitica di carità", oltre che da lasciti di generosi benefattori come Mosè Levi[391].

[391] Associazione Isola Tiberina (a cura di), *L'Ospedale Israelitico*, in https://www.isolatiberina.it/index.php/it/isola-rifugio-i/ospisr-i?showall=1

CAPITOLO 2.
RELIGIONE E SANITÀ NEGLI ANNI DEL FASCISMO.

Il periodo fascista rappresenta un momento particolarmente significativo, in cui il rapporto tra religione e sanità si ridefinisce entro una cornice fortemente orientata alla costruzione di un ordine morale e sociale unitario. Le confessioni religiose si trovano così a confrontarsi con un modello che non si limita a disciplinare le pratiche, ma tende a orientarne il significato, incidendo sulle modalità attraverso cui esse possono esprimersi nello spazio pubblico e sanitario.
In tale contesto, le differenti reazioni delle confessioni non si esauriscono in una mera adesione o opposizione, ma riflettono assetti più profondi relativi al modo in cui ciascuna di esse concepisce il proprio ruolo rispetto all'autorità politica e alla regolazione della vita collettiva.

2.1. La condizione delle confessioni religiose nel ventennio fascista.

Con la politica ecclesiastica del fascismo vi è un sostanziale rovesciamento dell'impostazione dei governi liberali, che «favorirono le tendenze religiose riformatrici per ridimensionare l'influenza cattolica»[392]. Quella del fascismo è una politica «attenta ai grandi numeri e alle grandi forze»[393], la quale, infatti, comprende immediatamente che la Chiesa cattolica esercita una notevole influenza in Italia. C'è un diffuso consenso riguardo alla natura confessionale che assume lo Stato sotto il fascismo, il quale considera i principi della fede cattolica come base per il substrato etico su cui erigere l'impalcatura giuridica del regime, auspicandosi che la vita pubblica e sociale sia influenzata il più possibile dalla dottrina religiosa, morale, sociale e giuridica del cattolicesimo[394]. Non bisogna dimenticare però che il fascismo, all'inizio, fu anticlericale. Lo stesso Mussolini avvertirà sempre una resistenza verso il clero. Tra i principali obiettivi del programma dei Fasci di combattimento, fino al 1919, erano inclusi l'eliminazione del principio della religione di Stato, la confisca dei beni delle congregazioni religiose e la soppressione delle mense vescovili. Con la salita al potere, però, il fascismo attua una politica ben più accomodante nei confronti della Chiesa.
Quanto alle confessioni diverse dalla cattolica, il fascismo si caratterizza per una politica giurisdizionalista e limitatrice delle libertà. Nel dicembre del 1924, la Camera approva una nuova legge che restringe la libertà di stampa e ridefinisce la protezione dei culti riconosciuti dallo stato. L'art. 7 di questa legge prevede sanzioni per chi, attraverso i mezzi di comunicazione, offende la religione cattolica. Al contrario, non vengono menzionate le offese rivolte ai culti non cattolici. «La controversia confessionale di ottant'anni di evangelizzazione trovava così, durante il regime fascista, una fine forzata»[395]. Questa legge ha un impatto molto forte sulla Chiesa valdese e su tutti gli evangelici. Da un lato rende rischioso per la stampa la pubblicazione di commenti critici sulla Chiesa cattolica, ancora di più se incentrati sui trionfalismi del regime nei rapporti con essa. Così, i periodici valdesi danno notizie riguardanti i Patti Lateranensi con molto ritardo e con estrema cautela[396].

[392] Scoppola, P., *Il fascismo e le minoranze evangeliche*, in Fontana, S., (a cura di), *Il fascismo e le autonomie locali*, Bologna, Il Mulino, 1973, p. 332.
[393] Ibi, p. 333.
[394] Madonna, M., *Profili storici del diritto di libertà religiosa nell'Italia post-unitaria*, cit, p. 37.
[395] Vinay, V., *Storia dei valdesi, III. Dal movimento evangelico italiano al movimento ecumenico (1848-1978)*, Torino, Claudiana, 1989, pp. 368-369.
[396] Peyrot, G., *Gli evangelici nei loro rapporti con lo Stato dal fascismo ad oggi*, Torre Pellice, Società di studi valdesi, 1977, p. 6.

Dall'altro lato, togliendo l'incriminazione dell'offesa verso i culti non cattolici, permette la recrudescenza della tradizionale polemica contro i culti evangelici così come dei discorsi antisemiti.
Il fascismo, dunque, avvia una «politica di "riconfessionalizzazione" dello Stato in senso cattolico»[397], e quest'attenzione è ricambiata dalla Chiesa cattolica. Il ritorno ad un orientamento confessionistico cattolico da parte dello Stato culmina nei Patti Lateranensi del 1929[398]. Essi generano speranze nel mondo cattolico e allo stesso tempo timori tra le minoranze religiose, preoccupate per una politica restrittiva nei loro confronti in Italia. Tuttavia, Mussolini sembra dissipare ogni incertezza al riguardo, dichiarando esplicitamente che il Concordato non riporta l'Italia nel Medioevo, non annulla la libertà di coscienza e di culto, e non altera l'uguaglianza dei cittadini di fronte alla legge, quale che sia la religione che professano[399]. All'indomani della stipula, «vi fu chi propose sbrigativamente di cacciare dall'Italia tutti i protestanti, indicati come "nuovi barbari"»[400]. Questi argomenti polemici non rappresentano una novità; tuttavia, ormai non sono più «isolati»[401]. Il regime fascista nutre una profonda diffidenza nei confronti delle confessioni protestanti, soprattutto di origine straniera e, in linea generale, la sua aspirazione a una nazione unita lo spinge, sin dall'inizio, a mettere in atto politiche contrarie a tutte le minoranze[402]. Nonostante la presenza di esponenti di spicco nel Partito Fascista tra le comunità ebraiche e protestanti italiane, con la progressiva perdita della parvenza di parità, i timori delle minoranze religiose si intensificano, specialmente in relazione al «prezzo»[403] che la Santa Sede potrebbe richiedere in seguito alla Conciliazione. Già prima del Concordato, le autorità dimostrano di avere una certa considerazione per le richieste della Santa Sede: talvolta, «semplici reclami di cattolici danno motivo a interventi dell'autorità contro pastori evangelici»[404].
Ai Patti Lateranensi segue la legge n. 1159 del 24 giugno 1929 sui culti ammessi, che sembra inizialmente fornire garanzie alle minoranze religiose. Nello stesso anno, il regime fascista istituisce la commissione bilaterale per la riforma delle comunità ebraiche e del loro Consorzio[405].
A queste misure rassicuranti per le minoranze religiose seguono però le disposizioni attuative della legge sui culti ammessi, introdotte con il regio decreto del 28 febbraio 1930, n. 289, che impongono varie restrizioni alle libertà delle confessioni non cattoliche, sottoponendole a un ampio sistema di controlli e autorizzazioni per le loro attività[406].
Nello stesso anno, viene emanato anche il nuovo codice penale (Codice Rocco), il quale sancisce una netta discriminazione tra religione ufficiale e culti ammessi. Il Codice Zanardelli del 1889, fin dai primi anni del regime fascista, viene definito come il «frutto dell'agnosticismo paritetico in materia religiosa, l'effetto più appariscente del laicismo statale, anzi la più ingenua espressione della

[397] Madonna, M., *Profili storici del diritto di libertà religiosa nell'Italia post-unitaria*, cit, p. 25.
[398] Ibi, p. 26.
[399] Madonna, M., *Breve storia della libertà religiosa in Italia. Aspetti giuridici e problemi pratici*, in Melloni, A., (a cura di), *Cristiani d'Italia, Chiese, società, Stato, (1861-2011),* Roma, Istituto dell'Enciclopedia italiana, 2011, p. 2380.
[400] Long, G., *Le confessioni religiose "diverse dalla cattolica". Ordinamenti interni e rapporti con lo Stato*, Bologna, Il Mulino, 1991, p. 21.
[401] Ibidem.
[402] Ibidem.
[403] Ibi, p. 22.
[404] Scoppola, P., *Il fascismo e le minoranze evangeliche*, cit, p. 335.
[405] Dazzetti, S., *L'autonomia delle comunità ebraiche italiane nel Novecento. Leggi, intese, statuti, regolamenti*, Torino, Giappichelli, 2008, p. 69.
[406] Madonna, M., *Profili storici del diritto di libertà religiosa nell'Italia post-unitaria*, cit, p. 35.

mentalità massonico-protestante»[407]. È l'«ennesimo ritorno indietro»[408] della legislazione fascista; esso ripristina il reato di vilipendio della religione di stato, riducendo la protezione penale per i culti ammessi. Infatti, diminuisce la pena dei reati di turbamento di funzioni religiose e vilipendio di persone e di cose se perpetrati ai danni dei culti ammessi.
Questa disparità di trattamento è percepita come discriminatoria e genera proteste tra i rappresentanti delle confessioni minoritarie che, pur sostenendo la politica ecclesiastica del fascismo, si sentono colpite[409].
Il Consorzio delle Comunità israelitiche, in un comunicato inviato alla Commissione ministeriale, evidenzia come queste disposizioni compromettano il principio di uguaglianza giuridica tra tutti i cittadini e privino i non cattolici della protezione prevista dalla libertà di stampa, sollecitando il ministro a rivedere tali norme[410]. Rocco risponde così al Consorzio:

> «Quest'ordine di cose deve essere mantenuto oggi che, in seguito agli Accordi dell'11 febbraio 1929, la Chiesa cattolica gode di una situazione giuridica di particolare favore. Né mi pare che il sistema adottato ferisca il principio dell'uguaglianza dei culti di fronte alla legge, perché i cittadini come singoli non vengono qui in questione, trattandosi di concedere una maggiore tutela ad un istituto di carattere religioso, etico e sociale al tempo stesso, a cui lo Stato non più agnostico, ma cattolico, riconosce una speciale preminenza»[411].

Il Consorzio non riesce ad ottenere così che l'art. 402, che prevede pene per le offese alla religione cattolica, estenda la sua protezione anche alla religione israelitica, né a far accettare le sue posizioni in ambito matrimoniale[412].
Il 12 giugno 1930, è vietato il rilascio dei passaporti a pastori evangelici per l'Eritrea e il 4 luglio il divieto è esteso a tutte le colonie africane[413].
Nel 1931, a soli due anni dalla Conciliazione, sono i rapporti tra la Santa Sede e il regime fascista ad attraversare una profonda crisi. La situazione si aggrava ulteriormente con lo scioglimento delle organizzazioni giovanili cattoliche da parte dello Stato fascista, il quale afferma che l'appartenenza all'Azione cattolica è incompatibile con l'adesione al partito fascista, la quale è richiesta per qualsiasi impiego pubblico e la maggior parte delle occupazioni private[414]. La risposta di Pio XI è estremamente severa: con l'enciclica "Non abbiamo bisogno", denuncia il piano sovversivo del fascismo. Essa sottolinea l'importanza della famiglia e della Chiesa nell'educazione dei giovani che, come vedremo, è un ambito che il fascismo mira a controllare completamente. Sostiene inoltre che non si può giurare al "duce" senza richiamarsi ai principi della coscienza cristiana. Tuttavia, nonostante la rottura sembri imminente a causa della furiosa reazione di Mussolini all'enciclica, nel settembre si giunge a un nuovo accordo che sarebbe rimasto in vigore fino alla caduta del regime fascista nel 1943[415]. Secondo Scoppola, l'antifascismo di ambienti cattolici, che si è manifestato nella crisi del 1931, rappresenta prevalentemente una forma di netta ed esterofila difesa dei principi religiosi. Si aspira a instaurare uno Stato maggiormente legato ai valori confessionali rispetto a quello

[407] Falco, M., *Le minoranze religiose e il progetto del nuovo codice penale*, in «La rassegna mensile di Israel», vol. V, 4, 1930, p. 220.
[408] Disegni, G., cit, p. 53.
[409] Long, G., cit, p. 27.
[410] Falco, M., *Le minoranze religiose e il progetto del nuovo codice penale*, cit, p. 216.
[411] Cit. in ibi, p. 226.
[412] Disegni, G., cit, p. 126.
[413] Scoppola, P., *Il fascismo e le minoranze evangeliche*, cit, p. 336.
[414] Cfr. Scoppola, P., *La Chiesa e il Fascismo. Documenti e interpretazioni*, Bari, Laterza editore, 1971.
[415] Ibidem.

realizzato dal regime fascista, desiderando un'amministrazione pubblica più rispettosa delle istanze e delle richieste della Chiesa[416].

Dalla sua ricerca documentale, Scoppola individua tra le cause della crisi del 1931, tra lo Stato e la Santa Sede, la condizione giuridica riservate alle minoranze protestanti in quanto, «negli ambienti cattolici si avvertiva una certa insoddisfazione per quella che consideravano un'eccessiva libertà concessa dal governo alla propaganda protestante, in virtù della legge del 1929»[417]. Nonostante gli apprezzamenti al regime e all'uomo che lo guida, da parte di esponenti evangelici, le differenze ideologiche tra le Chiese evangeliche e il regime fascista rimangono nettamente delineate e irriducibili. Questa consapevolezza della incompatibilità ideologica impedisce al regime di tentare di sfruttare le Chiese evangeliche per i propri scopi. Mussolini non considera la possibilità di utilizzarle in un contesto di opposizione alla Santa Sede, nemmeno durante la crisi del '31, né sembra che abbia intenzione di sfruttarle per la sua politica internazionale[418].

Nel 1931 viene emanato il testo unico di pubblica sicurezza, approvato con R.D. 18 giugno 1931, n. 773. Tra le disposizioni spicca l'art. 18, che attribuisce all'autorità di pubblica sicurezza il potere di classificare come "pubbliche" le riunioni private che si tengono in luoghi accessibili al pubblico, secondo valutazioni discrezionali. Per decenni, questo articolo «costituirà lo strumento per vietare e perseguire anche le riunioni di preghiera o di culto in case private»[419]. Questo approccio più autoritario nei confronti dei non cattolici porta anche ad un trasferimento di competenze in materia di culti: nel 1932, con i Regi Decreti-legge n. 884 del 20 luglio, e n. 1080 del 19 agosto, tale responsabilità viene trasferita dal ministero della Giustizia a quello dell'Interno[420].

Per un regime autoritario come quello instaurato in Italia in quegli anni, non è una priorità tutelare la libertà religiosa delle minoranze; ciò che davvero conta è riaffermare, nei confronti della Chiesa cattolica, l'autonomia e la sovranità dello Stato, nonché il suo carattere totalitario. Il regime, come si è visto, mostra un comportamento ambivalente nei confronti delle richieste della Chiesa, alternando momenti di accondiscendenza, a fasi di presa di distanza.

Nonostante ciò, negli anni Trenta, si realizza quello che Traniello chiama «nazionalcattolicesimo», che ha il «proprio fulcro nel Papato e in diversi principi di autorità e identità nazionale»[421]. Il motivo che ha maggiore risonanza è il richiamo al patriottismo che esprime l'identificazione «con le sorti della nazione e quelle della religione cattolica»[422]. La guerra d'Etiopia ne segna il momento apicale, raggiungendo il punto di massima convergenza nel sentire comune. Questo conflitto permette di reinterpretare il mito della romanità attraverso una lente missionaria e di civilizzazione «tipicamente latino-cattolica», dando vita a una forma di «imperialismo spirituale», «divulgato da molti pulpiti come qualitativamente diverso dall'imperialismo del denaro proprio delle potenze "protestanti"» [423].

Nelle elezioni del marzo 1934 l'appoggio dei cattolici al regime è «largo e senza riserve»[424].

Con la circolare Buffarini-Guidi, del ministero degli Interni, datata 9 aprile 1935, si vieta il culto pentecostale, in quanto contrario «all'ordine sociale e nocivo all'integrità fisica e psichica della

[416] Scoppola, P., *Il fascismo e le minoranze evangeliche*, cit, p. 345.
[417] Ibi, p. 341.
[418] Ibi, p. 333.
[419] Long, G., cit, pp. 27-28.
[420] Madonna, M., *Profili storici del diritto di libertà religiosa nell'Italia post-unitaria*, cit, p. 36.
[421] Traniello, F., cit, p. 262.
[422] Ibi, p. 280.
[423] Ibi, p. 261.
[424] Scoppola, P., *Il fascismo e le minoranze evangeliche*, cit, p. 340.

razza»[425]. Questo divieto è ulteriormente confermato attraverso successive circolari, nelle quali sono «esplicitamente menzionati anche i Testimoni di Geova e l'Associazione degli Studenti della Bibbia»[426].
Nel 1938 viene emanata la legislazione razziale che, pur colpendo gli ebrei per la loro identità etnica, ne limita anche la libertà religiosa[427]. Per gli scopi di questa tesi, è utile ricordare che, come la circolare Buffarini-Guidi, anche le leggi razziali hanno un'ispirazione "sanitaria".
Dopo il 1938, prosegue la collaborazione attiva dei cattolici con le autorità del regime, anche in chiave antiprotestante. Le cose cambieranno solo dopo l'accordo tra Italia e Germania, quando inizia a diffondersi tra i cattolici l'idea che «la libertà è un bene indivisibile e che la libertà della Chiesa cattolica non avrebbe potuto coesistere con l'oppressione dei protestanti o degli ebrei»[428], ma si tratta di un processo lento, caratterizzato da «contrasti e resistenze», che non coinvolge le masse ma alcune élites cattoliche, «come il Movimento Laureati o la FUCI.» [429]. Il nazionalcattolicesimo inizia a perdere vigore «creando una crisi di fedi e fedeltà, in cui il sentire religioso risultava direttamente implicato»[430].
L'entrata in guerra dell'Italia porta al decisivo indebolimento dei fondamenti su cui si sostiene il fragile equilibrio tra identità cattolica identità fascista, mentre la religione cattolica, soprattutto durante le prime fasi della guerra, esercita una doppia funzione: offre «un significato meta-ideologico ai sacrifici e prove altrimenti poco accettabili» e assicura «un rifugio e una consolazione a milioni di persone»[431].
Per quanto riguarda le minoranze religiose, l'entrata in guerra non può naturalmente migliorarne la condizione, anche se sono documentati casi, di poco antecedenti, in cui la Direzione dei culti fornisce loro una qualche protezione. Un esempio è il parere del 5 aprile 1941, con cui essa si oppone alla revoca del riconoscimento degli avventisti proposta dal capo della polizia[432]. In altri casi, rifiuta di accogliere richieste intolleranti giustificate con pretesti di ordine pubblico, come la chiusura di oratori evangelici.

2.1.1. La Chiesa cattolica e i Patti Lateranensi.

Negli anni successivi al primo conflitto mondiale, il mondo cattolico vive un'intensa spinta verso la mobilitazione, l'organizzazione e l'attivismo sociale. Questo fenomeno è radicato in una convinzione condivisa secondo cui la guerra, che ha dato origine a significativi movimenti sociali, ha segnato un punto di svolta rispetto alle strutture politico-religiose dell'epoca liberale. In particolare, si afferma che ha creato le premesse per un cambiamento radicale nel ruolo della religione nella sfera pubblica[433]. Il nuovo ruolo, che il cattolicesimo ha assunto come elemento centrale della società civile e come interlocutore principale delle istituzioni pubbliche, determina anche profondi cambiamenti nella posizione della Chiesa cattolica verso la Questione Romana[434]. La guerra ha rivelato alcune

[425] Disegni, G., cit, p. 101.
[426] Long, G., cit, pp. 27-28.
[427] Ibidem.
[428] Scoppola, P., *Il fascismo e le minoranze evangeliche*, cit, p. 345.
[429] Ibi, p. 366.
[430] Traniello, F., cit, p. 271.
[431] Ibi, p. 275.
[432] Scoppola, P., *Il fascismo e le minoranze evangeliche*, cit, p. 357.
[433] Traniello, F., cit, p. 225.
[434] Pertici, R., *Chiesa e Stato in Italia. Dalla Grande Guerra al nuovo concordato (1914-1984)*, Bologna, Il Mulino, 2009, p. 100.

vulnerabilità della Legge delle Guarentigie del 1871, in particolare per quanto riguarda il diritto di legazione passiva riconosciuto al pontefice, il quale risulta di «difficile attuazione in assenza di un'effettiva sovranità territoriale della Santa Sede»[435]. Durante il conflitto, la Santa Sede si trova a vivere un isolamento diplomatico senza precedenti, venendo esclusa da ogni conferenza o negoziato. Questa situazione spinge la Chiesa cattolica a rinunciare all'idea di una restaurazione dello Stato della Chiesa. In risposta alla chiusura dei governi liberali, si è fatta strada l'idea di un programma minimo, ma realizzabile, mirato alla creazione di un'«enclave vaticana»[436] con piena sovranità[437]. I primi tentativi di negoziato, con i governanti Orlando e Nitti, tuttavia falliscono: nel caso di Orlando per l'opposizione del re. La lezione che la diplomazia vaticana apprende è quella di evitare di dare «l'impressione che la sua ansia di concludere fosse assai maggiore di quella della controparte»[438]. Da questo momento in avanti la segreteria di Stato della Santa Sede sarà molto più guardinga, in attesa di un interlocutore affidabile, senza mai rinunciare al presupposto "pattizio" per risolvere la questione, motivo per il quale la Santa Sede non ha mai preso in considerazione l'ipotesi di mantenere la prima parte della Legge delle Guarentigie in vigore. Ma, per realizzare ciò, si necessita che il governo italiano la riconosca come soggetto di diritto internazionale[439]. Il contesto politico però, che porterà alla firma dei Patti Lateranensi si sviluppa gradualmente, negli anni del fascismo al potere, su iniziativa di Mussolini.

Con l'avvento del fascismo, la Chiesa si trova a condividere con esso interessi che la spingono a implementare la funzione di conservazione dell'ordine sociale esistente e a sostenerlo, in quanto il fascismo rappresenta e tutela questi interessi[440].

Negli anni Venti e Trenta, la Chiesa Cattolica nella figura del pontefice Pio XI si caratterizza come una delle protagoniste della crisi del sistema liberale, considerato il catalizzatore della secolarizzazione e dell'agnosticismo, «responsabile di una sistematica erosione dello spazio sociale riservato alla religione cattolica e del ruolo pubblico della Chiesa»[441]. Il magistero di papa Ratti affronta nel corso del tempo molti temi, spaziando dalla dimensione privata a quella pubblica, come avremo modo di approfondire nei paragrafi successivi per quanto riguarda la morale sessuale e i temi legati all'eugenetica. L'enciclica *Quas Primas*, pubblicata al termine del 1925, è una risposta ai fenomeni di secolarizzazione promossi dalla cultura e dalla civiltà moderna, caratterizzata, fin dalle sue origini, dall'influenza del «laicismo» [442], definito la «peste della età nostra […] coi suoi errori e i suoi empi incentivi»[443]. La svolta confessionale del fascismo, con la sua retorica contro il sistema liberale, anti-massonica e anti-comunista, non poteva che essere accolta con favore dalla Chiesa di Pio XI; inoltre, Mussolini si rende conto della convenienza di sfruttare la Chiesa come «"*instrumentum regni*" per rafforzare il potere del fascismo»[444]. La politica del fascismo riguardo la Chiesa cattolica non si configura come un progetto sistematico, ma piuttosto come una serie di azioni e misure, il cui principale valore risiede nel loro significato simbolico[445]. Esse cercano spesso di

[435] Ferrari, A., cit, p. 27.
[436] Pertici, R., cit, pp. 100.
[437] Ferrari, A., cit, p. 28.
[438] Pertici, R., cit, p. 100.
[439] Ibi, p. 101.
[440] Disegni, G., cit, p. 37
[441] Traniello, F., cit, p. 231.
[442] Traniello, F., cit, p. 323.
[443] Papa Pio XI, *Lettera enciclica Quas Primas*, in https://www.vatican.va/content/pius-xi/it/encyclicals/documents/hf_p-xi_enc_11121925_quas-primas.html
[444] Disegni, G., cit, p. 38.
[445] Pertici, R., cit, p. 105.

rispondere a desideri storici della Santa Sede, come la reintroduzione del crocifisso negli uffici pubblici; la previsione del reato di bestemmia; il diniego a riaprire il dibattito sul divorzio; l'inserimento dell'insegnamento della religione nel curriculum delle scuole elementari; l'equiparazione tra scuole pubbliche e istituti privati di ispirazione religiosa; il ripristino dei cappellani nelle forze armate; il riconoscimento giuridico dell'Università Cattolica del Sacro Cuore; il riconoscimento civile di numerose festività religiose, come la festa del Sacro Cuore di Gesù; una maggiore attenzione verso l'edilizia di culto; l'approvazione della legge contro la massoneria L. 26 novembre 1925 n. 2029; la partecipazione ufficiale a importanti celebrazioni religiose, dimostrando particolare rispetto verso il clero, al quale sono rivolti diversi provvedimenti di favore[446].

I tempi sembrano ormai maturi anche per la risoluzione della Questione Romana e la connessa revisione della legislazione ecclesiastica[447]. Nel gennaio 1923 a Roma, si incontrano, per la prima volta e «semi-clandestinamente»[448], Mussolini e il cardinale Gasparri, su iniziativa del primo. L'instaurazione di questo rapporto è cruciale per affrontare le crescenti tensioni tra la Chiesa e il Partito popolare, visto come ostacolo principale al consolidamento del potere del partito fascista. Dalla primavera del 1923, inizialmente per iniziativa di Amedeo Giannini e successivamente con la mediazione di padre Tacchi Venturi, Mussolini si mostra aperto al dialogo e chiede alla Santa Sede di fornire nomi di potenziali membri per una commissione e di elencare i punti chiave da prendere in considerazione riguardo alla trattativa. Nella sua risposta, Gasparri comunica i nomi richiesti e delinea le sue osservazioni in un documento, che Mussolini riceve nel luglio 1924.

Il negoziato ha un'accelerazione nel 1925, quando Alfredo Rocco diventa ministro della giustizia. In quel periodo, Rocco comunica ad alcuni influenti rappresentanti della Santa Sede la sua disponibilità non solo a negoziare un trattato per risolvere la Questione Romana, ma anche a stipulare un concordato per rivedere la condizione della Chiesa cattolica in Italia, sempre nel rispetto delle prerogative statali[449]. Nel mese di febbraio, il papa pubblica una lettera ribadendo il suo diniego a una qualsiasi soluzione unilaterale della Questione Romana[450]. Le proposte di riforma della legislazione ecclesiastica del 1925, insieme ai progetti Santucci-Rocco per la revisione della Legge delle Guarentigie, rappresentano comunque una risposta significativa ai desiderata della Santa Sede, anche se il primo schema, redatto da Santucci, non prende in considerazione gli enti ecclesiastici[451]. Ad ogni modo, questi progetti, almeno sotto il profilo giuridico – «perché la dimensione politica è tutt'altra»[452] – segnano il passaggio tra la legislazione ecclesiastica dell'epoca prefascista, inclusa la legge delle guarentigie, e i Patti del 1929[453].

I cattolici, in particolare il clero italiano, nonostante la consapevolezza che il fascismo sia un'ideologia di violenza e di guerra, nonché foriero di ingiustizie sociali, trovano in esso un alleato contro nemici comuni. Questa condivisione di avversari può spingerli a tollerare le sue insidie e i suoi eccessi. Per le autorità ecclesiastiche, il regime fascista rappresenta una rivincita nei confronti non solo dei socialisti, ma anche dei liberali, i quali si sono dimostrati incapaci di ricucire la frattura con

[446] Ibidem.
[447] Ibi, p. 101.
[448] Ibi, p. 102.
[449] Ibi, p. 117.
[450] Ibi, p. 120.
[451] Ottaviani, A., cit, p. 31.
[452] Margiotta Broglio, F., *Italia e Santa Sede dalla Grande Guerra alla Conciliazione. Aspetti politici e giuridici*, Bari, Editori Laterza, 1966, p. 206.
[453] Margiotta Broglio, F., *Il fascismo e i tentativi di conciliazione*, in D'Avack, P., A., (a cura di), *La legislazione ecclesiastica. Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione*, Milano, Neri Pozza Editore, 1967, p. 254.

la Chiesa cattolica. L'episcopato italiano vede il liberalismo come una delle principali fonti del socialismo e lo descrive come un frutto avvelenato derivante da una prospettiva atea e di falsa uguaglianza. Questa visione, a suo avviso, richiede un deciso contrasto, anche a costo di misure di forza adottate dal fascismo[454]. Non sorprende affatto che tra i primi provvedimenti del regime si trovino donazioni destinate alla Chiesa, il ripristino di privilegi che erano stati limitati o cancellati per circa trent'anni e, infine, la revisione della legislazione riguardante le Opere pie, «di cui lo stesso pontefice Pio XI si rallegra»[455].

Il fascismo e, in particolare, il Duce non perseguono una politica ecclesiastica coerente. Anche gli incontri che portano alla Conciliazione appaiono determinati più da una convergenza propizia di fattori che da un consapevole progetto politico. In merito alle relazioni con la Santa Sede, Mussolini si rende conto della necessità di rendere la Chiesa cattolica un elemento centrale del regime, cercando così di nazionalizzarla il più possibile[456].

Fino al 1925, le sue aspirazioni si limitano principalmente a «mantenere una "serenità di rapporti"»[457]. Nell'agosto 1926, il consigliere del papa, Francesco Pacelli, fratello del futuro Pio XII, viene ricevuto in udienza dal papa e autorizzato a un primo contatto con il Governo per procedere con le negoziazioni. Lo stesso mese incontra a casa sua il Consigliere di stato Domenico Barone. Iniziano allora le trattative vere e proprie, che proseguiranno per oltre due anni[458].

In un primo momento il negoziato ha carattere non ufficiale: Mussolini conferisce l'incarico strettamente confidenziale a Barone di trattare per preparare la base per gli accordi ufficiali con una lettera datata 4 ottobre. Con una lettera successiva, su autorizzazione del re, gli conferisce ufficialmente l'incarico da svolgersi in assoluta segretezza. Analoghi incarichi saranno affidati a Pacelli da parte del pontefice. Inizia così, la fase ufficiale, seppur segreta, delle trattative tra Governo fascista e Santa Sede, che dura per tutto l'arco del 1927[459].

Nel 1928 le trattative si interrompono formalmente, a causa della soppressione delle società ginniche giovanili, riaprendo la questione, molto importante per entrambe le parti, dell'educazione giovanile, soprattutto perché lo Stato fascista voleva il monopolio in questo campo. L'*empasse* viene superata dalla reciproca disponibilità a concessioni: da parte della Chiesa sull'educazione, e dello Stato in materia matrimoniale[460]. Nel corso dell'anno, continuano però i contatti tra Barone e Pacelli e, alla fine del 1928, le trattative ricominciano e volgono alla fase conclusiva, sotto la guida diretta di Mussolini con l'ausilio del Ministro Rocco, essendo Barone morto il 4 gennaio 1929[461].

Dal 1928, il Papa riduce le pretese territoriali a favore di maggiori concessioni in ambito finanziario e della firma del Concordato. Per quanto riguarda l'ambito finanziario, la Legge delle Guarentigie prevedeva che il governo italiano dovesse versare alla Santa Sede una rendita annua pari a quanto previsto nell'ultimo bilancio dello Stato pontificio: «si trattava di 3.250.000 lire. La Santa Sede non aveva mai riscosso quel denaro»[462]. Con le trattative per la Conciliazione, dopo una svolta dell'ultima ora (13 gennaio 1929), «Pio XI si disse disposto ad accettare un miliardo e mezzo con pagamento

[454] Vicarelli, G., *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Bologna, Il Mulino, 1997, p. 384.
[455] Ibi, p. 385.
[456] Margiotta Broglio, F., *Il fascismo e i tentativi di conciliazione*, cit, p. 257.
[457] Ibidem.
[458] Pertici, R., cit, p. 123.
[459] Ibidem.
[460] Ottaviani, A., cit, p. 31.
[461] Pertici, R., cit, p. 123.
[462] Ibi, p. 131.

immediato o due miliardi in consolidato»[463], a patto che la nuova somma non appaia come risultato della negoziazione, ma come un'offerta più alta fatta da Mussolini. La somma da ultimo concordata è di «750 milioni in contanti e un miliardo in consolidato al 5 %»[464].

Le trattative sul Concordato sono avviate solo dopo aver raggiunto una bozza soddisfacente del Trattato. Pacelli, con un memoriale, informa la sua controparte di Stato sui punti che dovrebbero formarne l'oggetto, tra cui le confraternite e le opere di beneficenza della Chiesa[465]. Lo schema del concordato elaborato non è diverso da altri accordi bilaterali stipulati in quegli anni dalla Santa Sede, ma nel contesto italiano si legano alla soluzione della Questione Romana[466]. Mussolini ritiene di poter contenere le conseguenze pratiche delle concessioni incluse nel Concordato, grazie alla natura autoritaria del regime. Non va poi mai dimenticata la consonanza ideologica: entrambe le parti condividono la convinzione che l'Italia debba essere riconosciuta come una nazione cattolica e che lo Stato stesso debba ufficialmente riflettere questa identità[467].

Se per il Concordato si procede speditamente e senza intoppi, per il Trattato si impiega maggiore tempo e sforzi, perché esso regola questioni che hanno una «maggior rilevanza storica, politica e simbolica e una più sicura risonanza internazionale»[468].

Il 29 gennaio, Mussolini inizia a spingere per la firma. Il 7 febbraio, il segretario di Stato Gasparri informa i diplomatici presenti alla Santa Sede riguardo ai Patti. Nella stessa giornata, viene programmata la cerimonia di firma. «L'11 febbraio 1929, nel Palazzo del Laterano, il capo del Governo italiano, Benito Mussolini, e il segretario di Stato della Santa Sede, cardinale Pietro Gasparri, pongono la loro firma in calce ai Patti»[469]. Nel pomeriggio dello stesso giorno la notizia si diffonde velocemente in tutto il mondo[470].

I Patti Lateranensi comprendono un Trattato con quattro allegati, l'ultimo dei quali è la Convenzione finanziaria, ed un Concordato. Con il primo si risolve «in modo definitivo ed irrevocabile la "Questione romana"», con il secondo invece si regolano le «condizioni della religione e della Chiesa in Italia»[471]. I Patti Lateranensi vengono discussi prima alla Camera dal 10 maggio al 14 maggio e approvati con solo due voti a sfavore (ricordiamo che la Camera è formata completamente da elementi del Partito fascista) e dopo al Senato che li approvano il 25 maggio, con 317 voti a favore e 6 contrari tra cui quelli di Francesco Ruffini e Benedetto Croce (che pronuncia anche l'unico discorso di opposizione)[472]. Essi entrano in vigore il 7 giugno 1929 a seguito dello scambio delle ratifiche.

Con i Patti Lateranensi si supera definitivamente la visione separatista del periodo liberale e, per quel che interessa in merito alla sanità, si passa da un'ottica di tendenziale privatizzazione delle istituzioni ecclesiastiche a una loro completa integrazione nel pubblico[473]. L'Italia riconosce la Santa Sede come soggetto di diritto internazionale e la Chiesa cattolica come necessario interlocutore per la disciplina di materie fino a quel momento regolate dalla legge unilaterale statale.

---

[463] Ibi, p. 133.
[464] Ibidem.
[465] Ottaviani, A., cit, p. 31.
[466] p. 134.
[467] Pertici, R., cit, p. 136.
[468] Ibidem.
[469] Ferrari, A., cit, p. 29.
[470] Pertici, R., cit, p. 142.
[471] Piola, A., *I Patti Lateranensi*, in D'Avack, P., A., (a cura di), *La legislazione ecclesiastica. Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione*, Milano, Neri Pozza Editore, 1967, p. 278.
[472] Disegni, G., cit, p. 45.
[473] Ferrari, A., cit, pp. 30-31.

L'art.1 del Trattato stabilisce che «l'Italia riconosce e riafferma il principio consacrato nell'art.1 dello Statuto del Regno del 4 marzo 1848, pel quale la religione cattolica apostolica romana è la sola religione dello Stato». A questo è strettamente legato l'art. 1 del Concordato che «assicura alla Chiesa cattolica il libero esercizio del potere spirituale, il libero e pubblico esercizio del culto, non ché della sua giurisdizione in materia ecclesiastica in conformità alle norme del presente Concordato».
Tra le disposizioni che maggiormente fondano il nuovo orientamento confessionista dello Stato, vi sono gli artt. 34 e 36 del Concordato riguardanti rispettivamente il matrimonio e l'insegnamento della religione nelle scuole pubbliche. L'art. 34 attribuisce effetti civili ai matrimoni canonici e riserva alla giurisdizione della Chiesa le «cause concernenti la nullità» e la «dispensa dal matrimonio rato e non consumato». L'art. 36 riconosce «l'insegnamento della dottrina cristiana secondo la forma ricevuta dalla tradizione cattolica» come «fondamento e coronamento dell'istruzione pubblica», estendendo l'insegnamento, fino a quel momento previsto solo nella scuola elementare, anche a quella media. Queste norme sono una «sfida» che la Chiesa cattolica pone «alla secolarizzazione della società italiana»[474].
Con il Concordato, c'è anche un cambiamento significativo nella disciplina degli enti ecclesiastici, della loro creazione e del loro sostentamento, secondo principi opposti a quelli della legge Crispi del 1890[475], vale a dire riaffermandone il ruolo nell'ambito dell'ordinamento statale[476].
L'art. 29 del Concordato stabilisce che le confraternite create con un obiettivo principalmente religioso devono sottostare all'autorità ecclesiastica riguardo alla loro creazione, operatività e gestione. Inoltre, prevede la possibilità di istituire fondazioni di culto, a condizione che dimostrino di soddisfare le necessità religiose della comunità. Questa norma si applica anche alle fondazioni già esistenti di fatto. L'art. 31 stabilisce che «l'erezione di nuovi enti o associazioni religiose sarà fatta dall'autorità ecclesiastica secondo le norme del diritto canonico ed il loro riconoscimento agli effetti civili sarà fatto dall'autorità statale».
Viene così di fatto abrogato l'art. 91 della legge Crispi, consentendo la riattribuzione della personalità giuridica alle fondazioni religiose che rispondono alle necessità spirituali della comunità e alla serie di enti sciolti durante l'Ottocento. Le confraternite che hanno come obiettivo principale la beneficenza possono essere esonerate dalla supervisione dello Stato e sottoposte a quelle della Chiesa, a patto che vengano aggiornati i loro statuti e le loro finalità, come previsto dall'art. 30 del Concordato[477]. Questo, infatti, stabilisce che una gestione ordinaria dei beni appartenenti a qualsiasi istituto ecclesiastico od associazione religiosa è sottoposta alla vigilanza ed al controllo delle competenti autorità della Chiesa. Le disposizioni pattizie richiamate, recepite negli artt. 7 e 17 del R.D. del 2 dicembre 1929 n. 2262, si traducono in norme applicabili nel territorio dello Stato italiano[478].
Il Concordato, nel complesso, ha ridefinito il quadro della questione riguardante l'importanza politica e sociale della religione e «della competenza della Chiesa nella sfera amplissima del bene comune e del diritto naturale»[479]. Più in generale, la Conciliazione viene percepita dagli ambienti cattolici

[474] Ibi, p. 33.
[475] Belgiorno de Stefano, M. G., *Le decisioni più rilevanti della pubblica amministrazione in relazione alle finalità degli enti ecclesiastici*, in Spinelli, L., (a cura di), *Enti di assistenza ed enti ecclesiastici (1890 – 1977). Una ricerca di legislazione, dottrina, prassi amministrativa e giurisprudenza*, Modena, Mucchi, 1983, p. 122.
[476] Ibidem.
[477] Vicarelli, G., cit, p. 321.
[478] Belgiorno de Stefano, M. G., cit, p. 122.
[479] Traniello, F., cit, p. 243.

italiani come un avvenimento di grande significato per il futuro religioso della nazione, rappresentando la tanto attesa riconferma del cattolicesimo in veste ufficiale e pubblica, in quanto sistema di credenze e prassi condivise. La giustificazione storica e religiosa di questo nuovo scenario consiste nel fatto che la maggiore parte della popolazione italiana si identifica fortemente con il cattolicesimo. Da qui emerge la necessità di armonizzare le istituzioni e la vita sociale del paese con questa «innegabile»[480] realtà. Questo è stato possibile grazie a un regime che rispecchia le inclinazioni delle masse italiane[481]. In questo contesto, il regime fascista può essere visto dalla Chiesa cattolica come una tappa amara ma necessaria[482]. Difatti, il progetto totalitario del fascismo, come si è detto, si rivela nella sua aspirazione di plasmare un nuovo spirito per il popolo italiano, creando un nuovo tipo di uomo dotato di una morale e di una fede fascista. Questi ideali si sovrappongono, seppur in maniera complessa, a importanti aspetti della tradizione cattolica. Da un lato, la sottoscrizione dei Patti segna l'inizio di una fase di crescente tensione con il fascismo, soprattutto per quanto riguarda la sopravvivenza di tendenze giurisdizionaliste. Dall'altro, come ribadito, definisce in modo nuovo e peculiare il ruolo della religione cattolica nel panorama nazionale, ribaltando i presupposti dell'età liberale[483], e favorendo il diffuso consenso degli ambienti cattolici al regime[484].

Con i Patti Lateranensi viene consacrata una «solitaria libertà ecclesiastica»[485] il cui ordinamento è adesso riconosciuto come originario, al pari di quello dello Stato. Tale riconoscimento avviene al costo della soppressione di quegli spazi di libertà religiosa, precedentemente garantiti. Essa è intesa non più come mezzo di emancipazione e salvaguardia della persona, ma come «strumento riservato alle istituzioni statali ed ecclesiastiche»[486].

Il regime liberale aveva mantenuto una differenza di trattamento tra la Chiesa cattolica e le minoranze religiose. Tuttavia, con la svolta impressa dal fascismo, questa distinzione si trasforma in un sistema di privilegi per la religione di maggioranza[487].

In uno Stato cattolico, le minoranze religiose devono «restare sostanzialmente emarginate dalla vita pubblica»[488], non potendo godere né della libertà riconosciuta alla Chiesa cattolica in quanto «societas perfecta»[489] né delle garanzie assicurate alle componenti non confessionali della società civile, inquadrate negli schemi del regime corporativo. Anzi, man mano che le ambizioni totalitarie del fascismo si consolidano, esse finiscono per essere guardate con sospetto, «quali minoranze tendenzialmente estranee all'unitario tessuto cattolico della nazione»[490]. Dal 1929 da parte degli ambienti cattolici si rafforza un atteggiamento attivo di intolleranza, favorito dalla protezione dello Stato ormai ristabilita[491].

Rinsaldati i rapporti tra Stato e Chiesa cattolica, quest'ultima sviluppa un atteggiamento sempre più nazionalistico, affermando con più veemenza il concetto di restaurazione morale della nazione[492]. Il fascismo beneficia di questo clima aumentando il suo consenso tra i cattolici. Questa fusione di

[480] Pertici, R., cit, p. 148.
[481] Ibidem.
[482] Traniello, F., cit, p. 242.
[483] Ibi, p. 235.
[484] Pertici, R., cit, p. 148.
[485] Ferrari, A., cit, p. 31.
[486] Ibidem.
[487] Ibidem.
[488] Scoppola, P., *Il fascismo e le minoranze evangeliche*, cit, p. 339.
[489] Ferrari, A., cit, p. 35.
[490] Ibidem.
[491] Scoppola, P., *Il fascismo e le minoranze evangeliche*, cit, p. 343.
[492] Disegni, G., cit, p. 38.

caratteri identitari si affievolisce ed entra in crisi solo con l'entrata in guerra dell'Italia al fianco della Germania nazista.

2.1.2. Valdesi ed ebrei sotto il fascismo: la disciplina sui culti ammessi e la nuova legge sulle Comunità israelitiche.

Anche la politica ecclesiastica del fascismo riguardo alle minoranze religiose manca di coerenza. Si nota un «equilibrio mutevole» determinato da tre fattori: «gli atteggiamenti delle stesse confessioni, in particolare dei gruppi protestanti, gli orientamenti della Chiesa Cattolica, e le direttive del regime»[493]. Come si è detto, la politica del fascismo, è attenta ai grandi numeri e non può che restare sostanzialmente indifferente di fronte a un fatto minoritario quale quello della presenza nel paese dei non cattolici. In questo, la politica ecclesiastica del fascismo si allontana dalla tradizione liberale oltre che nei contenuti soprattutto nell'atteggiamento, rivelando un sostanziale disinteresse nei confronti del fenomeno religioso come esperienza di valore, mettendo in evidenza la propria natura «fondamentalmente irreligiosa»[494].
Gli evangelici, tra la seconda metà dell'Ottocento e i primi due decenni del Novecento, si sono ormai ben radicati in diverse città, sia grandi che piccole, del Paese. In occasione del loro primo congresso, che si svolge a Roma nel novembre del 1920, hanno l'opportunità di fornire una valutazione ufficiale sullo stato di salute dell'evangelismo in Italia[495]. Al termine del congresso, viene presentato al presidente del Consiglio dei ministri un documento in cui si loda lo spirito liberale dei governanti e dei legislatori italiani. Il documento sottolinea l'urgenza che il Parlamento emani una legge breve, chiara ed esplicita, che proclami la completa libertà religiosa basata sulla separazione e sul rispetto reciproco tra Chiesa e Stato. Tuttavia, a causa delle contingenze politiche dell'epoca, tale proposta non trova attuazione[496].
La notizia della firma dei Patti Lateranensi, le cui negoziazioni sono state tenute segrete, è un «vero colpo di fulmine»[497] per le minoranze religiose italiane. Dopo la loro ratifica, si diffonde ancora di più un clima di forte apprensione, non solo per quanto esplicitato dagli accordi, ma anche per la diffusa convinzione che questi celino clausole segrete destinate a restringere le libertà di chi non abbraccia la fede cattolica. «Alcune confessioni [cristiane] di origine anglosassone, come i battisti ed i metodisti, pensarono di ricorrere alla protezione di Stati esteri o, addirittura, di emigrare dall'Italia»[498]. A sostenere tali preoccupazioni c'è il fatto che l'art. 1 del Trattato richiama solo la prima parte dell'art. 1 dello Statuto, escludendo la seconda, che riguarda i culti tollerati. Questa situazione suggerisce due possibilità: da un lato, si può interpretare come intenzione di revocare la tolleranza prevista dallo Statuto, una revoca che, se considerata come principio, potrebbe essere attuata attraverso specifiche norme legislative; dall'altro lato, l'omissione potrebbe significare che è ancora in essere un regime di sola tolleranza[499].
Prima del 1929, non vi era una legge che disciplinasse in modo uniforme e generale le confessioni religiose diverse dalla cattolica, né le modalità di esercizio delle libertà o le loro «condizioni di

[493] Madonna, M., *Profili storici del diritto di libertà religiosa nell'Italia post-unitaria*, cit, p. 38.
[494] Scoppola, P., *Il fascismo e le minoranze evangeliche*, cit, p. 333.
[495] Peyrot, G., *Gli evangelici nei loro rapporti con lo Stato dal fascismo ad oggi*, cit, p. 4.
[496] Ibi, p. 5.
[497] Peyrot, G., *Gli evangelici nei loro rapporti con lo Stato dal fascismo ad oggi*, cit, p. 5.
[498] Long, G., cit, p. 22.
[499] Giacchi, O., *La legislazione italiana sui culti ammessi*, Milano, Vita e Pensiero, 1934, pp. 9-10.

esistenza»[500]. Le minoranze religiose godevano di un riconoscimento limitato, in un regime di tolleranza, attraverso norme legislative specifiche o pratiche amministrative basate su tradizioni storiche[501].

La Chiesa valdese, nel complesso, non possedeva né carattere pubblico né personalità giuridica, la quale apparteneva invece alle storiche «gerarchie delle valli valdesi», che avevano tutti i requisiti, gli obblighi e i diritti tipici degli enti morali «per riconoscimento di fatto di un più antico possesso di simile condizione giuridica»[502]. Nemmeno i protestanti non valdesi erano regolati specifiche norme giuridiche. Alcuni di questi operavano come semplici associazioni non riconosciute, mentre altri, «in base ad una teoria non del tutto pacifica»[503] avevano ottenuto il riconoscimento giuridico per alcune delle loro istituzioni.

La Tavola valdese si adopera per una nuova legge riguardante le confessioni religiose diverse dalla cattolica, che nella primavera del 1929 sembra di approvazione imminente. In un promemoria rivolto al ministro della Giustizia e dei Culti, Rocco, la Tavola presenta quattro richieste: la sostituzione dell'espressione "culti tollerati", considerata offensiva, con "culti ammessi"; la garanzia di una protezione equa per tutti i culti riconosciuti dallo Stato; il riconoscimento del diritto di celebrare matrimoni con effetti civili, analogamente a quanto già previsto per la Chiesa cattolica; un adeguato rispetto per i non cattolici, sia nella legislazione che nella pratica[504]. Il ministro Rocco accoglie il moderatore della Tavola valdese e condivide con lui una bozza preliminare del progetto di legge, che suscita una notevole soddisfazione nel suo interlocutore. Esso, dunque, risulta già elaborato a poche settimane dalla firma dei Patti Lateranensi: questo appare equilibrare le concessioni offerte alla Chiesa cattolica.

Il progetto della "legge breve", che era stata auspicata nel 1920, è ripreso per volere di un regime politico completamente diverso e in un clima di rinnovato confessionalismo[505]. Per quanto i rappresentanti delle Chiese evangeliche del tempo fossero soddisfatti, gli eventi successivi hanno dimostrato che essa non fu emanata per garantire la libertà religiosa, ma per limitarla ancora di più[506].

Il progetto è presentato alla camera il 30 aprile 1929 dal ministro Rocco. Nel presentarne le finalità, Rocco elogia la legge soprattutto come omaggio al principio di libertà di coscienza[507] anche se poi tale libertà non troverà nella legge «un'enunciazione esplicita»[508]. Infatti, nonostante questo riferimento al principio di libertà religiosa, le relazioni alle Camere sono ostili verso i non cattolici, accusati di propaganda anticattolica e antifascista, e invitano il governo a controllarli perché non turbino l'integrità della religione di Stato[509].

I valdesi hanno chiesto e ottenuto la sostituzione della locuzione "culti tollerati" con quella di "culti ammessi", già utilizzata per tutte le confessioni (compresa la Chiesa cattolica) nel codice Zanardelli. Pio XI sminuisce tale differenza terminologica, mettendo in guardia il Governo che, ancora di più dopo la Conciliazione, il regime giuridico delle minoranze religiose non può che essere quello di

[500] Disegni, G., cit, p.45.
[501] Ibidem.
[502] Giacchi, O., *La legislazione italiana sui culti ammessi*, cit, p. 5.
[503] Ibidem.
[504] Long, G., cit, p. 22.
[505] Peyrot, G., *Gli evangelici nei loro rapporti con lo Stato dal fascismo ad oggi*, cit, p. 5.
[506] Ibi, p. 11.
[507] Madonna, M., *Breve storia della libertà religiosa in Italia. Aspetti giuridici e problemi pratici*, cit, p. 2380.
[508] Disegni, G., cit, p. 46.
[509] Madonna, M., *Breve storia della libertà religiosa in Italia. Aspetti giuridici e problemi pratici*, cit, p. 2380.

tolleranza e ribadendo che il cattolicesimo è la religione di Stato[510]. Lo stesso ministro Rocco, nella relazione alla legge, nota che l'espressione "ammessi", «se pur giustamente più riguardosa di quella dello Statuto», non possiede, «dal punto di vista giuridico, sostanzialmente diverso significato»[511].
La legge 24 giugno 1929 n. 1159, recante disposizioni sull'esercizio dei culti ammessi e sul matrimonio celebrato davanti ai ministri dei culti medesimi, che conferma la condizione giuridica inferiore riservata alle minoranze religiose, è tuttavia da queste accolta con favore: essa viene persino definita "Magna Charta" delle loro libertà. Essa, infatti, pur contenendo molte disposizioni giurisdizionaliste che permettono un controllo statale invasivo sull'operato delle confessioni non cattoliche[512], viene acclamata come una legge liberale.
Come sottolinea Long, ci sarebbe potuta essere «una maggiore cautela tra gli esponenti delle confessioni interessate»[513] nel dare una tale valutazione, in quanto quello che sarebbe stato l'atteggiamento del Governo nei loro confronti era già stato rivelato nella relazione di Rocco e nel dibattito in parlamento. Diversamente dal Concordato, la legge non è negoziata con le minoranze religiose, comunque interessate a tale disciplina, nonostante segni di attenzione come la sostituzione, richiesta dalla Chiesa valdese, dell'espressione "culti tollerati" con "culti ammessi, o la visita del moderatore della Tavola valdese al ministro Rocco, che gli sottopone la prima bozza[514]. Va inoltre ricordato il ruolo del valdese Mario Piacentini, a titolo privato, e dell'ebreo Mario Falco che, in rappresentanza del Consorzio delle comunità israelitiche, già da tempo – come vedremo nel prosieguo – ha un confronto aperto con il ministero di Giustizia e degli Affari di culto[515].
L'art. 1 recita «Sono ammessi nel Regno culti diversi dalla religione cattolica apostolica e romana, purché non professino principi e non seguano riti contrari all'ordine pubblico o al buon costume. L'esercizio, anche pubblico di tali culti è libero». Si considerano "ammessi" tutti i gruppi religiosi già presenti nel territorio italiano[516].
L'art. 2 disciplina il riconoscimento degli istituti dei culti dei culti diversi dalla religione di Stato come enti morali, su proposta del ministro della Giustizia e degli Affari di culto, in collaborazione con il ministro dell'Interno, previa consultazione con il Consiglio di Stato e il Consiglio dei ministri. Questi enti devono ottenere un'autorizzazione governativa per effettuare acquisti o vendite di beni. Per quanto riguarda l'apertura al culto di un tempio o di un oratorio, è necessaria un'autorizzazione specifica rilasciata tramite decreto reale, subordinata a due requisiti: la necessità del tempio di "soddisfare le esigenze religiose di rilevanti gruppi di fedeli" e la disponibilità di "risorse adeguate per coprire le spese di manutenzione". Si prevede quindi un sistema di controlli e autorizzazioni previe che non sono invece richieste alla Chiesa cattolica[517].
L'art. 3 stabilisce che la nomina dei ministri di culto richiede l'approvazione governativa e l'art. 4 si limita a confermare quanto stabilito dalla legge Sineo del 1848[518], ovvero che la differenza di religione «non forma eccezione al godimento dei diritti civili e politici e alla ammissibilità alle cariche

[510] Ibi, p. 2381.
[511] Cit. in Piacentini, M., *I culti ammessi nello stato italiano*, Milano, Ulrico Hoepli, 1934, p. 42.
[512] Madonna, M., *Breve storia della libertà religiosa in Italia. Aspetti giuridici e problemi pratici*, cit, pp. 2380-2383.
[513] Long, G., cit, p. 25.
[514] Ibi, p. 24.
[515] Ibi, p. 25.
[516] Madonna, M., *Profili storici del diritto di libertà religiosa nell'Italia post-unitaria*, cit, p. 32.
[517] Disegni, G., cit, p. 49.
[518] Ibi, pp. 48-49.

civili e militari». Una «ripugnante deroga»[519] sarà introdotta dalle leggi razziali, come vedremo nel prosieguo.
Ai sensi dell'art. 5, «la discussione in materia religiosa è pienamente libera». Tale disposizione riproduce quella di cui all'art. 2 della Legge delle Guarentigie[520], definita da Piacentini come la «pietra angolare della legge»[521]. Si discute inizialmente se esso copra o meno il diritto di proselitismo, ma al dibattito dottrinale viene posta una pietra tombale dalla giurisprudenza, che chiarisce che la libera discussione in materia religiosa non comporta la libertà di propaganda. In diverse occasioni, Pio XI ha sollecitato le autorità pubbliche a porre dei limiti al proselitismo non cattolico, in particolare di tipo protestante, su tutto il territorio nazionale, con un'enfasi particolare su Roma, che è designata "città sacra" dall'art. 1 del Concordato. La questione della diffusione del protestantesimo è stata affrontata dal papa anche durante l'unico incontro con Mussolini. In quell'occasione, il capo di Governo ha mostrato di condividere queste preoccupazioni, sebbene non per motivi religiosi, bensì per ragioni politiche: nel 1934 dichiara, infatti, che l'unità religiosa costituisce una delle grandi forze di una nazione e che ogni minaccia a esso è un crimine contro la patria[522].
Tale contesto aiuta anche a comprendere perché, a differenza dei cattolici, i protestanti, che si erano storicamente identificati con lo Stato liberale, mostrano nei confronti del fascismo un atteggiamento più complesso e, in generale, meno favorevole. Anche se non si sviluppa una vera e propria opposizione alla dittatura, esiste una netta e incolmabile differenza ideologica tra gli evangelici e il regime fascista[523]. Il fattore che ha maggiormente condizionato l'atteggiamento del regime verso le Chiese evangeliche è il clima nei rapporti con la Santa Sede[524]. Come si è detto, la Chiesa cattolica sollecita ripetutamente le autorità pubbliche a intervenire per limitare la diffusione e il proselitismo dei culti protestanti. Mentre le pressioni a livello locale, provenienti da singoli vescovi, parroci e gruppi di fedeli, sono guidate da esigenze specifiche e dinamiche personali, le influenze delle gerarchie ecclesiastiche assumono un'importanza maggiore. Già nel 1927, due anni prima della Conciliazione, il Segretario di Stato Gasparri esorta i vescovi a vigilare attentamente e a mettere in atto le misure più appropriate ed efficaci per contrastare la propaganda protestante[525].
Tornando all'esame della legge sui culti ammessi, l'art. 6 afferma che «I genitori o chi ne fa le veci possono chiedere la dispensa per i propri figli dal frequentare i corsi di istruzione religiosa nelle scuole pubbliche».
Gli artt. 7-12 regolano il riconoscimento degli effetti civili del matrimonio celebrato dai ministri dei culti ammessi, che siano stati previamente approvati, a differenza di quanto avveniva per quelli concordatari. Questa disparità di trattamento costituiva, «prima ancora delle leggi razziali», «un principio di discriminazione»[526], ripristinando l'ineguaglianza dei diritti individuali e manifestando un differente grado di libertà per gli individui in base alla loro fede religiosa[527].
Ai sensi dell'art. 14, il governo «ha facoltà di emanare le norme per l'attuazione della presente legge, e per il suo coordinamento con le altre leggi dello Stato, e di rivedere le norme legislative esistenti

[519] Bottoni, R., Cianitto, C., *The legal treatment of religious dissent in western Europe: a comparative view*, in «Ecclesiastical law journal», 24, 2022, p. 30.
[520] Disegni, G., cit, p. 48.
[521] Piacentini, M., cit, p. 62.
[522] Madonna, M., *Breve storia della libertà religiosa in Italia. Aspetti giuridici e problemi pratici*, cit, p. 2383.
[523] Madonna, M., *Breve storia della libertà religiosa in Italia. Aspetti giuridici e problemi pratici*, cit, p. 2382.
[524] Scoppola, P., *Il fascismo e le minoranze evangeliche*, cit, p. 333.
[525] Madonna, M., *Breve storia della libertà religiosa in Italia. Aspetti giuridici e problemi pratici*, cit, p. 2382.
[526] Fubini, G., *Ebraismo italiano e problemi di libertà religiosa*, in AA.VV., *Teoria e prassi delle libertà di religione*, Bologna, il Mulino, 1975, p. 707.
[527] Ibi, p. 708.

che disciplinano i culti acattolici». La disposizione della seconda parte dell'articolo troverà attuazione solo per le comunità ebraiche, con il Regio Decreto 30 ottobre 1930 n. 1731 su cui si tornerà a breve. Piacentini tenta di ottenere una normativa specifica anche per i valdesi, ma il suo sforzo non ha successo. Questo fallimento è dovuto sia a fattori politici sia a ragioni tecniche, in particolare l'esigenza di superare la disciplina prevista dalla legge Rattazzi (l'unica concernente specificamente una minoranza religiosa). Per le altre confessioni, si passa dal "diritto comune" dell'età liberale a una legge "speciale" invariabilmente indirizzata a tutti i culti non cattolici, che però si rivela anche "generale" in quanto non considera le peculiarità delle singole minoranze religiose. In questo modo si raggruppa un insieme di confessioni che condividono un'unica caratteristica: il fatto di essere "non cattoliche", in contrapposizione alla religione di Stato[528].

Trova applicazione anche la disposizione della prima parte dell'art. 14. Per quanto la legge sui culti ammessi nel suo complesso venga definita liberale, le disposizioni di attuazione, previste dal Regio Decreto del 28 febbraio 1930 n. 289, impongono loro un vasto sistema di controlli e autorizzazioni coerenti con l'orientamento liberticida del regime. L'art. 1 prevede condizioni particolarmente restrittive per l'apertura di un tempio od oratorio: sono necessari l'apposita richiesta di un ministro di culto approvato, e la prova che il luogo di culto è necessario «per soddisfare effettivi bisogni di importanti nuclei di fedeli». L'art. 2 richiede la presenza di un ministro approvato per qualsiasi pratica di culto.

L'art. 9 garantisce il rinvio del servizio militare per gli studenti delle scuole teologiche o rabbiniche, ma non l'esonero previsto dal Concordato per chierici e religiosi cattolici. L'art. 13 sottopone gli enti a una serie di controlli e autorizzazioni. L'art. 14 conferisce allo Stato poteri di ispezione e la facoltà di nominare un commissario governativo. Gli artt. 20-22 impongono controlli e autorizzazioni per l'approvazione della nomina dei ministri di culto.

Per ciò che attiene specificatamente l'oggetto di questo studio, l'art. 5 del R.D. n. 289 del 1930 contiene un'innovazione per quanto riguarda l'assistenza religiosa ai ricoverati non cattolici: «I ministri di culto ammessi nel Regno possono essere autorizzati a frequentare i luoghi di cura e di ritiro per prestare l'assistenza religiosa ai ricoverati che la domandino. L'autorizzazione è data da chi è preposto alla direzione amministrativa del luogo di cura e di ritiro e deve indicare le modalità e le cautele con cui l'assistenza deve essere prestata». Si tratta di una norma di carattere restrittivo, che non può essere interpretata in modo da includere situazioni non espressamente previste[529], ma che risponde comunque alla necessità dei fedeli di ricevere l'assistenza religiosa, spesso richiesta in situazioni di emergenza in cui «non appare opportuno di negare ad un moribondo il colloquio con il ministro di culto»[530]. L'autorizzazione, data la sua particolare natura, non potrebbe essere rifiutata per nessun motivo. In queste situazioni, le autorità non dovrebbero verificare se ci sia un numero adeguato di fedeli per giustificare il rilascio dell'autorizzazione. Ogni persona ha diritto all'assistenza religiosa, soprattutto nei momenti di dolore, sofferenza e alla fine della vita. Pertanto, il rilascio di tali autorizzazioni dovrebbe essere vincolato esclusivamente alla presentazione della richiesta. Un eventuale rifiuto in casi del genere, e in particolare se motivato da «intolleranza religiosa»[531], potrebbe configurare il dolo specifico previsto e punito dall'art. 328 del Codice penale del 1930[532].

[528] Long, G., cit, pp. 25-26.
[529] Sulla questione dell'autorizzazione governativa, cfr. Giacchi, O., cit, pp. 25-26.
[530] Piacentini, M., cit, p. 499.
[531] Ibidem.
[532] Riguardante l'omissione o rifiuto di atti d'ufficio. Cfr. Piacentini, M., cit, p. 499.

L'accesso ai luoghi di cura per i ministri non cattolici, una volta ottenuta l'approvazione da parte dell'amministratore del luogo, è soggetto a una restrizione: essi possono offrire assistenza religiosa esclusivamente a quei pazienti che ne fanno richiesta. Pertanto, non è consentito ai ministri presenti nelle strutture sanitarie (ospedali, sanatori e ospizi) svolgere attività di propaganda religiosa, nemmeno a livello individuale. A ulteriore conferma di questa restrizione, l'art. 5 del Regio Decreto stabilisce che «l'autorizzazione […] deve indicare le modalità e le cautele con cui l'assistenza deve essere prestata». In questo modo, per la tranquillità delle coscienze dei cattolici ricoverati, a meno che quest'ultimi non ne facciano espressamente richiesta, un ministro non cattolico non può fornire loro assistenza religiosa[533].

Complessivamente, ciò che nella legge sui culti ammessi poteva apparire come un "diritto" si è trasformato, nelle sue norme di attuazione in un semplice interesse, subordinato al potere completamente discrezionale della pubblica amministrazione[534].

Con l'entrata in vigore della legge sui culti ammessi e delle relative norme di attuazione, il regime intensifica in modo significativo la sua interferenza e il suo controllo sulle minoranze religiose. In questo contesto, «non solo i riti», ma anche i «principi dottrinali»[535] stessi vengono sottoposti a una valutazione discrezionale molto ampia di conformità all'ordine pubblico e al buon costume. Nonostante ciò, la soddisfazione delle confessioni religiose non cattoliche riguardo alla legge del 1929 si fonda anche sulla compiacenza da parte dei «loro organi rappresentativi per l'assetto verticistico»[536] imposto loro. Alcune di queste comunità avevano dovuto affrontare scissioni o controversie interne significative; la nuova disciplina permette alle autorità pubbliche, così come a quelle confessionali, di esercitare un controllo sulla creazione di nuove istituzioni e sull'autorizzazione dei ministri di culto. Oltre a ciò, il favore mostrato nei confronti della legge sui culti ammessi si radica in un «atteggiamento politico, volto a manifestare fedeltà al regime e possibilmente ad influire sull'attuazione della legge»[537].

Per ciò che concerne specificamente il culto ebraico, vigeva ancora la citata legge Rattazzi del 1857, mai estesa a tutta la penisola. La struttura e il regime giuridico delle comunità israelitiche rivelano una tessitura incredibilmente variegata, un mosaico di statuti e costituzioni molto differenti. In questo panorama complesso, gli israeliti si trovano parte di comunità, università, unioni fraterne e associazioni, ciascuna con le proprie peculiarità e tradizioni. Ad esempio, l'imposta di culto è riscossa solo in specifiche zone d'Italia, accentuando così le diversità tra le varie comunità. Questo contesto disomogeneo favorisce una privatizzazione delle strutture organizzative degli ebrei[538], una sorta di rifugio nella diversità, dove la pluralità diventa il tessuto connettivo di un'identità in evoluzione.

Per quanto riguarda la politica del fascismo nei confronti degli ebrei, fino agli anni '30 essa non è né strutturata, né organica[539]. Per un lungo periodo, il regime si configura più come un argento vivo che amplifica le tensioni interne alla comunità ebraica, già presenti all'indomani dell'Unità. Queste contraddizioni si manifestano in una sempre maggiore fragilità dell'ente di rappresentanza, incapace di esercitare la sua autorità sulle varie comunità. In modo del tutto simile a quanto accade in altri ambiti della società italiana, anche all'interno della comunità ebraica si delineano divergenti linee di

[533] Giacchi, O., cit, p. 26-27.
[534] Long, G., cit, p. 27.
[535] Ferrari, A., cit, p. 36.
[536] Long, G., cit, p. 24.
[537] Ibidem.
[538] Varnier, G., B., *Fascismo e minoranze religiose: linee di una ricerca*, in AA.VV, *Scritti in memoria di Pietro Gismondi - vol. II-t. II*, Milano, Giuffrè, 1991, p. 477.
[539] Dazzetti, S., *L'autonomia delle comunità ebraiche italiane nel Novecento. Leggi, intese, statuti, regolamenti*, cit, p. 55.

pensiero, in cui ideologie e interessi politici si intersecano in un gioco complesso. Le diverse posizioni, che oscillano tra l'adesione al regime fascista e la sua netta opposizione, tra disinteresse e attiva partecipazione, diventano un ulteriore motivo di frattura, contribuendo a esacerbare divisioni sia vecchie che nuove, proiettando all'esterno le vulnerabilità di un mondo in crisi[540]. Nel complesso panorama degli anni '20 e '30, il regime suscita reazioni contrastanti all'interno della comunità ebraica. Alcuni lo contestano con veemenza, rimanendo fedeli alla propria identità etnico-religiosa, mentre altri si abbandonano a una forma di identificazione totale, disposti a sacrificare persino le proprie radici culturali pur di assurgere a posizioni di prestigio all'interno delle istituzioni ebraiche. Altri ancora, più pragmaticamente, lo considerano un potenziale alleato nel progetto sionista e un interlocutore prezioso per ridefinire il quadro giuridico che regola l'ebraismo italiano. In questo contesto, non sorprende che la questione della lealtà al regime e la disponibilità a collaborare con esso si trasformino in uno dei principali terreni di confronto e competizione tra le diverse fazioni dell'élite ebraica, sia locale che nazionale. La tensione tra idealismo e opportunismo diviene così il fulcro di un dibattito intenso e spesso acceso, riflettendo la complessità di un periodo storico in cui le scelte politiche assumono un peso cruciale per il futuro collettivo di una comunità già dilaniata da mille contraddizioni[541].

Tra il 1922 e il 1929, il regime fascista, sebbene in fase di consolidamento, non gode di un sostegno totale e incondizionato; le opinioni all'interno delle Comunità ebraiche oscillano tra certezze e dubbi, generando una serie di tensioni che si traducono in scontri. Al tempo stesso, si avvia il dialogo tra le Comunità ebraiche italiane e il fascismo. Nel novembre del 1923 Mussolini riceve il rabbino capo Roma, Angelo Sacerdoti. Seguono altri incontri con autorità ebraiche come Weizmann, figura eminente del sionismo, nel 1926. Questi eventi non solo rivelano un'apertura al confronto, ma segnano anche un tentativo di costruire ponti in un periodo di preoccupazioni e incertezze, in cui diversi mondi dell'ebraismo italiano cercano una loro collocazione in una realtà in continuo cambiamento[542]. Un ampio settore di coloro che operano nelle Comunità e nel Consorzio delle comunità israelitiche dibatte su come adattarsi ai mutamenti posti dal risveglio ebraico in corso. Molti sostengono con fervore la necessità di un rinnovamento radicale, non solo organizzativo e giuridico, ma anche nei rapporti con l'autorità statale. La proposta non è unanimemente condivisa: a opporsi sono però solo alcuni ferventi ultraortodossi e un ristretto gruppo di antifascisti, fermamente ancorati alle loro posizioni[543]. Nel 1927, Sacerdoti, che è filo-mussoliniano[544], presenta al capo del Governo un memoriale su questo tema e, insieme al presidente del Consorzio Angelo Sereni, ha alcuni incontri con il Duce riguardo questa questione. I risultati di questi incontri iniziali sono positivi: già nello stesso anno, il Consorzio incarica una commissione formata da Mario Falco, Giulio Foà e Angelo Sullam per predisporre un progetto da presentare al governo.[545] L'obiettivo del comitato è quello di elaborare un progetto ampio e condiviso recante «le idee della legale rappresentanza dell'ebraismo italiano»[546]. La commissione speciale, incaricata di esaminare la questione, valuta non solo i due memoriali presentati dal rabbino capo di Roma, ma anche la proposta di riforma dello statuto del

[540] Ibidem.
[541] Ibidem.
[542] Valabrega, G., *ll fascismo e gli ebrei: appunti per un consuntivo storiografico*, in Fontana, S., (a cura di), *Il fascismo e le autonomie locali*, Bologna, Il Mulino, 1973, pp. 416-417.
[543] Disegni, G., cit, p. 132.
[544] Del Regno, F., *Ebraismo, sionismo, fascismo: il magistero di angelo sacerdoti a Roma negli anni 1922-1935*, in «La Rassegna Mensile di Israel», Vol. 79, No. 1/3, gennaio-dicembre 2013, p. 93.
[545] Disegni, G., cit, p. 124.
[546] Dazzetti, S., *L'autonomia delle comunità ebraiche italiane nel Novecento. Leggi, intese, statuti, regolamenti,* cit, p. 56.

Consorzio avanzata dalla comunità di Firenze. Grazie all'impegno di Mario Falco, che si occupa di redigere sia lo schema di legge sia la relazione finale, i lavori si concludono in pochi mesi. Falco non si limita a modificare le proposte esistenti, ma concepisce un progetto innovativo, volto a garantire all'ebraismo un'organizzazione solida e coerente, prevedendo un completo riordino della legislazione vigente[547].

La proposta si fonda su due pilastri essenziali, che ne delineano l'originalità: la previsione dell'autonomia delle comunità entro confini giuridici ben definiti, mantenendo un controllo costante da parte dello Stato; la creazione di una serie di vincoli più rigidi, che sanciscono l'appartenenza degli individui con la comunità e la loro interdipendenza da un rinnovato ente centrale, salvaguardando le prerogative storiche delle Comunità e senza ricorrere a un sistema di totale subordinazione.

Il progetto in questione mira a sancire il riconoscimento delle Comunità ebraiche come soggetti giuridici di diritto pubblico, dotati di fondamentale rilevanza territoriale. Tali entità riceverebbero poteri essenziali, tra cui l'imposizione e il controllo sugli enti di assistenza e beneficenza a esse collegati. Inoltre, contempla anche una ristrutturazione e un potenziamento del Consorzio, per garantire una solida rappresentanza e una gestione efficace delle questioni comuni, e regola il ruolo dei rabbini, stabilendo linee di condotta nei loro rapporti con le comunità e con l'organismo di rappresentanza. Abbandonando definitivamente il «modello tradizionale di associazionismo volontario e l'autonomia di stampo privatistico»[548], il progetto segna una svolta epocale per il gruppo dirigente ebraico. Questi si dirigono ora verso una rivendicazione audace nei confronti dello Stato: un dispositivo normativo organico e ben definito, «di chiara impronta giurisdizionalista»[549]. L'obiettivo è quello di regolare l'organizzazione dell'ebraismo italiano in chiave pubblicistica, costituendo la Federazione delle Comunità Israelitiche come nuovo ente di rappresentanza.

Il Decreto-legge 30 ottobre 1930, n. 1731, approvato dal Consiglio dei ministri il 16 ottobre, insieme alle successive disposizioni di legge del 24 settembre 1931, n. 1279 e del 19 novembre 1931, n. 1561, contiene la nuova disciplina giuridica delle Comunità israelitiche, che è «nel complesso, in linea con le richieste dell'ebraismo italiano»[550]. È importante sottolineare che, a causa del suo complesso percorso, il decreto ha subito modifiche rispetto al progetto iniziale. In particolare, nella versione finale, l'uscita dalla comunità diventa un «"atto in forma autentica", ossia pubblico»[551].

Con la legge sulle Comunità il Governo fascista disciplina in modo dettagliato la vita delle comunità ebraiche presenti nelle diverse città italiane, con il supporto attivo delle figure di spicco dell'ebraismo, che vedono nella nuova disciplina un passo significativo verso l'adempimento del loro desiderio di una obbedienza ordinata e di uno spirito burocratico rigoroso. Tuttavia, ciò avviene a scapito della separazione tra Stato e Chiese e della libertà individuale[552].

Negli anni successivi, il mondo delle comunità ebraiche italiane accelera il suo processo di fascistizzazione: per esempio la scuola elementare israelitica Colonna e Finzi di Torino combina «la liturgia ebraica con la celebrazione della "Befana fascista"»[553]. A partire dal 1934 circa, si osserva un crescente attivismo da parte di gruppi di fascisti ebrei, rappresentati dal loro giornale *La nostra Bandiera*, e dei sionisti revisionisti, che mostrano anch'essi una netta inclinazione verso il fascismo.

---

[547] Ibi, p. 57.
[548] Ibi, p. 57.
[549] Ibidem.
[550] Madonna, M., *Profili storici del diritto di libertà religiosa nell'Italia post-unitaria*, cit, p. 34.
[551] Dazzetti, S., *L'autonomia delle comunità ebraiche italiane nel Novecento. Leggi, intese, statuti, regolamenti,* cit, pp. 80-81.
[552] Valabrega, G., cit, p. 413.
[553] Ibi, p. 414.

Questo fenomeno origina da una serie di fattori, tra cui la persecuzione antisemita in Germania, che porta alcuni in Italia a manifestare una fedeltà al regime fascista ancora più marcata[554], come avviene anche nel caso degli evangelici[555]. Man mano che il regime fascista si avvicina a quello nazista, di cui condivide l'ideologia razzista, all'interno della dirigenza ebraica si sviluppa una polemica sempre più intensa, sebbene spesso sotterranea. Ci sono, da un lato, gli ebrei "fascistissimi", che fino all'ultimo rimangono fedeli a Mussolini e, dall'altro, i dirigenti conservatori e moderati, che cominciano a mettere in discussione la lealtà al regime fascista. Questa controversia porta a una situazione di grande confusione e divisione tra gli ebrei italiani, specialmente di fronte ai cambiamenti repentini delle politiche del regime nei loro confronti[556].

Oltre agli aspetti interni già menzionati, è importante prendere in considerazione anche il quadro internazionale. Oltre al prezzo che l'alleanza con Hitler comporta, è fondamentale ricordare che il sionismo rappresenta un movimento che, da una parte, può essere visto come un'opportunità per l'alleanza tra Roma e Londra, e, dall'altra, come un'iniziativa dell'Europa "bianca" per colonizzare i paesi arabi. Inizialmente, il sionismo appare suscettibile di essere dominato, specialmente quando, al suo interno, si manifestano tendenze di estrema destra che richiamano i programmi fascisti, in contrapposizione all'imperialismo britannico. In seguito, però, esso viene considerato una minaccia per il sentimento nazionale, allorché si intensifica il divario tra il governo italiano e quello inglese e si nota un avvicinamento tra le democrazie occidentali e il sionismo[557].

La svolta razziale del regime arriva come un fulmine a ciel sereno per tantissimi ebrei, come verrà approfondito in seguito. In questa sede basti notare che la discriminazione, prima, e persecuzione, dopo, degli israeliti si fonda essenzialmente sull'elemento razziale, pur incidendo anche sulla sfera religiosa per due ordini di motivi: *in primis* perché «la discriminazione basata sulla discendenza razziale è immediatamente collegata a quella fondata sull'appartenenza religiosa»[558]; *in secundis* perché con la legislazione razziale, il regime fascista «infligge un profondo *vulnus* al principio di eguaglianza dei cittadini a prescindere dalla loro religione, consacrato sin dal 1848»[559], e ribadito anche, come si è visto, dalla stessa legge sui culti ammessi del 1929.

La legge sulle Comunità del 1930 viene difesa con vigore dai dirigenti ebraici anche durante l'attuazione delle misure razziali, sebbene essa non sia seriamente minacciata di abrogazione o modifica sostanziale, e le comunità non vedano restrizioni significative delle loro prerogative. Mantenere la legge, infatti, si dimostra presto funzionale al regime per un controllo rigoroso sulla minoranza ebraica, prima per l'attuazione del regime discriminatorio e poi per le deportazioni, «cui alcune norme della legge - in particolare quella che prevedeva l'iscrizione dei contribuenti nei ruoli esattoriali - si prestavano in modo particolare»[560].

Per completezza ricordiamo anche lo spregevole Manifesto di Verona, nel contesto della Repubblica Sociale Italiano, il cui art. 7 costituisce una negazione non solo dei diritti di cittadinanza, ma anche della stessa dignità umana[561].

Per quanto riguarda l'atteggiamento delle Chiese evangeliche verso il fascismo, nonostante la diffidenza e i controlli del regime, e in certi casi l'aperta ostilità, verso di loro, fino al 1939 esse non

[554] Ibidem.
[555] Varnier, G., B., *Fascismo e minoranze religiose: linee di una ricerca*, cit, p. 480.
[556] Valabrega, G., cit, p. 414.
[557] Ibi, p. 416.
[558] Madonna, M., *Profili storici del diritto di libertà religiosa nell'Italia post-unitaria*, cit, p. 39.
[559] Ibidem.
[560] Dazzetti, S., *L'autonomia delle comunità ebraiche italiane nel Novecento. Leggi, intese, statuti, regolamenti,* cit, p. 45.
[561] Varnier, G., B., *Fascismo e minoranze religiose: linee di una ricerca*, cit, pp. 480-481.

si possono definire antifasciste, al più «afasciste»[562] perché chiuse nel loro isolamento. Ricordiamo che nel 1938 viene ordinato al periodico valdese, in chiave anti-francese, l'utilizzo della lingua italiana. Nel 1939 *L'Echo des Vallées* diventa così *L'Eco delle valli valdesi*.

I valdesi danno un grande contributo alla Resistenza. Sebbene prima di quel periodo ci sono stati eventi a livello internazionale che hanno già influenzato il cambiamento della politica fascista verso le minoranze evangeliche, non si è mai assistito a una condanna aperta del regime[563]. Una data di particolare rilevanza è il Sinodo della Chiesa valdese che si tiene nel settembre 1943, che coincide «con le drammatiche giornate dell'armistizio»[564], e in cui si avanza la richiesta di una più ampia libertà di culto e si rifiuta qualsiasi forma di privilegio o ingerenza da parte dello Stato nell'autonomia delle Chiese[565]. Inoltre, è proposta una mozione che esprime un atto di contrizione per la posizione della Chiesa valdese durante il periodo fascista. La questione del ruolo della Chiesa valdese durante gli anni del fascismo è un tema complesso e delicato, che ha suscitato dibattiti profondi tra i membri della comunità. La mozione, che rappresenta una forma di autocritica per il mancato impegno e la mancanza di opposizione attiva contro le ingiustizie del regime fascista, viene vista da alcuni come un'opportunità per rimediare a errori passati e per riaffermare i principi di giustizia e libertà, fondamentali per la fede valdese. D'altra parte, la paura delle conseguenze che possono derivare da una posizione così decisa, come un'eventuale repressione da parte del regime, solleva preoccupazioni tra i membri più cauti dell'assemblea. Essi ritengono che una presa di posizione pubblica possa mettere a rischio la stessa esistenza della comunità valdese in un periodo storico già caratterizzato da forti repressioni e limitazioni delle libertà religiose. Questo episodio riflette non solo la tensione tra diversi orientamenti teologici e politici all'interno della Chiesa, ma anche il contesto storico di un'epoca in cui le istituzioni religiose si trovano a dover bilanciare il proprio messaggio di fede con le reali implicazioni e conseguenze politiche delle loro azioni. La mancanza di un consenso su tale mozione evidenzia la complessità di decidere come e quando esprimere dissenso in tempi di oppressione[566].

La comunità valdese nel periodo fascista, a differenza di altre Chiese evangeliche, riesce a rimanere coesa e subisce una repressione moderata da parte del regime. Tuttavia, si trova a fronteggiare un lento ma inesorabile indebolimento della sua identità culturale. Si «produce al suo interno un acuirsi del contrasto fra due orientamenti religiosi: la fede come fatto di coscienza personale […] o fatto religioso vissuto come responsabilità nel mondo»[567]. Il fascismo, nella sua regressione totalitaria, rappresenta soprattutto la negazione dell'ideale di Stato per il quale i valdesi hanno lottato per secoli[568]. È evidente, quindi, che tale regime sia percepito dalla popolazione delle valli come qualcosa di aberrante e in netto contrasto con la loro tradizione di libertà e indipendenza, oltre che con i più generali principi del vivere civile. L'intensità e le ampie dimensioni che assume la Resistenza nelle Valli valdesi durante il periodo della dominazione nazi-fascista ne sono testimonianza. «Così come

[562] Scoppola, P., *Il fascismo e le minoranze evangeliche*, p. 351.
[563] Varnier, G., B., *Fascismo e minoranze religiose: linee di una ricerca*, cit., p. 481.
[564] Tourn, G., *Essere pastori valdesi nella Seconda guerra mondiale*, in Gariglio, B., Marchis, R., (a cura di), *Cattolici, ebrei ed evangelici nella guerra. Vita religiosa e società 1939-1945,* Milano, Franco Angeli, 1999, pp. 62-63.
[565] Varnier, G., B., *Fascismo e minoranze religiose: linee di una ricerca*, cit, p. 482.
[566] Tourn, G., cit, p. 63.
[567] Ibi, p. 62.
[568] Peyronel, G., *I valdesi, le autonomie locali e il fascismo*, in Fontana, S., (a cura di), *Il fascismo e le autonomie locali*, Bologna, Il Mulino, 1973, p. 399.

la massiccia adesione delle formazioni partigiane nelle Valli valdesi al movimento di "Giustizia e Libertà" ne caratterizza la temperie politica, le aspirazioni, le speranze»[569].
La dottrina concorda che fino al 1943 gli ambienti evangelici non hanno fondato la propria posizione su chiari assunti teologici, sebbene non siano mancate riflessioni acute sulla democrazia perduta. «Le garanzie offerte da tali aperture costituiscono la base per futuri ripensamenti e per la ripresa da parte delle generazioni che seguirono alla caduta del regime»[570].

2.2. Moralità, demografia, assistenza e corporativismo: la sanità secondo il regime fascista.

La sanità nel periodo fascista è caratterizzata da diverse linee d'intervento dello Stato, che si originano, si sviluppano o si vestono di elementi peculiari della politica fascista, durante tutto l'arco di vita del regime. I maggiori indirizzi sono tre, che riassumo in demografico-razziale, assistenziale-corporativistico e confessionale-moralistico. I tre filoni operativi non sono percorsi chiusi, ma strade che si intrecciano e si costruiscono influenzate dall'andamento delle altre, dall'evoluzione delle attività di governo negli altri ambiti (politiche economiche e del lavoro, sociali, culturali ed ecclesiastiche) e dal procedere degli sviluppi tecnologici, sociali e geopolitici, nazionali e internazionali.
La prima linea d'intervento, che definisco demografico-razziale, si caratterizza per le sue "grandi imprese" di "bonifica integrale" e "miglioramento della stirpe". Questi elementi influenzano fortemente, convergendo in alcuni casi, i filoni assistenziale-corporativistico – in particolare per quanto riguarda le politiche "ruralistiche" legate alla bonifica integrale – e confessionale-moralistico, specialmente per il ruolo che avranno la Chiesa cattolica e gran parte dei medici nel veicolare, in ambito sanitario, la politica culturale del fascismo e giustificare interventi a favore di una certa idea di società, fino ad arrivare a provvedimenti che limiteranno fortemente le libertà fondamentali (in particolare per quei segmenti della società italiana marginalizzati dal regime o non allineati con esso).
La "bonifica integrale" è uno degli assi portanti della politica rurale del fascismo, e consiste nelle azioni intraprese, ed ereditate dai governi liberali, nei confronti delle malattie infettive che erano ancora lontane dall'essere debellate in Italia, in particolare malaria, tubercolosi e sifilide; e nell'idea di "cura della stirpe", per questo bonifica "integrale", che si rifà al famoso discorso dell'Ascensione, pronunciato il 26 maggio 1927 da Mussolini. La cura a cui si riferisce Mussolini sarà composta da diverse componenti, tra cui le principali sono l'Opera nazionale per la maternità e l'infanzia (ONMI), fondata con legge del 10 dicembre 1925 e la tassa sui celibi, istituita per dare una «frustata demografica alla nazione, poiché la potenza demografica è premessa necessaria della potenza economica, politica e morale»[571].
A partire dal 1933, l'intervento attivo contro la malaria comincia a diminuire, fino a fermarsi bruscamente a causa delle difficoltà economiche e sociali legate all'impresa, oltre che per la deviazione degli interessi politici verso altre questioni, come la colonizzazione e l'emigrazione in Africa. Ciò suggerisce che le politiche sanitarie del regime esercitano un'influenza limitata sull'andamento della malattia, la quale, al contrario, trova alimento nelle scelte di politica agraria e industriale, contribuendo così al suo rafforzamento e alla sua diffusione. Infatti «l'inasprimento dei patti colonici, l'abbassamento delle retribuzioni, l'espansione agricola di tipo estensivo, le scelte

[569] Ibidem.
[570] Peyrot, G., *Gli evangelici nei loro rapporti con lo Stato dal fascismo ad oggi*, cit, p. 7.
[571] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 115.

autarchiche del regime, assieme alle politiche demografiche, aggravano le condizioni di vita dei contadini soprattutto meridionali, peggiorano l'equilibrio idrico e le modalità d'essere delle aree insalubri intervenendo negativamente sulle cause sociali ed ambientali della malattia»[572].

Il modello di lotta antitubercolare, invece, cui si adegua la politica della sanità pubblica sotto il fascismo è quello di un intervento di «carattere meramente sanitario», privilegiando in essa su ogni altro l'aspetto del ricovero attraverso un'attività prevalentemente edilizia: «un'attività edilizia di tipo sanatoriale, medico-terapeutico, piuttosto che di tipo abitativo, socio-profilattico»[573]. Nelle città, gli abitanti vengono spostati dai centri storici in nuove aree suburbane, che riproducono soluzioni abitative non meno insalubri, favorendo però la speculazione edilizia, emblematica della politica fascista della casa. In totale, la lotta contro la tubercolosi comporterà un investimento di cinque miliardi, compreso tra il 1929 e il 1940. Questa ingente somma ha un impatto notevole sul più ampio e coerente sviluppo del sistema sanitario nazionale, il quale, alla fine, risulta alterato dall'espansione eccessiva e in molti aspetti ingiustificata dell'organizzazione dedicata alla lotta contro la tubercolosi[574].

L'impegno del regime per combattere la sifilide è tra gli interventi risanatori che maggiormente si identificano con la "cura della stirpe" e che si compie tanto in uno sforzo demografico-sanitario quanto in uno sforzo securitario-moralizzante: infatti, si tratta del punto di maggiore convergenza delle tendenze demografico-razziale e confessionale-moralizzante della politica sanitaria fascista.

La sifilide è l'oggetto del «regolamento Mussolini» del 25 marzo 1923 (r.d n. 846), che riforma la profilassi antivenerea di Stato ed è detto rappresentare «uno dei primi atti di sana politica morale e demografica del Regime Fascista»[575]. Il regolamento sanitario del 1923 reintroduce la sorveglianza igienica e di polizia nei luoghi associati al meretricio, rafforzando le misure punitive nei confronti delle prostitute sorprese mentre tentano di adescare clienti in spazi pubblici. Tuttavia, nei confronti delle prostitute clandestine si arriva a una sorta di legalizzazione, a condizione che accettino di sottoporsi a controlli sanitari regolari. Attraverso la regolamentazione della prostituzione viene dato ai medici un grande potere nei «riguardi delle donne e più in generale della società»[576].

Questa lotta, sanitaria e securitaria al contempo, converge e si integra in maniera sorprendentemente coerente con gli «altissimi fini di eugenica e protezione della stirpe»[577] propagandate dal regime. L'azione risanatrice della medicina, in chiave demografico-razziale, è nuovamente regolamentata dal Testo unico delle leggi sanitarie del 27 luglio 1934, con la quale la classe medica si piega ancora di più all'«incondizionato consenso»[578] al regime. Ai medici viene assegnato anche il compito di occuparsi del monitoraggio della morale sessuale. Una volta che le forze più vive della piccola e media borghesia, che hanno adottato stili di vita più permissivi e, in alcune situazioni, «licenziosi», si sono messe in riga sotto la disciplina del partito, «il fascismo si adopera per sradicare ogni vizio ed ogni atteggiamento che mini la sobrietà e la virtù del popolo italiano»[579], con un notevole sostegno anche della Chiesa cattolica, la cui relazione con il regime su questo tema è approfondita in seguito. L'impressione generale è che la politica riguardante la sifilide, sotto il velo di un pesante moralismo, di una retorica scontata e di un'ambigua visione eugenetica, nasconda in realtà una sostanziale

[572] Vicarelli, G., cit, p. 272.
[573] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 117.
[574] Vicarelli, G., cit, p. 268.
[575] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 118.
[576] Vicarelli, G., cit, p. 288.
[577] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 118.
[578] Ibidem.
[579] Vicarelli, G., cit, pp. 288-289.

«improduttività igienico-sanitaria» e un'«accentuata repressione sociale»[580]. In pochi anni, la penicillina si rivela decisiva nel risolvere il problema biologico e quindi, sociale della sifilide. Lo stesso destino è riservato alla malaria grazie all'uso del DDT e alla tubercolosi, per la quale si impiegheranno la streptomicina e il Pas. Tuttavia, queste nuove cure non possono annullare la «diagnosi storiografica»[581] che riconosce l'incapacità della politica, una bonifica incompleta nel caso della malaria e l'incapacità di garantire un solido sostrato socio-economico che sostenga la sua facciata apparente. Per quanto riguarda la tubercolosi, si assiste a un cambiamento nell'approccio sanitario, che passa dalla necessaria «socializzazione della medicina» alla «medicalizzazione della società»[582].

L'indirizzo demografico-razziale in ambito sanitario non si risolve solo nelle battaglie di risanamento contro queste malattie infettive, ma si attua anche attraverso un fitto numero di iniziative rivolte ai giovani e alle donne. Strumenti per migliorare le qualità fisiche della gioventù italiana sono lo «sport per tutti» e l'agonismo, utili anche per «forgiarla a Credere, Obbedire e Combattere, secondo il trinomio caro a Mussolini»[583]; mentre, per quanto riguarda le donne, negli interventi è ancora più marcato il carattere igienico-salutistico rispetto a quello ideologico-propagandistico in quanto «sani e forti non solo si diventa, ma soprattutto si nasce; e per nascere sani, bisogna essere nutriti in un grembo sano, partoriti ed allattati da madri sane»[584]. Nel 1930, il Gran consiglio fascista riafferma l'importanza di subordinare l'educazione fisica alla figura della «buona madre»[585], in risposta alle numerose critiche provenienti dalla società civile e dai movimenti cattolici.

Anche se iniziata prima dell'avvento del fascismo, «la politica di limitazione del lavoro femminile extradomestico ha nel ventennio ampia applicazione dovuta sia alla pressione ideologica, cui contribuisce non poco la dottrina sociale della Chiesa, sia alla saturazione del mercato del lavoro e alle difficili condizioni economiche del paese»[586]. Negli anni del Ventennio, la famiglia diviene soggetto privilegiato delle politiche sociali, non solo perché ad essa finalizzate ma anche «perché essa è la struttura adibita a raccogliere, convogliare ed integrare le risorse offerte dallo Stato secondo una logica di compensazione privata e comunitaria»[587]. Nei suoi riguardi vengono messi in atto incentivi e disincentivi, ad esempio, per gli uomini si prospettano incentivi e avanzamenti professionali in caso di matrimonio e di figli, per le donne invece, si tratta di «condanne severe in caso di aborto e contraccezione»[588]. Infatti, la finalità principale della politica familiare fascista e di opere come ONMI (di cui si parla più nel dettaglio nel paragrafo 2.2.2.) è, a metà tra interventi sociali e sanitari, quella di «condizionare i comportamenti procreativi e le scelte matrimoniali delle donne italiane che debbono rispondere in primo luogo alle esigenze di crescita e di stabilità del regime»[589]. L'esaltazione della famiglia assicura che questa istituzione sociale possa gestire i processi di riproduzione della forza lavoro.

Lo sforzo sanitario da parte del regime, volto a favorire il comparto produttivo della nazione, si inserisce a pieno nella seconda linea d'intervento, quella assistenziale-corporativistica.

---

[580] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 118.
[581] Ibidem.
[582] Ibidem.
[583] Vicarelli, G., cit, p. 283.
[584] Ibi, pp. 283-284.
[585] Ibi p. 284.
[586] Ibi, p. 286.
[587] Ibi, p. 299.
[588] Ibidem.
[589] Ibi, p. 297.

Durante il ventennio fascista, la classe lavoratrice, sia nel settore industriale che in quello agricolo, è costretta a fronteggiare condizioni di lavoro e stipendi estremamente sfavorevoli, che compromettono gravemente la salute aumentando le malattie professionali e il rischio di incidenti sul lavoro[590].
È in questo quadro economico e lavorativo che l'intervento sanitario dello Stato si fa assistenzialista e corporativista, sorretto da un'impalcatura composta da un «coacervo» di «Casse mutue – alcune migliaia già nel 1924 – formatesi in gran parte per generazione-proliferazione spontanea, in parte in "rispetto" di quel "dogma" riconosciuto che è la Carta del Lavoro» pubblicata nel 1927. Sotto la spinta di questo «storico documento economico-politico» si delineano due grandi iniziative: quella cooperativa, «sorta dalle contribuzioni volontarie di lavoratori associati», e l'iniziativa «veramente corporativa, sorta dalle contrattazioni di lavoro e dalle contribuzioni "paritetiche" (di lavoratori e datori di lavoro) e realizzatesi nelle mutue aziendali o in via di realizzazione, dai primi anni Trenta, nelle mutue sindacali»[591]. Questa forma di mutualità supporta la vasta maggioranza dei cittadini, che non ha sufficienti risorse per permettersi liberamente un medico, ma non i poveri: si rivolge a coloro che si trovano in una sorta di limbo economico, che costituiscono la classe più numerosa e rappresentativa del paese, e che riescono a sopravvivere solo grazie al lavoro, ma che, in caso di malattia, non sono in grado di curarsi[592].
Questo indirizzo corporativistico della politica sanitaria fascista ha come origine e fine le necessità produttive e la gestione della forza lavoro. Per via della sempre maggiore meccanizzazione e specializzazione del settore industriale e agricolo vi è, come già accennato, un considerevole aumento di mortalità e morbilità, dovute al lavoro e alla miseria, e questo indirizza i medici italiani agli studi di fisiologia e patologia del lavoro e sui regimi alimentari. Alla preoccupazione iniziale da parte della classe medica per le condizioni alimentari della popolazione italiana però, subentra un «sostegno, legittimandolo sul piano scientifico, [a] un sottoconsumo alimentare in cui il pane resta l'alimento principe»[593]. Una deriva analoga caratterizza la fisiologia e la patologia del lavoro, nelle quali si arriva a cercare di massimizzare la produttività dei lavoratori al fine di ottenere il massimo rendimento e mantenere un «efficace controllo sociale»[594]. Padre Agostino Gemelli «rappresenta uno dei pionieri della psicologia del lavoro intesa a sviluppare le potenzialità dei lavoratori e ad applicarle con la massima efficienza, nell'interesse morale e materiale di loro stessi, della loro azienda, dell'intera nazione»[595]. Verso il tramonto del fascismo il problema della prevenzione, già disatteso nel periodo precedente, «diviene del tutto irrilevante ed aggravato dal fatto che la penuria di braccia degli anni di guerra determina un uso indiscriminato e selvaggio della forza lavoro disponibile»[596].
L'assistenzialismo, che è l'altra faccia del mutualismo, si realizza negli anni del fascismo anche e soprattutto attraverso la terza linea d'intervento, che definisco confessionale-moralistica. Il carattere confessionale è dato dalla centralità che la Chiesa cattolica mantiene nell'ambito assistenziale-ospedaliero (approfondito nel seguente paragrafo) e assume, incentivata dal regime, nella legittimazione e attuazione di politiche sanitarie moralistiche, che è l'altro elemento caratterizzante di questa linea d'intervento.

[590] Ibi, p. 251. .
[591] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 119. Versione digitale da applicazione Libri di Apple.
[592] Ibidem.
[593] Vicarelli, G., cit, p. 257.
[594] Ibi, p. 258.
[595] Ibidem.
[596] Ibi, p. 263.

Se è nell'ambito assistenzialistico-ospedaliero che si manifesta maggiormente il carattere confessionale della politica sanitaria fascista, essa esprime tutto il suo carattere moralistico nel modello di welfare che propone, in cui comunque un ruolo chiave viene «affidato alle organizzazioni cattoliche nella tutela sociale e sanitaria della popolazione»[597]. La celebrazione pubblica del valore etico della beneficenza e il suo sostegno non solo restringono le prerogative dello Stato nel settore medico-ospedaliero, rallentandone il processo di evoluzione, ma favoriscono anche il rafforzamento del ruolo della Chiesa nelle azioni pratiche della realtà italiana, consolidando così il legame di fiducia esistente che, come affermato da Domenico Preti, «legava da secoli i credenti all'istituzione ecclesiastica e ne faceva la garante, non solo morale, del rispetto in *aeternum* delle loro volontà testamentarie»[598], riprendendo in questo modo quel «lungo cammino che a partire dal IV secolo aveva portato la Chiesa cattolica ad entrare all'interno delle unità basilari di produzione e riproduzione della vita sociale»[599] e che la legge Crispi e i provvedimenti d'epoca giolittiana sembrava avessero interrotto. Questa rinnovata azione sociale da parte della Chiesa cattolica si dispiega in sincronia con l'espansione dell'Università cattolica con il suo ruolo educativo e scientifico. Questo processo è sostenuto dal Concordato e dalla rinnovata devozione al Sacro Cuore, che offrono un appoggio politico e culturale. Così, la Chiesa, in collaborazione con il fascismo, presenta i fondamenti della sua nuova egemonia, a cui la società sembra mostrare una crescente apertura. Sul fronte economico, si rafforza il dominio dell'oligarchia finanziaria cattolica, che riesce a inserirsi nel nuovo sistema agricolo e industriale sostenuto sul «piano ideologico», non più e non solo dal «ruralismo familistico precedente», ma anche dalle «nuove concezioni produttivistiche e nazionaliste connesse al corporativismo industriale»[600]. In questa forma di welfare ai medici e alle politiche sanitarie viene riconosciuto il compito di controllare il comportamento delle nuove e vecchie generazioni di italiani, secondo un processo di medicalizzazione del lavoro, della famiglia e del tempo libero che esalta il potere della medicina scientifica, ma la subordina agli interessi della Chiesa e del regime. Con l'avvento del fascismo, si rafforza il processo di integrazione della classe medica, la quale accetta quasi senza riserve di fungere da custode del nuovo ordine pubblico e morale. Questa classe adotta l'ideologia corporativa e fornisce al regime numerosi modelli culturali per sostenere e diffondere il proprio potere[601], tra cui la teoria biologica della razza, che sarà approfondita nel paragrafo 2.3.

2.2.1. La politica ospedaliera fascista e l'assistenza sanitaria religiosa.

Il problema del sistema mutualistico, che rimane irrisolto, si intreccia con la questione, che pure rimane in sospeso, del sistema ospedaliero. Le congregazioni di carità e gli enti benefici continuano a gestire molti ospedali più «come vecchi asili che come moderne aziende della salute»[602]. La modernizzazione degli ospedali sarebbe dovuta avvenire attraverso il distacco dagli Istituti pubblici di assistenza e beneficenza (Ipab), riorganizzati con il decreto-legge del 30 dicembre 1923, n. 2841 e collegandoli a una riforma dell'assistenza e della previdenza sociale, attraverso l'introduzione di un'assicurazione generale obbligatoria per le malattie. Tuttavia, durante il regime fascista, questo distacco incontra la resistenza degli oppositori cattolici, che non sono affatto disposti a rinunciare al

[597] Ibi, p. 383.
[598] Cit. in Vicarelli, G., cit, p. 383.
[599] Vicarelli, G., cit, p. 383.
[600] Ibi, p. 386.
[601] Ibidem.
[602] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 121.

controllo di un settore ospedaliero in cui hanno sempre avuto un ruolo predominante, e «si è poi vanificato nelle pieghe del Concordato del 1929 tra Stato e Chiesa»[603].

Dopo un timido rinnovamento originato dalla riforma ospedaliera voluta da Crispi, negli anni della Prima guerra mondiale questo si arresta, con un conseguente dissesto degli ospedali italiani. Due fattori principali vi contribuiscono. Il primo è il notevole incremento di pazienti ricoverati, causato da un lato dal rapido aumento della popolazione urbana, che fa crescere in modo esponenziale il numero di persone che si rivolgono agli ospedali, originariamente progettati per comunità meno numerose. Questo si accompagna a un cambiamento nella percezione pubblica, dovuto ai progressi significativi e al maggior prestigio della medicina, e fa sì che le persone non provino più l'avversione verso gli ospedali tipica del passato. Il secondo fattore è rappresentato dalla grave crisi finanziaria causata, sotto la pressione dell'inflazione postbellica, sia dal crescente aumento dei costi associati ai singoli servizi, fondamentali per il corretto funzionamento degli ospedali, sia dalle difficili situazioni economiche in cui si trovano quasi tutti i comuni (che hanno il dovere di rimborsare le spese per la degenza dei pazienti indigenti residenti nel comune di assistenza) [604].

Nei primissimi anni del regime fascista, il legislatore si propone di mettere ordine nell'intricato sistema delle Ipab, le cui finanze sono state compromesse dalla crisi economica del dopoguerra, rendendo difficile il raggiungimento dei loro obiettivi istituzionali. I decreti emessi tra febbraio e dicembre del 1923 mirano ad avviare un processo di accorpamento e ristrutturazione delle Ipab, con l'intento di contenere le spese di gestione e di allineare le loro attività rispetto agli interessi e agli obiettivi delle amministrazioni pubbliche[605].

Un primo decreto è quello del 26 aprile 1923, n. 976, col quale il ministro dell'Interno dichiara sciolte le amministrazioni delle Congregazioni e tutte le istituzioni pubbliche di beneficenza esistenti in uno stesso comune, e ne affida la gestione a speciali commissari o commissioni incaricate di proporre le opportune riforme.

Ma già nel novembre 1923 *La Civiltà Cattolica* invita il Governo a non applicare questo «infelice decreto»[606], in quanto i suoi effetti si fanno già vedere su piccole e grandi istituzioni, come lo scioglimento dell'«Amministrazione degli Ospedali riuniti di Salerno, […] 13 opere ospitaliere di Napoli, […] l'Ospedale e il Brefotrofio di Faenza»[607].

Il provvedimento più importante però è il regio decreto 30 dicembre 1923 n. 2841 che aumenta «per numero e qualità i controlli dello Stato sugli istituti di assistenza e di beneficenza»[608]. Non tutte le norme contenute nel regio decreto però trovano attuazione; con d.m. 6 marzo1924 viene sospesa l'applicazione degli articoli 28-32, 39, e 41[609].

Le motivazioni alla base della disapplicazione sono legate alla preoccupazione diffusa tra ampie fasce della popolazione, in particolare tra i cattolici, che le modifiche proposte riguardo al concentramento, raggruppamento, consorzi e federazioni delle Opere Pie possano alterare in modo significativo gli obiettivi stabiliti dai fondatori, portando così a un impoverimento delle risorse destinate alla beneficenza[610].

---

[603] Ibidem.
[604] Ibidem.
[605] Vicarelli, G., cit, pp. 319-320.
[606] *Pericoli per le Opere pie*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 74, v. IV, 3 novembre 1923, p. 370.
[607] Ibi, p. 371.
[608] Ottaviani, A., *cit*, pp. 28-29.
[609] Ibidem.
[610] Ibi, p. 29.

Infatti, pochi giorni prima che il d.m. sospenda gli articoli sopra citati, *La Civiltà Cattolica* espone in un lungo articolo il pensiero dei cattolici e soprattutto della Chiesa sul r.d. n. 2841:

> «parecchie disposizioni assai opportune [sono state fatte] circa l'amministrazione e la contabilità (art. 7 e segg.). Esse gioveranno certamente a togliere molte spese inutili od esagerate, a rendere più facile e sicura la gestione economica dei varii istituti di beneficenza, ad eliminare molti inconvenienti da parecchio tempo lamentati. Venendo perciò a colmare una lacuna nel campo giuridico ed amministrativo delle Opere pie, saranno da tutti lealmente riconosciute ed apprezzate come buone e sagge disposizioni.
> Ma con tutto ciò esse non valgono a togliere, anzi neppure a scemare, la dolorosa impressione che si prova dinanzi ad altre disposizioni dello stesso decreto, […] rispetto al concentramento ed alla fusione degli istituti, e più ancora in ordine al mutamento di fine, dalla legge stessa reso facile e senza guarentigie»[611].

Viene ribadito come il regio decreto in questione:

> «riforma in parte la [legge del 17 luglio 1890] "la più iniqua e radicale di tutte le riforme introdotte nella legislazione italiana"; […] ma, in alcuni punti di somma importanza, le modificazioni introdotte possono riuscire di grave danno ai pii istituti, anziché a loro vantaggio; e, sotto questo riguardo, la nuova riforma non può avere il consenso e l'approvazione dei cattolici italiani, che al sincero amore verso la patria uniscono l'amore alla religione e alla Chiesa. […] Lo spirito di laicizzazione informa pure [questo regio decreto], e da questo spirito deriva purtroppo, come logica conseguenza, l'astrazione da ogni motivo spirituale e religioso, una illimitata ingerenza politico-statale, l'esclusione dell'intervento della competente autorità ecclesiastica»[612].

Ad ogni modo, il riconoscimento del favore verso la Chiesa da parte del nuovo Governo è esplicitato, seppur, come abbiamo detto, la Chiesa, per proteggere la propria autonomia, resterà guardinga verso qualsiasi Governo guiderà l'Italia:

> «Né varrebbe il dire che bisogna confidare nella buona volontà di coloro che reggono le sorti della nazione, perché, se oggi, grazie a Dio, i governanti si mostrano abbastanza favorevoli alla religione in parecchie cose, come noi lealmente riconosciamo, domani, allo scatenarsi della bufera settaria, potrebbero mutare tattica e norma di condotta, mostrandosi apertamente ostili»[613].

L'articolo si conclude con la speranza che questo Governo benevolo verso la religione di Stato possa riesaminare il decreto-legge ed eliminare quelle disposizioni rilevanti citate nell'articolo per «l'onore della nazione, per il bene della Chiesa e della religione, per l'utilità economica e morale delle Opere Pie»[614].
L'inadeguata attuazione del r.d. n. 2481 del 1923 è originata dalla tendenza eccessivamente centralista dell'autorità statale, il che genera critiche, polemiche e proteste, in particolare da parte di organizzazioni cattoliche riconosciute per i loro significativi contributi al patrimonio della beneficenza, ispirati da motivazioni religiose. In sintesi, questo programma di riforma è strettamente legato alla legge Crispi, la quale incorpora i principi di controllo pubblico e riorganizzazione amministrativa. Inoltre, mira a raggiungere obiettivi di raggruppamento, federazione e concentrazione delle istituzioni di assistenza e previdenza, con l'intento di migliorare le loro funzioni

[611] *La nuova legge sulle Opere pie*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 75, v. I, 1° marzo 1924, p. 394.
[612] Ibi, pp. 395-396.
[613] Ibi, pp. 398-399.
[614] Ibi, p. 402.

sociali[615]. Nel 1926 il Ministro degli Interni, On. Federzoni, presenta e ottiene l'approvazione di un disegno di legge che si trasforma nella legge n. 1187 del 17 giugno. Successivamente, con il decreto-legge n. 257 del 20 febbraio 1927, sono modificate diverse disposizioni. Il provvedimento segna un cambio significativo nella gestione delle Opere pie: non solo consente agli ecclesiastici di reintegrarsi nei consigli di amministrazione da cui erano stati esclusi, ma abroga anche l'obbligo di concentrare e raggruppare le istituzioni. Inoltre, qualsiasi modifica futura sarà affidata alla discrezione dei singoli amministratori, previa consultazione dell'ordinario diocesano se le disposizioni delle tavole di fondazione o il carattere pio dell'ente lo richiedano[616]. In più, nel 1928, la Corte di Cassazione annulla le norme del 1866 (leggi di eversione dell'asse ecclesiastico) che stabilivano che gli ordini e le congregazioni religiose non possedessero personalità giuridica e, di conseguenza, non avessero la facoltà di possedere beni, «il che apre la strada ad una ampia riorganizzazione di tutto il settore ecclesiastico e benefico»[617]. La legge del 1890 riguardante l'assistenza, e le successive modificazioni e integrazioni, hanno ridotto notevolmente il ruolo del contributo privato in questo ambito. Anche la normativa concordataria del 1929, che si applica agli enti ecclesiastici, non apporta significative modifiche[618] e in generale, per quanto riguarda l'assistenza, la normativa derivante dagli accordi tra l'Italia e la Santa sede «non cre[a] soluzioni di continuità nel quadro legislativo in vigore»[619]: infatti, il Concordato «si inserisce in pieno negli orientamenti della politica e della legislazione del periodo fascista»[620].

Tra le diverse concessioni che il Governo fascista fa alla Chiesa cattolica, ancora prima della firma dei Patti Lateranensi, c'è anche la reintroduzione del crocifisso nei luoghi pubblici, tra cui anche gli ospedali. *La Civiltà Cattolica* ne dà notizia nel 1923, quando al Policlinico di Roma vengono affissi i crocifissi dopo che per «ventisette anni era stato sbandito il segno della redenzione, il conforto di ogni dolore»[621]. Queste concessioni, come quelle introdotte con la Conciliazione, serviranno da contrappeso alla negazione di favori in merito al sistema benefico assistenziale, di cui lo Stato vuole il monopolio. Nel contesto dell'assistenza, infatti, lo Stato non concede alcuna forma di libertà. Questa situazione può essere compresa principalmente in relazione al fatto che, come già accennato, il regime fascista persegue una politica caratterizzata da un forte intervento pubblico, in continuazione con le linee guida già stabilite da Crispi nella legge del 1890. Consentire, dunque, un intervento autonomo da parte della Chiesa nel settore assistenziale, attraverso iniziative e istituzioni parallele a quelle statali, come vorrebbero le sfere ecclesiastiche, sarebbe in netto contrasto con tale orientamento, oltre a risultare incompatibile con le categorie giuridiche affermate nella legislazione, nella prassi amministrativa, nella giurisprudenza e nella dottrina legale, poiché avrebbe di fatto minato il monopolio pubblico instauratosi nel settore[622]. In effetti, l'assistenza pubblica è vista come uno strumento di controllo sociale dal regime, e pertanto non può essere delegata a entità esterne, considerate potenzialmente concorrenti e persino ostili. In questo contesto, la politica fascista proclama un principio giurisdizionalista, che, come molti altri, è inevitabilmente accettato dalla Chiesa. «D'altronde, accingendosi ad un accordo a causa di convergenti anche se contrastanti

[615] Vicarelli, G., cit, p. 320.
[616] Ibi, p. 321.
[617] Ibidem.
[618] Ottaviani, A., cit, p. 31.
[619] Ibi, p. 30.
[620] Ibi, p. 32.
[621] *Cose romane. Il crocifisso al Policlinico*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 74, v. II, 7 aprile 1923, p. 171.
[622] Ottaviani, A., cit, p. 32.

interessi, ambedue le parti si trovarono a dover cedere su alcuni punti per poter giungere ad un contemperamento delle varie esigenze»[623].
Importanti sono anche le misure successive al Concordato, come la legge n. 848 del 27 maggio 1929 sulla disciplina degli enti ecclesiastici, in particolare l'art. 5 con cui «lo Stato sottopone alla disciplina generale della legge del 1890 e successive modificazioni ed integrazioni, quegli enti ecclesiastici che sono ammessi a svolgere attività assistenziali e di educazione a favore dei laici»[624].
Il 4 ottobre 1934 si stipula una Convenzione Ospedaliera fra la Santa Sede e l'Italia, concernente l'assistenza sanitaria dei cittadini vaticani nel Regno d'Italia[625].
La legge del 3 giugno 1937 n. 847, che «rappresenta una ulteriore modificazione al regime giuridico determinato dalla legge Crispi»[626], sostituisce le Congregazioni di carità, in tutte le loro attribuzioni, con gli Enti Comunali di Assistenza (ECA). Con questa riforma si intende, da un lato, aggiornare il nome dell'istituto per riflettere la visione contemporanea del soccorso agli indigenti come una funzione sociale di assistenza, e dall'altro, unire nel nuovo organismo le diverse opere di assistenza che sono emerse nel corso del tempo con scopi simili. «L'ente comunale, come già la Congregazione di carità, aveva il compito di raccogliere i beni destinati ai poveri, quando dal benefattore non sia specificato altro ente, o quando la persona incaricata di determinarlo non voglia o non possa adempiere l'incarico»[627].
L'insieme di queste norme esercita un'influenza significativa sulla gestione degli ospedali e sulla loro riorganizzazione. Infatti, esse non solo ostacolano un intervento diretto da parte dello Stato, il quale accetta il principio di deregolamentazione e delega la questione agli organi ecclesiastici, ma rendono anche la gestione ospedaliera ancora più complicata, poiché molte strutture cercano di privilegiare i propri obiettivi religiosi per evitare di sottostare alla disciplina delle Ipab. «Non si ha così, fino al 1938, una benché minima legislazione ospedaliera, né una trattazione giuridica dell'ospedale la cui voce manca […] persino nel Nuovo digesto italiano edito nel 1939»[628]. Rimanendo soggetto a una legislazione «oscura», differenziata ma connessa alle normative ottocentesche riguardanti le Opere pie, l'ospedale si trova nell'impossibilità di ottenere le risorse finanziarie necessarie e le spinte verso l'innovazione che sarebbero fondamentali in un periodo di significativa trasformazione tecnico-scientifica come quello che si sviluppa tra le due guerre mondiali. D'altro canto, la generosità privata, su cui gli istituti ospedalieri devono fare affidamento, risulta sporadica, di entità variabile e, soprattutto, differente a livello territoriale. Mentre gli ospedali del Nord possono contare su donatori generosi e attenti alle nuove esigenze tecnologiche e sanitarie, quelli del Sud ricevono contributi molto più limitati, spesso destinati esclusivamente a fini assistenziali. Ne consegue che, «se i nosocomi delle Regioni centro-settentrionali riescono a dotarsi di moderne attrezzature e di nuovi padiglioni specializzati, trasformandosi profondamente sul piano funzionale e strutturale, i già pochi istituti ospedalieri del meridione continuano a mantenere una fisionomia arcaica se non fatiscente»[629].
Gli ospedali, restando così nell'ambito della logica assistenziale delle Ipab, non riescono a dare regolarità all'assunzione del personale medico, «i cui criteri variano da istituto ad istituto e sono improntati da pratiche clientelari»; spesso, inoltre, sulla spinta delle difficoltà finanziarie, «vengono

[623] Ibi, p. 33.
[624] Ibi, p. 32.
[625] *Notizie. Santa sede*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 85, v. IV, 20 ottobre 1934, p. 201.
[626] Belgiorno de Stefano, M. G., cit, p. 125.
[627] Ottaviani, A., cit, p. 29.
[628] Vicarelli, G., cit, p. 321.
[629] Ibi, p. 322.

soppressi reparti e servizi, aumentato l'orario di lavoro, licenziato il personale»[630]. La situazione è ulteriormente complicata dal fatto che i nuovi ospedali sono inseriti in diverse strutture giuridico-amministrative. Questi possono infatti essere sotto la giurisdizione dello Stato, dei Comuni, delle Province, di enti assicurativi e previdenziali, della Santa Sede, della Croce Rossa, di altre comunità religiose, associazioni sia nazionali che internazionali, oltre che da enti privati. «Un sistema complesso e diversificato, dunque, che sgretola la costruzione unitaria che Crispi aveva tentato di realizzare con la legge sulla beneficenza e assai più con il codice sanitario, aprendo la strada a gravissime diseguaglianze nella cura e nella tutela della salute»[631].

Negli anni Trenta, in una costellazione di enti cattolici o ispirati al cattolicesimo, che dominano il dibattito sulle Ipab, riuscendo in certi casi ad influenzare le scelte dello Stato, l'assistenza sanitaria religiosa, per quanto riguarda ebrei e valdesi è garantita tramite alcune Opere pie. Per quanto riguarda le Opere pie israelitiche la loro condizione giuridica non cambia: esse mantengono la personalità giuridica ed organi propri. Su queste istituzioni, le Comunità competenti per territorio esercitano una semplice vigilanza, affinché esse, pure conservando la loro piena autonomia giuridica, adempiano, nell'interesse degli israeliti, ed a mezzo dei loro organi, le finalità per le quali sono state erette. Tale vigilanza è puramente interna e generica ed è analoga a quella che i Comuni esercitano sulle locali istituzioni di pubblica beneficenza ed assistenza. Negli anni '20 e '30 sono molti gli enti di assistenza sanitaria e veri e propri ospedali israelitici nei maggiori centri urbani dell'Italia centro-settentrionale. A Livorno nel 1922 opera la confraternita "Zedakà Vachesed". In una sua adunanza ordinaria annuale affronta il tema dei suoi rapporti con l'Ospedale Israelitico della Città. C'è la necessità in città dell'apertura di un nuovo ospedale e durante questa riunione si discute se è il caso che la confraternita si fonda con l'Opera pia ospitaliera di Livorno, passandole i suoi capitali in modo da accelerare la costruzione del nuovo istituto[632]. L'Ospedale viene inaugurato l'anno dopo, in via degli Asili 34; esso presenta due ampie corsie distinte tra uomini e donne, un ambulatorio gratuito per i poveri e un grande giardino, costituendo probabilmente l'unico ospedale israelitico completo in Italia[633]. Sempre del '22 è la progettazione del nuovo Ospedale israelitico di Trieste[634] che verrà poi realizzato nel 1925 in via Cologna Scoglietto n. 2[635]. Nel 1922, è pubblicato il bando per 4 posti di ricovero nella sezione Ottolenghi presso l'Ospizio israelitico di Torino. È interessante riportare i criteri di accettazione dei ricoverati in questa Opere pia, in quanto mostrano come l'elemento religioso formi l'essenza e la peculiarità che li distingue da altre strutture di ricovero non religiose o di altra derivazione confessionale:

> «1) certificato rabbinico da cui risulti che il ricoverando è ebreo: per gli uomini deve risultare che il ricoverando è stato ritualmente circonciso; 2) certificato di nascita o domicilio oltreannuale nella circoscrizione dell'Università Israelitica di Torino: 3) certificato di povertà; 4) certificati penali o di buona condotta; 4) eventuale dichiarazione di invalidità; 5) eventuali documenti di servizio militare compiuto»[636].

[630] Ibi, p. 325.
[631] Ibidem.
[632] *Notizie. Livorno*, in «Israel», A. 7, n.13, 30 marzo 1922, p. 4.
[633] *L'inaugurazione del nuovo Ospedale israelitico di Livorno*, in «Israel», A. 8, n. 7, 15 febbraio 1923, p. 6.
[634] *Dalle città d'Italia. Da Trieste. Un ultimo appello per il nuovo ospitale israelitico*, in «Israel», A. 7, n. 25, 22 giugno 1922, p. 3.
[635] *Dalle città d'Italia. Da Trieste. L'inaugurazione dell'ospedale israelitico*, in «Israel», A. 10, n. 4, 22 gennaio 1925, p. 4.
[636] *Avviso di concorso*, in «Israel», A. 7, n. 25, 22 giugno 1922, p. 4.

Si segnala anche la benevolenza da parte delle istituzioni pubbliche per alcuni degli enti ospedalieri israelitici, come nel caso dell'Ospedale di Trieste[637] e quello di Roma sull'isola Tiberina, per il quale il presidente Angelo Di Nola è riuscito ad ottenere dal Governo nazionale un sussidio di 30.000 lire per pareggiare il deficit dell'anno 1928[638]. Da ricordare è anche l'Ospedale israelitico romano, la cui origine si è detto nel primo capitolo. In quegli anni il suo ambulatorio viene omaggiato per la cura di poveri e semi-poveri senza distinzione di fede[639].
Inoltre si documenta l'esistenza, nei primi anni Trenta, delle seguenti Opere pie israelitiche a carattere sanitario in Italia: gli ospedali a Firenze, Livorno, Roma, Torino, Trieste; gli enti di assistenza domiciliare e case di ricovero a Firenze, Livorno, Milano, Reggio Emilia, Napoli, Padova, Roma, Trieste, Venezia, Vercelli e Verona; i cimiteri che troviamo quasi in ogni città in cui è presente una Comunità (Alessandria, Acqui, Asti, Ancona, Senigallia, Urbino, Bologna, Casale Monferrato, Ferrara, Firenze, Siena, Genova, La Spezia, Gorizia, tre a Livorno, Pitigliano, Mantova, Bozzolo, Viadana, Merano, due a Milano, Modena, Correggio, Reggio Emilia, Napoli, due a Rovigo, Parma, Bussetto, Corte Maggiore, Fiorenzuola d'Arda, Monticelli d'Ongina, Soragna, Pisa, due a Roma, Perugia con un reparto anche nel cimitero comunale, Torino, Carmagnola, Cherasco, Cuneo, Fossano, Ivrea, Mondovì, Saluzzo, Trieste, due a Venezia, Conegliano, Vittorio Veneto, Vercelli e Verona), spesso con la compresenza di enti legati al fine vita e all'opera mortuaria[640].
Le istituzioni valdesi di assistenza sanitaria, o connesse a questa funzione, si possono dividere in tre categorie:

- quelle che dipendono direttamente dalla Tavola valdese;
- quelle erette in ente morale, e poste sotto la sorveglianza governativa oltre che della Tavola;
- quelle dipendenti dalla Chiesa valdese di Torino o da altre Chiese[641].

Rientrano nella prima categoria l'Asilo per vecchi di Vittoria (Siracusa) fondato nel 1932; la Casa delle Diaconesse, con sede a Pomaretto (Torino), le quali esplicano la loro attività di infermiere a domicilio o presso gli ospedali valdesi di Torino, Pomaretto e Torre Pellice, il Rifugio degli incurabili di Luserna S. Giovanni, l'Asilo evangelico "Italia" di Firenze e gli ospedali evangelici internazionali di Genova o di Milano.
Le istituzioni erette in ente morale sono soltanto gli ospedali valdesi di Pomaretto e di Torre Pellice e il Rifugio degli incurabili di Luserna S. Giovanni, "Re Carlo Alberto".
Gli istituti della terza categoria sono l'Asilo per vecchi, dipendente dalla Parrocchia valdese di Luserna S. Giovanni; l'Ospedale Evangelico di Torino, in via Berthollet 36, dipendente dalla Chiesa Valdese di Torino, che accoglie ammalati evangelici (di qualunque Chiesa) poveri o senza famiglia, dando loro assistenza e cure necessarie; l'Opera Balneare Gian Pietro Meille di Borgio Verezzi (Imperia), anch'essa dipendente dalla Parrocchia valdese di Torino, la quale offre una cura balneare ai bambini valdesi[642] (peraltro molto in sintonia con l'idea fascista della colonia marina).
Negli anni Venti gli istituti ospedalieri delle valli valdesi sono colpiti moderatamente dalla generale crisi ospedaliera che è stata delineata sopra. Nel 1922 le cause di difficoltà economica sono l'inflazione, in particolare il prezzo del pane e il cambio con la Svizzera per il regolamento di conti

[637] *L'Ospitale israelitico di Trieste*, in «Israel», A. 14, n. 47, 13 agosto 1929, p. 6.
[638] *Dalle città d'Italia. Da Roma. L'Ospedale Israelitico*, in «Israel», A. 15, n. 18, 6 febbraio 1930, p. 11.
[639] *Dalle città d'Italia. Da Roma. Una visita all'Ospedale Israelitico di Roma*, in «Israel», A. 14, n. 2, 27 settembre 1928, p. 6.
[640] Piacentini, M., cit, pp. 126-135.
[641] Ibi, p. 267.
[642] Ibi, p. 268.

con il Comitato S. Loup[643]. Il ventisettesimo rapporto del Rifugio "Re Carlo Alberto" documenta invece un positivo stato di salute economica come mai avuto prima dall'istituzione[644]. Nel 1925, ha luogo la raccolta fondi per la creazione di un sanatorio popolare, in favore di tubercolotici della Valle[645], che infine sarà realizzato grazie all'uso esclusivo della donazione fatta dall'ingegnere Agnelli della Fiat[646]. Nel 1932, vi è un appello alla generosità per una colletta utile a pagare il nuovo impianto per i raggi X di cui si è dotato l'Ospedale valdese di Torino, che si mantiene solo attraverso le donazioni, non ricevendo né contributi fissi speciali, né rendite[647]. Continuano la crescita e il mantenimento (nonostante periodi di crisi) degli storici istituti di assistenza sanitaria valdese del Piemonte, che insieme agli ospedali internazionali evangelici di Genova e Milano garantiscono un presidio sanitario religiosamente connotato per il mondo protestante. È plausibile che l'azione degli istituti ospitalieri valdesi ed evangelici sia integrata dall'opera dei ministri di culto negli ospedali civili, garantendo il diritto all'assistenza religiosa sancito nel 1929 con la Legge sui culti ammessi, ma non se ne hanno notizie dirette, come avveniva invece nel periodo liberale.
Gli anni Trenta vedono anche la notevole riduzione dell'attività amministrativa riguardante gli enti ecclesiastici. Questo si verifica sia perché lo Stato corporativo cerca di instaurare un sistema statale per l'assistenza e la beneficenza, mantenendo comunque un adeguato rispetto per le attività religiose e benefiche della Chiesa cattolica, sia a causa delle conseguenze degli eventi bellici che portano a una sospensione delle questioni in materia[648].
Un evento significativo dei primi anni Trenta è rappresentato dall'introduzione di un approccio privatistico, che porta l'apertura dell'ospedale ai pazienti in grado di pagare di tasca propria, consentendo così la cura di coloro che non versano in condizione di povertà e gestendo quindi il trattamento di pazienti in grado di sostenere i costi. La necessità di far fronte alle precarie condizioni finanziarie conduce gli ospedali non solo a preferire la «nascita di reparti e camere a pagamento», ma anche a «ricercare rapporti privilegiati con i diversi sistemi mutualistici, a contendersi le strutture sanatoriali, a inseguire lasciti privati e contributi pubblici»[649]. Il risultato finale è che vengono accolte non le persone realmente in difficoltà, ma coloro che riescono a dimostrare di possedere i requisiti e le credenziali richieste per accedere a queste strutture. Dopo il quadro che è stato presentato «ci si può fare un'idea abbastanza precisa di quanto e a chi fosse garantita la tutela della salute nell'Italia fascista»[650]. Questa soluzione, d'altronde, permette all'ospedale di generare entrate aggiuntive rispetto ai guadagni derivanti dal proprio patrimonio. Ciò, a sua volta, consente di aggiornare e migliorare gli strumenti operativi in linea con i progressi della tecnologia, e per altro verso «consente allo stesso ospedale, migliorando le proprie strutture, di attrarre clientela abbiente e incrementare ulteriormente gli introiti»[651]. Emerge così una novità rappresentata da una politica ospedaliera che si sviluppa all'interno delle stesse strutture e che nasce dalle sfide economiche che le affliggono. Tale politica mira a trasformare le finalità del sistema, orientandosi progressivamente «da un approccio caritativo-assistenziale a uno sanitario e curativo»[652]. Anche diversi istituti ospedalieri religiosi si

[643] *Istituti Ospitalieri Valdesi*, in «L'écho des vallées», A. 58, fascicolo 6, 10 febbraio 1922, p. 1.
[644] *Refuge Roi Charles-Albert*, in «L'écho des vallées», A. 61, fascicolo 6, 6 febbraio 1925, p. 2.
[645] *Pro sanatorio popolare,* in «L'écho des vallées», A. 61, fascicolo 43, 30 ottobre 1925, pp. 1-2.
[646] J.C., *Le Sanatorium de montagne*, in «L'écho des vallées», A. 62, fascicolo 28, 9 luglio 1926, p. 1.
[647] *L'Hôpital Vaudois de Turin*, in «L'écho des vallées», A. 68, fascicolo 2, 8 gennaio 1932, p. 2.
[648] Belgiorno, de Stefano, M. G., cit, pp. 126-127.
[649] Vicarelli, G., cit, p. 326.
[650] Ibidem.
[651] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 121.
[652] Vicarelli, G., cit, p. 326.

adopereranno, già dai primi anni Venti, per avere delle camere a pagamento, come avviene all'Ospedale israelitico di Roma[653] o nel nuovo Ospedale israelitico di Livorno, come riportato su *Israel*:

> «Non poche volte infatti enti e privati di altre città hanno chiesto alla nostra Comunità la possibilità di ricoverare malati o vecchi. Oggi Livorno Ebraica vuole mettersi in grado di soddisfare anche richieste di questo genere con un istituto in cui saranno anche corsie e sale a pagamento»[654].

Anche l'incremento dei pazienti paganti, grazie all'organizzazione di letti e reparti specificamente dedicati, modifica in modo significativo l'identità degli ospedali e la loro struttura organizzativa, sebbene continui a operare entro i limiti stabiliti dalla legislazione giuridico-amministrativa delle Ipab. «A cambiare sono non solo l'ambiente ospedaliero ed i servizi offerti, per i quali si punta ad una crescente specializzazione tecnologica, ma soprattutto il rapporto con la classe medica»[655]. La crisi economica scaturita dalla guerra d'Etiopia, insieme alla politica autarchica, all'impennata dell'inflazione aumentano le difficoltà nel sistema assistenziale[656], aggravano notevolmente le condizioni del sistema ospedaliero che già necessita di un adeguamento, essendo connesso a una assistenza pubblica e caritatevole, legato a una municipalità con debiti e unito a una mutualità disorganizzata[657]. Intanto si intensificano le richieste da parte della classe medica, la quale «si vede costretta a contrattare continuamente "sul campo" i propri margini di autonomia professionale e di redditività economica»[658].

Da qui la spinta decisiva che induce il regime fascista a promulgare la legge Petragnani (r.d. del 30 settembre 1938, n. 1631), recante «Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali». La legge, composta da 101 articoli, dedica la maggior parte di essi (artt. 14-77) al personale medico. Essa stabilisce i criteri per l'identificazione degli enti ospedalieri, definendone la categoria, il funzionamento interno e la formazione del personale tecnico e infermieristico. Sebbene si concentri su una «razionalizzazione organizzativa», la legge non affronta in modo approfondito le questioni fondamentali relative ai «criteri di finanziamento e allo status giuridico degli ospedali»[659]. Inoltre, non risolvendo il problema della mutualità, non rappresenta affatto «la tanto attesa razionalizzazione dei servizi»[660]: manca qualsiasi coordinamento, non c'è riferimento alla redistribuzione territoriale o all'adeguamento dei posti letto, non è prevista alcuna azione di risanamento finanziario, né tantomeno una pianificazione per una ristrutturazione organizzativa[661]. Finirà per essere uno «strumento volto a favorire la classe medica»[662]; pur limitando la percentuale dei posti a pagamento a un decimo della capacità ricettiva dell'ospedale e definendo un tariffario nazionale di riferimento per le rette, non viene specificata la somma da corrispondere ai professionisti sanitari. Questo lascia un margine significativo per la negoziazione delle compensazioni mediche, «al particolarismo e a cospicui guadagni»[663].

---

[653] *Dalle città d'Italia. Da Roma. Una visita all'Ospedale Israelitico di Roma*, cit, p. 6.
[654] *Notizie. Livorno*, cit, p. 4.
[655] Vicarelli, G., cit, p. 326.
[656] Ibi, p. 327.
[657] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 122.
[658] Vicarelli, G., cit, p. 327.
[659] Ibi, p. 328.
[660] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 122.
[661] Ibidem.
[662] Vicarelli, G., cit, p. 328.
[663] Ibidem.

La Seconda guerra mondiale ha un forte impatto sulle istituzioni della Chiesa valdese, in particolare sugli ospedali. Alle Valli, il numero dei pazienti aumenta notevolmente a causa dell'arrivo di molte famiglie in fuga dalla città, e in modo ancora più consistente dal 1943, quando l'Ospedale di Torino deve chiudere a causa dei danni subiti durante il conflitto. Dopo l'8 settembre di quell'anno, gli ospedali si rendono disponibili ad accogliere i feriti di guerra, senza distinzione tra partigiani, repubblicani, soldati tedeschi o civili. Anche i pazienti di origine ebraica sono accolti, con grande riservatezza riguardo ai loro dati anagrafici. La riservatezza sui dati anagrafici è necessaria anche per evitare di rivelare la presenza di partigiani feriti, che erano a rischio di fucilazione. A Torre Pellice si trovano ricoverati nel Padiglione dedicato alle malattie infettive, al quale, a causa di rigorose norme sanitarie, è assolutamente vietato l'ingresso ai non autorizzati. Oltre a queste difficoltà, gli ospedali affrontano gravi problematiche logistiche legate alla fornitura di alimenti, farmaci, biancheria, attrezzature sanitarie e combustibili. Il personale medico e paramedico è sottoposto a un carico di lavoro sempre più elevato. Nel 1945, la CIOV si prende carico dei due ospedali, del Rifugio e dell'asilo di San Germano, contando su 16 diaconesse a tempo pieno, 2 infermiere e 15 addetti ai servizi ausiliari[664].

2.2.2. Maternità e nascita: una consonanza tra visioni fascista e confessionali.

In questo paragrafo vengono esplorati i temi di nascita e maternità, come sono considerati dal regime fascista e dalla sua politica sanitaria e confrontati con quelle delle confessioni religiose oggetto di questo studio, per mostrare come questi basilari elementi della sfera della vita abbiano assunto un'importanza collettiva e pubblica per le aspirazioni del potere statale fascista, legittimato e attuato attraverso le pratiche sanitarie e la retorica religiosa. Il filo rosso della trattazione è il concetto di "medicalizzazione", come elaborato da Michel Foucault, secondo cui essa rappresenta una forma di potere biopolitico che agisce sul corpo e sulla vita delle persone. Da un lato, questa nozione implica che la medicalizzazione si manifesti a livello delle esperienze individuali (maternità e nascita sono esperienze "transculturali" e "individuali"), influenzando il modo in cui ciascuno vive e percepisce le proprie scelte in merito (vedremo che maternità e nascita, implicano scelte, soprattutto morali e religiose, anche sui modelli di donna e di famiglia). Dall'altro lato, essa si esercita anche su scala macro, riguardando la popolazione nel suo complesso, attraverso quella che Foucault chiama "governamentalità" (gli obiettivi demografici e razziali del regime fascista). In questo contesto, si prendono decisioni su come regolare, finanziare e organizzare l'assistenza sanitaria, con l'obiettivo di creare e gestire cittadini "sani"[665] e, si potrebbe aggiungere, "santi".
Come mai prima, quando erano chiaramente distinte e definite nei loro campi d'intervento, religione e medicina assumono insieme il ruolo di guardiani etici, avallando la propaganda del regime e universalizzandone la retorica, per quanto riguarda la riproduzione umana e procedure controverse come la manipolazione del corpo.
Il già citato discorso dell'Ascensione del 26 maggio 1927 è il Manifesto della "battaglia demografica" con la quale il fascismo avvia un articolato programma volto ad aumentare la popolazione e a rafforzarne la salute fisica. Con l'enunciazione che «il destino delle nazioni è legato alla loro potenza demografica»[666], Mussolini dà avvio a una maggiore iniziativa pronatalista, dal carattere eugenetico

[664] Taccia, A., *Gli ospedali valdesi di Torre Pellice e Pomaretto. Passato, presente e futuro, 1821-2002*, cit, p. 22.
[665] Cfr. Foucault, M., *Medicina e biopolitica. La salute pubblica e il controllo sociale*, Roma, Donzelli, 2021.
[666] Cit. in Ciammaruconi, C., *La Federazione di Littoria dell'Opera nazionale maternità e infanzia*, in «Studi storici», 3, 2007, p. 842.

e, soprattutto, finalizzata a ridurre la tendenza al calo delle nascite, costante assillo per il duce[667]. Come detto nel paragrafo precedente, per la riuscita di questa campagna è di fondamentale importanza l'imposizione alle donne italiane del ruolo di "sposa e madre esemplare" che ne costituisce appunto il cardine, e che «tanto pesantemente ne ha bloccato la costruzione di una autonoma identità culturale e simbolica, prima ancora che politica»[668]. Tuttavia, non rappresenta il risultato di una rielaborazione originale dell'ideologia fascista. Infatti, il fascismo ha conferito una dimensione politica al ruolo femminile, seguendo quanto già suggerito dalla cultura "ufficiale" degli anni che lo hanno preceduto. Lo «stereotipo secolare» dell'inferiorità della mente femminile, cui il «positivismo aveva fornito i fondamenti "scientifici"», in epoca fascista viene ribaltato: «la limitazione della donna al proprio destino "biologico" esclusivamente riproduttivo, che di quella inferiorità [è] la inevitabile conseguenza», si trasforma da disvalore in affermazione positiva del ruolo della donna «come fondamentale alla costruzione e al rafforzamento dell'Italia nuova e potente, che il fascismo si propone […] di riportare ai fasti dell'Antica Roma»[669]. Così, la maggior parte delle donne cede con entusiasmo al richiamo di un protagonismo che, paradossalmente, comporta la rinuncia a qualsiasi istanza di emancipazione, e «la consegna di sé a quel ruolo "naturale" che per secoli le aveva condannate alla subalternità»[670]. Una forte propaganda trasmette l'illusione che le donne possano essere artefici della potenza dello Stato, condotta anche attraverso i medici che contribuiscono alle campagne sui benefici della maternità, veicolando ad esempio l'idea che «gli stati di gravidanza ripetuti aumentano di molto le resistenze dell'organismo femminile contro tutte le infezioni»[671].

Oltre ad incentivare, propagandandolo come una virtù, il ruolo subalterno di costrizione domestica della donna, il fascismo interviene contemporaneamente sulla morale sessuale (della donna), travestendo l'intervento da battaglia contro la sifilide. Questo processo di medicalizzazione della morale sessuale implica che la punizione per la violazione delle norme sta diventando sempre meno di natura trascendente e sempre più concepita come una questione di salute[672]. I medici assumono il ruolo di «custodi della salute e della felicità sessuale degli italiani»[673], acquistando un'importanza ancora maggiore per il regime quando li utilizza per promuovere le nascite o per contenere gli aborti, due obiettivi considerati fondamentali dalla politica demografica fascista. Sebbene la sessualità femminile sia sostanzialmente negata al di fuori del matrimonio, fatta eccezione per i diritti biologici e storici degli uomini sui rapporti prematrimoniali, essa deve essere limitata e controllata all'interno della famiglia, per evitare sia l'affaticamento sia una forma di eccessiva lussuria[674]. Con il Codice penale del 1930, l'aborto, ma anche l'uso e la diffusione di anticoncezionali, sono passati «dal rappresentare un reato contro la moralità, all'essere considerat[i] un crimine nei confronti della collettività, poiché commess[i] "contro l'integrità e la sanità della stirpe"»[675]. Per prevenire l'interruzione volontaria di gravidanza, è stato mobilitato anche tutto il personale sanitario, cui viene chiesto «di registrare ogni gravidanza», fino ad arrivare al decreto amministrativo emanato nel 1935

[667] Ibidem.
[668] Curti, D., *Il fascismo e le donne: Imposizione e accettazione della "Mistica della maternità"*, in «Italian Studies in Southern Africa», v. 9, n. 2, 1996, p. 7.
[669] Ibi, p. 8.
[670] Ibi, p. 9.
[671] Ibi, p. 17.
[672] Vicarelli, G., cit, p. 289.
[673] Ibidem.
[674] Ibidem.
[675] Ciammaruconi, C., cit, p. 870.

dalla Direzione generale della sanità che, giunge «ad imporre ai medici di denunciare qualsiasi caso di procurato aborto»[676]. La matrice conservatrice e nazionalista del regime che esalta la donna nella sua funzione familiare e materna le delega in esclusiva il settore dell'assistenza sociale, per vigilare sul destino della razza, cominciando dalla maternità e l'infanzia, quale mezzo per partecipare alla vita politica del paese[677]. A questo fondamentale compito è deputata in maniera particolare l'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia (ONMI).

Istituita dal regime nel 1925, «dopo che un progetto simile era stato discusso in Commissione parlamentare nell'ultimo dei governi liberali (giugno 1922)»[678], il testo normativo si concentra esclusivamente sulla definizione della struttura istituzionale dell'ente, rinviando alla legge n. 718/1926 la suddivisione delle funzioni e dei compiti.

L'ONMI è un'organizzazione di natura parastatale che ha come obiettivo principale la diminuzione dei tassi di mortalità infantile, che sono ancora molto alti in Italia nel primo dopoguerra. Essa si occupa di garantire «la protezione morale e il supporto materiale per madri e bambini»[679]. In questo contesto, le sue attività abbracciano ogni iniziativa sociale e sanitaria finalizzata a promuovere lo sviluppo psicofisico delle nuove generazioni, offrendo forme di tutela e assistenza che vanno dal periodo prenatale fino all'inizio della pubertà. «Particolare interesse è rivolto alla maternità illegittima, ai figli abbandonati»[680]. Nel perseguire questo suo obiettivo, l'Opera ha un ruolo complementare rispetto a diversi enti e istituzioni, sia pubbliche che private. Essa esercita funzioni di supervisione e monitoraggio sulle singole realtà assistenziali, promuove attività di propaganda e supporto nella corretta applicazione delle leggi e dei regolamenti in vigore, e può gestire direttamente strutture dedicate all'assistenza e alla beneficenza[681]. Il servizio si concentra, innanzitutto, sulle donne e sui bambini che non dispongono di una famiglia stabile – come le madri sole, le vedove in difficoltà, le spose di invalidi o carcerati, gli orfani – oppure provenienti da contesti domestici incapaci, per varie ragioni, di «prestare loro tutte le cure necessarie per un razionale allevamento»[682]. Si tratta di un'iniziativa estremamente vasta e ambiziosa nei suoi obiettivi, anche in relazione ai finanziamenti disponibili. I compiti che l'ONMI deve svolgere sono diversi: si va dall'assistenza medica per le donne in difficoltà o abbandonate durante la gravidanza, il parto e il periodo postnatale, ai servizi di sostegno per le madri in condizioni economiche precarie, passando per misure di prevenzione sanitaria e assistenza per i bambini nei primi anni di vita, fino all'organizzazione di «campagne nazionali d'informazione sulla cura dei figli»[683].

Come detto, questi interventi devono attuarsi integrando sempre tra loro il lavoro delle molteplici istituzioni benefiche, che per lo più sono istituti religiosi, tradizionalmente operanti nel settore, per le quali l'ONMI esercita soprattutto un'azione di vigilanza, indirizzo e coordinamento[684]. Per l'adempimento di un così vasto numero di attribuzioni è previsto che, a livello territoriale, l'ONMI sia strutturata in federazioni provinciali, ubicate presso le amministrazioni provinciali, e in comitati di patronato a livello comunale. Questi ultimi sono costituiti da un rappresentante dell'Unione famiglie numerose, dalla segretaria del Fascio femminile, da un ufficiale sanitario, da un insegnante,

[676] Ibi, pp. 870-871.
[677] Vicarelli, G., cit, p. 279.
[678] Ibi, p. 293.
[679] Ciammaruconi, C., cit, p. 843.
[680] Vicarelli, G., cit, p. 293.
[681] Ibidem.
[682] Ciammaruconi, C., cit, p. 843.
[683] Ibi, pp. 843-844.
[684] Ibi, p. 844.

da un sacerdote e dal podestà, che ricopre il ruolo di presidente. «A tali comitati spetta il compito di organizzare ed attuare tutte le forme di intervento previste dal regolamento»[685], inclusa la gestione di ambulatori specializzati e l'impiego di infermiere e visitatrici, sia retribuite che volontarie. Solo grazie alla riforma del 1933, che introduce l'inquadramento automatico dell'ente nelle amministrazioni locali, si riescono «tuttavia a superare le difficoltà inizialmente incontrate nel coinvolgere province e comuni nella creazione di un'efficace organizzazione periferica»[686].

L'ONMI si rivela uno strumento di grande impatto a livello propagandistico, portando a significativi risultati nel panorama politico e nelle dinamiche di genere. Sostenendo una visione patriarcale della società e promuovendo la procreazione come un obbligo civico, questo ente contribuirà così a imporre, in particolare nelle aree rurali, dure restrizioni ai diritti delle donne, ridotte a una concezione quasi puramente biologica del loro ruolo materno, scoprendosi «nient'altro che mere "fattrici della razza"»[687].

All'ONMI spetta assicurare non solo l'assistenza materiale delle madri e dei bambini, ma anche la loro «protezione morale»[688]. Vi è un apporto sostanziale dato dalle confessioni religiose, in particolare con le opere assistenziali cattoliche e israelitiche, mentre riguardo ai valdesi non è stata trovata traccia di una loro adesione all'ONMI.

È altamente significativo, in questo senso, che siano chiamate a operare nelle istituzioni assistenziali provinciali delle figure religiose, come le Figlie della Carità presso la Maternità dell'ONMI di Littoria e le Adoratrici del Sangue di Cristo nell'IPAI (Istituto provinciale per l'assistenza all'infanzia) di Sabaudia[689]. Ugualmente rilevante è quanto avviene a Brescia dove, «nel primo biennio, la Federazione provinciale dell'ONMI non funzionò come organo di vigilanza e di controllo», in quanto per accordi tra gli enti locali e la Federazione, ogni forma di assistenza viene gestita da un ente speciale denominato «"Rappresentanza consorziale degli enti federati e dei comitati di patronato" con sede presso la Congregazione apostolica»[690]. In tali contesti, l'ammaestramento morale si accompagna all'inevitabile indottrinamento politico. Ciò suggerisce che la rigida condanna sociale nei confronti della sessualità extramatrimoniale possa, in qualche modo, essere riscattata per quelle donne che, riconoscendo la propria colpevolezza, si mostrano disponibili a riassumere il ruolo di madri. Questo è ciò che sia la tradizione religiosa che le politiche demografiche fasciste auspicano[691].

Il ruolo riproduttivo-materno nella cultura di questi anni viene considerato l'unico compatibile con la natura femminile: una femminilità socialmente e moralmente accettata, basata sugli assunti positivistici di fine Ottocento e sulla precettistica dottrinale, sulla quale «etica laica e morale religiosa hanno finito per rafforzarsi a vicenda»[692].

Un'altra commistione tra morale statale e confessionale in tema di nascita e maternità emerge nell'istituzione della Giornata della madre e del fanciullo e della già citata Opera nazionale maternità e infanzia. La prima sfrutta la tradizionale devozione cattolica per l'immagine materna della Madonna, celebrando ogni 24 dicembre a partire dal 1933 il culto pubblico della prolificità, attribuendo premi alle coppie più feconde e ai giovani sposi e ribadendo in maniera inequivocabile le direttive della campagna demografica portata avanti dal regime fascista. Tuttavia, di fronte al pericolo

[685] Vicarelli, G., cit, p. 293.
[686] Ciammaruconi, C., cit, p. 844.
[687] Ibi, pp. 874-875.
[688] Ibi, p. 866.
[689] Ibi, p. 871.
[690] Vicarelli, G., cit, p. 294.
[691] Ciammaruconi, C., cit, p. 871.
[692] Curti, D., cit, pp. 7-8.

concreto che la festa finisca per discriminare chi ha meno figli, si sceglie «di affiancare ai premi per le famiglie prolifiche anche riconoscimenti per la benemerenza nell'allevamento dei bambini»[693].
In merito all'inaugurazione della prima giornata della Madre e del Fanciullo l'on. Federzoni, presidente del senato, si esprime così:

> «il Regime, che ha collocato su in alto, nella scala dei valori, quelli religiosi e morali, ha voluto porre simbolicamente sotto la protezione della più soave figura di donna e di madre e sotto il braccio benedicente del suo Pargolo Divino le nuove generazioni italiane. Alle madri e ai bimbi il Fascismo dedica ogni cura con savie leggi e con provvide istituzioni. Da madri forti e conscie della loro missione la Patria attende figliuoli sani moralmente e materialmente»[694].

La Civiltà Cattolica commenta la giornata così:

> «Celebrazione gentile e benefica, la quale tanto più efficacemente otterrà gli intenti, che ne suggerirono l'istituzione, quanto più verranno collocati in alto, per ripetere le parole del sen. Federzoni, "nella scala dei valori, quelli religiosi e morali", e quanto più s'avvezzerà la giovinetta a quella vita di pudica riservatezza, che le renderà, un giorno, non solo tollerabile, ma gioconda la vita di famiglia, la quale è inconciliabile, come con la vita godereccia, così con lo spirito d'"esibizionismo"» [695].

Come si può ben vedere da questo commento sull'istituzione della giornata della Madre e del Fanciullo, l'enfasi sulla famiglia può contare su un sostegno significativo da parte dei cattolici, che hanno considerato questo valore fondamentale per secoli nella dottrina e nella vita di tutti i giorni. «L'accento posto sull'unità della famiglia, sulla subordinazione femminile, sulla procreazione come scopo essenziale dell'unione matrimoniale non può che trovare concordi i cattolici e le autorità ecclesiastiche»[696].
La dottrina cattolica è radicata in una lunga tradizione religiosa (peraltro non esclusivamente cristiana) riguardante la figura femminile, che non esclude, come abbiamo già accennato, la possibilità per la donna di riscattarsi. Il concetto del riscatto femminile rappresenterà il fulcro per trasformare la percezione della femminilità da un giudizio negativo a uno positivo, su cui si baserà, come abbiamo visto, la propaganda fascista nel tentativo di conquistare l'approvazione delle donne[697]. I Padri della Chiesa, pur attribuendo alla donna la responsabilità del peccato originale e considerandola così un essere impuro e colpevole, le offrivano comunque la possibilità di redimersi attraverso la sottomissione all'uomo e il compimento del suo ruolo materno. In questa visione di redenzione proposta dal cattolicesimo, i documenti ufficiali della Chiesa del periodo prefascista si distaccano notevolmente dal linguaggio incisivo e violento dei testi laici che trattano dell'inferiorità femminile. Tuttavia, anche se in un linguaggio decisamente più morbido, tale inferiorità è comunque presentata come una verità indiscutibile: «"Il marito è il principe della famiglia e il capo della moglie"»[698].
In pieno periodo fascista, la posizione della Chiesa cattolica è ribadita con l'enciclica *Casti connubii*, che denuncia tutte le forme che ostacolano o impediscono la procreazione come scopo primario della

[693] Ciammaruconi, C., cit, p. 864.
[694] Cit. in *Cronaca contemporanea. La giornata della Madre e del Fanciullo*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 85, V. I, 23 gennaio 1934, p. 108.
[695] Ibi, p. 109.
[696] Vicarelli, G., cit, p. 385.
[697] Curti, D., cit, p. 15.
[698] Ibidem.

famiglia[699]. Il 31 dicembre 1930, Papa Pio XI pubblicò questa enciclica, un documento pionieristico per la Chiesa cattolica in quanto «affrontava per la prima volta la questione della morale sessuale». Si tratta della prima dichiarazione ufficiale di un pontefice riguardo a temi «connessi al sesto comandamento, "non commettere atti impuri"», argomenti che, fino a quel momento, erano rimasti confinati in un confronto interno e poco visibile «tra i dicasteri romani, i teologi moralisti e i confessori»[700]. L'enciclica è articolata in tre sezioni: la prima chiarisce la natura del matrimonio cristiano; la seconda identifica gli errori moderni che minacciano questo sacro istituto e che stanno acquisendo una preoccupante diffusione tra i fedeli; la terza propone le vie per combattere il male e ripristinare il vero significato del matrimonio cristiano. Il documento afferma innanzitutto che la Chiesa cattolica è l'unica custode della dottrina riguardante la morale sessuale e l'unico interprete della "legge naturale". «Da questo momento in poi, dunque, la voce del magistero avrebbe dovuto rappresentare l'unica risposta a tutti i problemi relativi al comportamento sessuale»[701]. L'obiettivo principale del matrimonio è perciò, la procreazione e la formazione cristiana dei figli. Qualsiasi uso improprio dell'unione matrimoniale, così come ogni forma di piacere sessuale priva di finalità, come la pianificazione delle nascite, è condannato come una grave colpa, «come peccato mortale»[702].
La Civiltà Cattolica dà altissima risonanza all'enciclica, rimarcandone il valore sociale e chiarendone il senso oltre ogni possibilità di equivoco. Le «malsane concezioni» devono essere discostate «dal vero» in quanto, «frammiste ad alcune verità, circolano sotto i nomi pomposi di Controllo delle nascite, Razionalizzazione della natalità, Orientazione sessuale, la nuova Morale coniugale, l'Eugenica e simili»[703]. Questa nuova strategia di comunicazione del discorso cattolico riguardante la sessualità si colloca in un contesto storico che è fondamentale tenere presente per comprendere tali nuovi sviluppi, ovvero all'indomani della firma dei Patti Lateranensi tra la Chiesa cattolica e il regime fascista. Non è più possibile ignorare la secolarizzazione della morale coniugale e l'ampia diffusione di pratiche sessuali considerate non ortodosse tra i fedeli. Inoltre, si fa sentire il timore per l'instabilità sociale derivante dai cambiamenti nelle relazioni tra uomini e donne, nonché per quel panorama politico e culturale che mette al centro delle proprie strategie il corpo, nella sua dimensione biologica e nelle sue capacità riproduttive[704]. *La Civiltà Cattolica* ribadisce che:

> «In nome dell'economia, della biologia, della medicina, financo della morale, in questo primo scorcio di secolo, si sono promossi principii, indirizzi, metodi che ci risospingono a ritroso di molti secoli, nel pagano ignobile regno dell'erotismo.
> Il problema di cui si tratta e un problema assai complesso, né può restringersi ai meschini calcoli fisiologici e allo stretto campo della visione puramente scientifica, senza scivolare in inganni e utopie antisociali»[705]

La recente accettazione delle pratiche contraccettive da parte della Chiesa d'Inghilterra ha spinto Pio XI a esprimersi sulla questione. Durante la conferenza del 1930, svoltasi nel palazzo londinese di Lambeth, la *Church of England* riconosce per la prima volta ai coniugi il diritto di decidere liberamente come regolare le nascite[706]. Per i gesuiti de *La Civiltà Cattolica* è qui che si palesa il punto di maggior importanza sociale del documento di Pio XI in quanto «piglia le difese della natalità

[699] Vicarelli, G., cit, p. 289.
[700] Pattuzzi, A., *Il piacere e la colpa: Cattolici e sesso in Italia 1930-1980*, Milano, Mimesis Edizioni, 2020, p. 15.
[701] Ibidem.
[702] Ibidem.
[703] Ibi, p. 225.
[704] Pattuzzi, A., cit, p. 16.
[705] *Il valore sociale dell'enciclica Casti connubii*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 82, v. I, 7 febbraio 1931, p. 225.
[706] Pattuzzi, A., cit, p. 16.

e viene a favorire […] il progresso demografico», «proscrivendo tutto il movimento anticoncezionale»[707]:

> «il manifesto contrasto con la malaugurata Conferenza di Lambeth dell'estate passata, in cui i Vescovi anglicani, raccolti dalle varie parti dell'America, dell'Inghilterra e dell'Impero, si sono in maggioranza schierati contro la natalità, con grave scandalo del gran numero degli stessi protestanti onesti. Quei pastori di anime e custodi della fede e del costume hanno osato insinuare i procedimenti vergognosi ed immorali del Birth-Control, il quale non è altro che il neo-malthusianismo sotto una nuova denominazione»[708].

Questa risposta, chiara e forte, di rifiuto della contraccezione e sulla sessualità unicamente come strumento di filiazione inizia a diventare un «vero e proprio marchio identitario per i cattolici in tutto il mondo»[709]. Si tratta di uno snodo epocale: la Chiesa ha compreso che non è più «nella pratica del confessionale, nella mediazione operata dai parroci, che sarebbe riuscita a garantirsi una qualche influenza sulle coscienze e sulla società, quanto nell'insegnamento diretto del papa alle masse di fedeli»[710]. La forza di tale intervento evidenzia quanto è cruciale la questione in gioco, legata ai comportamenti sessuali, «divenuta fondamentale per la sopravvivenza stessa del cattolicesimo e per la sua riconoscibilità universale»[711].

L'enciclica ha un impatto significativo anche nel settore medico e biologico. Essa contesta l'idea che le pratiche naturali della biologia, come le visite mediche prematrimoniali, la pianificazione familiare e, in particolare, l'aborto, anche se giustificato dal punto di vista terapeutico, possano sostituire l'eugenetica cristiana. Quest'ultima rappresenta una forma di genetica autentica, sovrannaturale, che si distingue e si eleva rispetto alla genetica biologica, la quale è soggetta alle leggi dell'eredità. L'eugenetica raccomandata dall'enciclica «si basa sul matrimonio inteso come sacramento, sul controllo delle nascite affidato alla castità coniugale e all'autoregolazione della natura conformata ai disegni della Divina Provvidenza»[712]. In completa conformità con le direttive del pontefice, il medico genetista Luigi Gedda, leader dei giovani dell'Azione Cattolica, suggerisce ai futuri sposi come modelli da seguire, Renzo e Lucia dei "Promessi sposi" di Manzoni, mentre Giuseppina Pastori, docente di biologia all'Università Cattolica, esorta le giovani, così come le donne già madri, a riporre la loro fiducia nella Provvidenza divina. Poco dopo, padre Gemelli, in qualità di medico e rettore dell'università da lui fondata, mette in evidenza come, durante l'udienza concessa il 23 maggio 1931 ai professori e agli studenti dell'Università Cattolica, Mussolini abbia abbracciato l'idea che scienza e fede non solo non si contrastano, ma si sostengono reciprocamente[713].

Il rigore nei toni e nelle argomentazioni dimostra però anche la decisione di papa Ratti di non fare compromessi con la modernità, sostenendo una «visione agostiniana della sessualità» e un atteggiamento pessimista riguardo alle capacità dei credenti di comprendere e gestire la propria natura sessuale e di rispettare la legge morale naturale. Tuttavia, l'enciclica introduce, «per la prima volta in questi termini, il rapporto di "vicendevole aiuto" e di "comunione" tra i coniugi e l'amore coniugale come causa e fonte del matrimonio»[714]. Questo, secondo Pattuzzi, dà inizio a una fase di interrogativi e discussioni riguardo all'ordine di priorità degli scopi del matrimonio, in particolare per quanto

[707] *Il valore sociale dell'enciclica Casti connubii*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 82, v. I, 7 febbraio 1931, p. 232.
[708] Ibi, p. 233.
[709] Pattuzzi, A., cit, p. 16.
[710] Ibidem.
[711] Pattuzzi, A., cit, p. 17.
[712] Cosmacini, G., *La medicina dei papi*, cit, p. 50.
[713] Ibidem.
[714] Pattuzzi, A., cit, pp. 16-17.

concerneva l'attività sessuale: quale dovrà avere la precedenza, «l'amore tra gli sposi o la generazione della prole?»[715].

Durante gli anni del pontificato di Pio XII «la dottrina morale in materia sessuale non viene sconvolta»[716] ma anzi precisata e ribadita con appelli rivolti agli scienziati, più in particolare ai medici e alle varie realtà del mondo cattolico associato, al clero, all'intera società civile. Nei contesti specialistici del settore medico-scientifico, Pacelli sceglie di adottare un approccio equilibrato e aperto, mirato a stimolare la ricerca. Valorizza il contributo degli operatori sanitari come guide morali all'interno della società, in grado di affrontare questioni etiche specifiche, soprattutto in quei casi in cui l'insegnamento ecclesiastico non ha ancora fornito indicazioni definitive[717], come il discorso pronunciato il 30 settembre 1949, all'Associazione dei medici cattolici italiani[718], oppure parlando ai genetisti riuniti a Roma nel settembre del '53 quando ribadisce l'oggettività scientifica fondata sull'ontologia della rivelazione[719] e sempre nello stesso anno specifica che alcuni principi fondamentali della morale medica, in quanto fanno parte della legge divina, «autorizzano il medico a riporre fiducia incondizionata in questi fondamenti»[720]. La voce di Pio XII è più incisiva e chiara riguardo ai temi legati alla sessualità, a salvaguardia della moralità pubblica. «L'età pacelliana è infatti stata più volte descritta come attraversata da un'acuta "ossessione moralistica"»[721], contraddistinta da una lotta per la moralità che si manifesterà con una dimensione e un'intensità senza precedenti. Questa battaglia include diversi ambiti della vita sociale, come il mondo dello spettacolo (televisione, teatro, cinema), l'informazione, l'editoria, le nuove tendenze, i luoghi di ritrovo e le moderne modalità di svago.

I due cardini della società (matrimonio e famiglia) vengono riproposti e valorizzati dallo Stato fascista, che pure suppone «di poter mantenere nelle proprie mani l'educazione dei giovani e delle famiglie, nonché l'organizzazione del lavoro e del tempo libero»[722].

La componente femminile nelle comunità israelitiche dell'Italia fascista, in continuità con la seconda metà dell'Ottocento e i primi decenni del Novecento, si occupa soprattutto delle attività assistenziali e di beneficenza verso i correligionari. Particolarmente attiva è l'Associazione delle donne ebree d'Italia (ADEI) che si riunisce a Milano. Questa associazione è nata da un gruppo di donne desiderose di fare beneficenza, che facevano parte dell'Associazione Ebraica Femminile Internazionale con sede a Berlino. Il loro obiettivo principale è fornire aiuto a donne e bambini in Palestina. Dopo essersi riorganizzata in modo definitivo nell'autunno del 1926, l'associazione definisce chiaramente i propri obiettivi nello statuto, affermando:

> «di voler contribuire, oltre che allo sviluppo delle istituzioni palestinesi che assistono la maternità e l'infanzia, anche a quello delle istituzioni locali italiane di assistenza corsistica, nonché di coadiuvare alla preparazione della donna ebrea per la Palestina ed alla diffusione della cultura e dello spirito ebraico tra le donne ed i fanciulli ebrei d'Italia»[723].

[715] Ibi, p. 17.
[716] Ibidem.
[717] Ibidem.
[718] Cosmacini, G., *La religiosità della medicina*, cit, p. 158.
[719] Ibidem.
[720] Ibi, p.160.
[721] Pattuzzi, A., cit, p. 18.
[722] Vicarelli, G., cit, p. 385.
[723] *L'Associazione delle donne ebree d'Italia si riunisce a Milano*, in «Israel», a. 12 n. 31, 14 aprile 1927, p. 2.

Essa invita tutte le donne ebree senza alcuna distinzione, in quanto il suo progetto offre opportunità lavorative «sia a chi vuole il ritorno della vita integrale ebraica nella diaspora, sia a chi crede alla realizzazione completa del sogno palestinese, sia infine a chi accoglie l'ebraismo solo come una fede»[724]. L'intervento milanese dell'associazione finisce con l'annuncio sulla possibile formazione di altre sezioni in altre città italiane (Genova, Torino e Ferrara) e sulla chiamata all'opera che «non vuole essere improntata a semplice spirito di beneficenza ma bensì a sentimento profondamente materno e ad una sincera fraternità ebraica ed umana»[725].
Siamo negli anni della colonizzazione della Palestina e della realizzazione di Erez Israel. Gran parte dell'impegno delle comunità ebraiche d'Italia va nel progetto sionista. Ma sono anche gli anni della dimostrazione del lealismo al regime da parte dei sionisti italiani. Tra la fine del 1928 e la metà del 1929, a causa delle diatribe intorno a questo tema, la rivista *Israel* corse il rischio di essere soppressa e per un breve periodo sospese effettivamente le pubblicazioni[726]. Il richiamo alla maternità e all'infanzia e l'enfasi sullo "spirito materno" da parte di un'opera assistenziale come l'ADEI sono un segno della nuova tendenza delle politiche demografiche fasciste, tanto propagandata dopo il discorso dell'Ascensione del 1926. Diversi articoli sulla stampa ebraica sono a favore della visione tradizionalista e conservatrice della donna e della sua differenza rispetto all'uomo proprio per il suo ruolo di procreatrice. Si critica il modello di vita proposto nei kevuzzah, un esperimento di vita comunitaria introdotto in quegli anni in Palestina dai coloni ebrei, e ritenuto mortificatore dei rapporti familiari. Altri difendono però il modello dei kevuzzah, additando come causa del disfacimento della famiglia il movimento d'emancipazione femminile, e valorizzando un idealtipo di donna non diverso da quello propagandato dal fascismo:

> «Noi che assistiamo alla travolgente avanzata dell'americanismo che veramente mina alle basi la compagine famigliare, dove le teorie più strane e più assurde dell'emancipazione femminile hanno trasformato la donna in un essere che noi riconosciamo non più per le virtù ma per le debolezze proprie della sua natura, dove la procreazione è diventata una fatalità dei rapporti sessuali e non una volontà di perpetuare la stirpe, dovremmo piuttosto vedere nella Kevuzzah un vero miracolo che in pieno secolo ventesimo gli Ebrei hanno saputo compiere davanti all'umanità»[727].

Emergono la preoccupazione per l'emancipazione femminile e la perdita dei valori tradizionali nella famiglia:

> «lo non voglio affatto la donna di quando Berta filava, una donna fuori della realtà di questo tempo; ma vorrei che la donna, almeno quanto l'uomo, fosse signora e non serva del suo tempo. Non si tratta di rinunziare ai perfezionamenti della tecnica moderna che permette una vita più agile, forse più comoda e produttiva; ma si tratta di rinunziare a una tendenza nefasta al livellamento dei due sessi nelle loro attitudini: pari in dignità, (con una leggera supremazia dell'uomo nella vita della famiglia, quel tanto che basta per mantenere un regime monarchico... costituzionale) ma diverse le mansioni: all'uomo le professioni, la vita pubblica, alla donna la vita della casa - che non è piccola cosa, che non è e non dev'essere segregata dal mondo. La casa moderna ha e deve avere le finestre aperte sul mondo: col giornale, col libro le grandi correnti del pensiero e della realtà universali battono forte nella casa. La donna - moglie, madre - deve conoscerle, deve saper affrontarle col suo discernimento per poter essere consigliera e guida. Ma il campo

[724] Ibidem.
[725] Ibidem.
[726] Valabrega, G., cit, p. 416.
[727] Ottolenghi, M., *Problemi e discussioni. La Kevuzzah. Realtà antieconomica ma* realtà, in «Israel», a. 14, n. 39, 12 giugno 1929, p. 6.

> del suo lavoro, il suo "autentico opificio", quello che dev'essere la sua fierezza e la sua gioia, deve restare la casa, dalla prima all'ultima delle sue espressioni — dalla cucina alla biblioteca
> - la casa che è quella realtà nella quale e della quale vive la metà almeno della vita di tutti gli uomini. Dimenticar questo, trovare tutto questo troppo da poco e sentir perciò il bisogno di sostituirlo con altre più appariscenti mansioni mascolinizzanti, vuol dire distruggere la famiglia. Per questo ripeto: "salviamo la famiglia"»[728].

La retorica come si può vedere non è diversa da quella fascista: la donna deve riappropriarsi dell'orgoglio di vivere in una prigionia sociale, imposta dall'uomo a cui invece si addicono i ruoli di potere. La donna non deve essere schiava nella casa ma signora, carceriera della sua stessa gabbia. Dunque, il ruolo deve essere lo stesso ma con una dignità nuova. Non è invece accettata né apprezzata la figura di donna che vuole uscire da questo stereotipo.
Negli anni '30 l'adesione del mondo ebraico italiano alla causa fascista è piena, seconda solo a quella sionista. C'è un diffuso timore che l'istituto matrimoniale stia attraversando una crisi (per via della crescita dei matrimoni misti e delle nuove abitudini giovanili). Il punto di vista degli autori della rivista *Israel* è molto conservatore: un articolo del 1931, dal titolo «I dispiaceri di una femminista», ribadisce la necessità di far ritornare la donna nell'alveo dei suoi ruoli casalinghi, «disposizioni e costumanze che sembrarono assurde e cattive alla femminista cara d'Inghilterra»[729].
La maggioranza degli uomini ebrei è preoccupata soprattutto del matrimonio misto[730] e del suo mancato riconoscimento da parte dello Stato[731].
Le comunità israelitiche sostengono l'operato dell'ONMI attraverso la Casa maternità di Cave a Roma. All'inaugurazione del nuovo istituto romano, rappresentanti del mondo ebraico italiano affermano la «santità della maternità» e «dell'assistenza dovuta alle madri ed ai figli», rilevano la soddisfazione generale nel mondo ebraico per le «direttive del Governo Fascista in fatto di demografia» e si augurano che «possano nascere bimbi sani da madri sane, allevati al culto d'Israele e d'Italia». Si ricordano «tutti i benefattori» primo su tutti «il Duce che volle personalmente visitare una istituzione tanto aderente alle direttive governative»[732].
L'Echo des Vallées, giornale valdese, diretto in quegli anni da Luigi Micol, si oppone al regime col silenzio, «rifugiandosi nella sfera religiosa della vita interiore e interdicendosi ogni riferimento alla vita sociale e politica»[733]. Dall'annata 1930 viene eliminata la rubrica "Notizie politiche". Con il silenzio, la stampa valdese non fa elogi a nessuna realizzazione del regime. Infatti, non viene pronunciato mai un giudizio sulla «nuova ideologia, la campagna demografica, l'autarchia economica, sul corporativismo e il regime fascista nel suo complesso»[734]. Nonostante il silenzio autoimposto per salvaguardare la propria esistenza, dalla storia e dalla stampa valdese è possibile riscontrare un pensiero generale in merito alla donna e alla famiglia. Sin dall'Ottocento, nel contesto evangelico, in particolare tra i valdesi, la reinterpretazione dei ruoli ecclesiastici biblici si accompagna a nuove opportunità per le donne, permettendo loro un maggiore coinvolgimento nelle attività caritative e sociali. A partire dagli anni '30 dell'Ottocento, questa evoluzione portò alla creazione di una figura significativa: la diaconessa. Questa figura è concepita come un ministero ecclesiastico femminile, con caratteristiche spesso paragonabili a quelle degli ordini monastici

[728] J., M., *La donna. Creatrice di civiltà nella sua casa*, in «Israel», a. 14, n. 39, 12 giugno 1929, p. 7.
[729] *I dispiaceri di una femminista*, in «Israel», a. 16, n. 44, 2 agosto 1931, p. 5.
[730] *Per la lega contro il matrimonio misto*, in «Israel» a. 12, n. 31, 14 aprile 1927, p. 3.
[731] Falco, M., *Sulla condizione giuridica delle minoranze religiose in Italia*, in «Israel» a. 20, n. 1, 13 settembre 1934, p. 7.
[732] *Inaugurazione della nuova sede della Maternità di Cave*, in «Israel», a. 16, n. 27, 31 marzo 1931, p. 4.
[733] Vinay, V., cit, p. 361.
[734] Ibi, p. 366.

cattolici, dedicati all'istruzione e all'assistenza. La nascita della diaconessa rappresenta sia l'affermazione della donna nel contesto ecclesiastico che l'apertura internazionale della comunità protestante, che si mostra attenta ai dibattiti riguardanti il nuovo ruolo femminile nelle diverse tradizioni del Protestantesimo europeo[735]. Non si tratta comunque di una posizione unanimemente condivisa. Ancora nel '900, una «figura significativa del panorama valligiano, sebbene atipica, il pastore metodista Teofilo Malan, si scaglia contro il femminismo», accusandolo di allontanare le donne dalle faccende domestiche per trasformarle in rivali degli uomini in ogni ambito professionale, «mentre i mariti e i figli si trovavano a dover arrangiarsi in cucina»[736]. Malan sostiene che la "donna moderna" non ha più nulla della donna, e sottolinea come in alcuni casi la legge è intervenuta per obbligarla a rinunciare all'abbigliamento maschile per tornare ad indossare abiti tradizionali. Nonostante tali posizioni, il progresso continua. Nel 1901 è istituita la Casa italiana delle diaconesse, che vede come prima promotrice Berta Turin, nata Vogel. Essa sembra riflettere una crescente volontà di protagonismo femminile nella società e nella sfera ecclesiastica, piuttosto che rispondere a necessità legate al significato stesso dell'operato diaconale[737]. Nel frattempo inizia a «delinearsi, anche in Italia, un movimento femminista»[738]. In merito a tale movimento, Berta Turin pronuncia un discorso per le aspiranti diaconesse, «che risuonerà come le parole di Charlotte Geymet, che ottant'anni prima, aveva descritto la sua idea dell'Ospedale»[739]. Per Berta, il movimento femminista è un'iniziativa da applaudire, di cui sarebbe sempre più importante tenerne conto. Prima di vedere donne nei ruoli di avvocati, medici o professori, prima ancora che le donne rivendichino il diritto di voto, individua «la figura della donna che per lei rappresentava la vera essenza del femminismo, una donna libera e forte: la diaconessa»[740]. Questa figura, caratterizzata dalla sua pietà, rivendica il diritto supremo di amare e di sacrificarsi per gli altri, elevandosi sopra tutti.

Dopo un secolo, sebbene il ruolo delle donne nel contesto valdese sia rimasto sostanzialmente invariato, - essere diaconessa, ancora significa propriamente «fare i servizi di casa, tenere il governo della famiglia, agire da buona massaia»[741] - la natura diaconale della Chiesa ha subito delle trasformazioni. Queste modifiche, però, non sono caratterizzate da una decisione consapevole e pianificata sulla base di una nuova visione della donna. Nondimeno, il seme che Berta aveva interrato diventa presto un nuovo ministero femminile della Chiesa valdese, «l'unico espressamente dedicato alla missione diaconale»[742].

Nel 1942 le opere assistenziali valdesi stanno affrontando serie difficoltà, in quanto «il personale della Casa, tra suore e novizie, in tutto 25, deve provvedere al buon andamento della Casa Madre (Torre Pellice); degli ospedali, di Torre Pellice, Pomaretto, Torino, degli Asili per Vecchi di Luserna S. Giovanni, San Germano Chisone, Vittoria; del Rifugio per incurabili di Luserna S. Giovanni» oltre a tutto il vasto campo dell'assistenza degli ammalati poveri a domicilio, che in quell'anno è praticamente abbandonato. Questi problemi nell'assistenza, per il pastore Roberto Nisbet, direttore della Casa valdese delle Diaconesse, derivano tutti da uno «fondamentale: la risposta della giovane valdese alla vocazione del Maestro nel ministero della Diaconessa»[743]. Tra le varie ragioni del

[735] Baral, S., cit, p. 203.
[736] Ibi, p. 394.
[737] Baral, S., cit, 464.
[738] Ibi, p. 316.
[739] Ibidem.
[740] Ibidem.
[741] Ibi, p. 483.
[742] Ibi, p. 464.
[743] *Le nostre Opere*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 7, fasc. 48, 27 novembre 1942, p. 3.

mutamento, vi è il cambiamento di costumi delle giovani donne, che non si sentono più vocate a quel ruolo di "buona massaia" che l'essere diaconessa significa.
La Chiesa valdese è, dunque, quella che più di tutte – fra le confessioni religiose esaminate – segue una linea progressista, sia ideologicamente recependo il dibattito condotto nelle nazioni protestanti con le quali i valdesi intrattengono stretti rapporti, sia nella prassi attuando una linea di azioni che esalta le doti femminili, affidando alle donne le sue opere assistenziali e il ministero diaconale.
Al tempo stesso, la Chiesa valdese non si differenzia in materia di morale sessuale: vi è preoccupazione per le nuove tendenze in materia di rapporti prematrimoniali, un male che origina dalla «deficienza dei valori dello spirito, la quale indebolendo la resistenza morale contro il peccato, consente, a giovani e a non giovani, di rinunziare al sistema di vita cristiana e di optare per il sistema di vita moderna». Ci si interroga su quali possano esserne le «cause prossime e remote, personali e istituzionali»[744] e *L'eco delle valli valdesi settimanale della chiesa valdese* dedica diversi articoli al tema, con un taglio più dottrinale che sociale, ad esempio «Parliamo un poco delle nostre famiglie»[745], «La famiglia alla luce della S. Scrittura»[746], «La famiglia secondo la Riforma»[747]. L'idea ricorrente è che «la crisi della famiglia si delinea anche alle Valli sempre più minacciosa, anche se uno spirito farisaico vorrebbe suggerirci che non siamo peggiori, anzi forse un po' migliori dei nostri vicini [cattolici]»[748].
È poi da segnalare l'istituzione di un «reparto maternità» a Torre Pellice, inaugurato nel 1940, del cui operato vi è un «vivo apprezzamento da parte delle Superiori autorità»[749].
In quegli anni, nonostante la medicalizzazione della maternità, la forte posizione conservatrice in materia di morale sessuale delle principali confessioni religiose, una legislazione estremamente punitiva e i rigorosi costumi di vita che conferiscono al padre il potere di diseredare la figlia rimasta incinta senza matrimonio, non riescono a contenere le conseguenze di una scarsa informazione in materia[750]. Un esempio è la provincia di Littoria in cui, tra il 1935 e il 1940, «si registrarono 708 bambini nati fuori dal matrimonio che necessitarono di assistenza»[751].
Anche gli esiti della politica demografica fascista sono, nel complesso, insufficienti. Con la caduta del regime, le statistiche relative alla fertilità e al tasso di matrimoni continuano a rimanere inferiori alle aspettative, e il tasso di diminuzione della mortalità infantile appare sostanzialmente equiparabile a quello registrato all'inizio del Novecento[752].

[744] Smar, *Il travaglio dell'età giovanile*, in «L'eco delle valli valdesi settimanale della chiesa valdese», A. 77, fasc. 39, 26 settembre 1941, p. 2.
[745] Nisbet, R., *Parliamo un poco delle nostre famiglie*, in «L'eco delle valli valdesi settimanale della chiesa valdese», A. 73, fasc. 49, 4 dicembre 1942, pp. 1-2.
[746] U., B., *La famiglia alla luce della S. Scrittura*, in «L'eco delle valli valdesi settimanale della chiesa valdese», A. 73, fasc. 49, 4 dicembre 1942, p. 2.
[747] Alb., R., *La famiglia secondo la Riforma*, in «L'eco delle valli valdesi settimanale della chiesa valdese», A. 73, fasc. 49, 4 dicembre 1942, p. 3.
[748] Nisbet, R., *Parliamo un poco delle nostre famiglie*, cit, p. 1.
[749] *Dal sinodo valdese*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 77, fasc. 37, 12 settembre1941, p. 2.
[750] Ciammaruconi, C., cit, p. 872.
[751] Ibi, p. 872.
[752] Ibi, p. 874.

2.3. Il fascismo e la questione della razza: posizioni in ambito medico e confessionale.

Prima della promulgazione delle leggi razziali in Germania, l'Italia conosce già una sua via al razzismo[753]. Come abbiamo visto con la retorica e le azioni a "difesa della stirpe"[754] vi è già in atto, dalla metà degli anni Venti, un programma, basato su una ricetta tutta fascista, per elevare la "razza" italica che servirà, sul versante esterno, a giustificare la supremazia coloniale e l'ardore bellicistico e, sul versante interno, a eliminare quei segmenti di popolazione che non meritano, antropologicamente parlando, di essere chiamati italiani.
Il razzismo promosso dal fascismo possiede una propria autonomia sia nella teoria che nella pratica. In alcune circostanze, le sue posizioni si rivelano persino anticipatrici del razzismo tedesco: esse non vanno quindi considerate un semplice seguito del programma di sterminio nazista[755]. Attorno alla metà degli anni Trenta il fascismo non vede ancora di buon occhio la politica della razza tedesca, per una questione di metodo e non di principio. Lo stesso Mussolini interviene più volte contro il razzismo di stampo tedesco, «che già [definisce] "una stupidaggine" nella celebre intervista rilasciata a Emil Ludwig nel 1932»[756].
Il razzismo fascista si basa, fino al '38, sulle idee veicolate dai primi del Novecento in Italia, che accordano pensiero cattolico, antichisti e antropologi, pur nella diversità dei loro approcci e obiettivi, sull'idea che il concetto di "razza" italiana si fonda sull'importanza cruciale degli elementi culturali e spirituali nella formazione delle società umane. Questo implica un rifiuto del determinismo biologico presente in molte teorie antropologiche positiviste e, in particolare, nel razzismo nordico.
Quest'ultimo, sebbene ampiamente criticato, si manifesta in maniera concreta nell'analisi delle popolazioni di colore, in particolare nei riguardi dei neri. Le opere degli studiosi italiani di africanistica dei primi del Novecento, così come i testi letterari dell'epoca, presentano le razze nere indiscutibilmente come inferiori. Negli anni Trenta in Italia, è raro trovare chi metta in dubbio l'idea, di stampo deterministico, che i neri siano intellettualmente e moralmente inferiori rispetto ai bianchi. «L'immagine del negro universalmente diffusa tra gli italiani sarà il cavallo di Troia con cui il razzismo antisemita [viene] fatto penetrare in Italia»[757]. Non a caso le leggi del fascismo «ben prima del 1938 […] [era]no razziste: […] il Codice Coloniale per l'Eritrea, che div[ie]ne poi la base per

[753] Per un'analisi storica e storiografica approfondita del razzismo italiano si rimanda a Burgio, A., *L'invenzione delle razze. Studi sul razzismo e il revisionismo storico*, Roma, Manifestolibri, 1998 e Burgio, A., *La guerra delle razze*, Roma, Manifestolibri, 2001. «L'arsenale di "teorie scientifiche" (biologiche, mediche, psicologiche, antropologiche, criminologiche, sociali) che col primo Novecento assumono la configurazione di un corpus organico motivato dalla preoccupazione di difendere la razza e la nazione dai pericoli della degenerazione fisica e morale (e che con questo scopo intimano l'internamento di folli e deficienti, la reclusione degli asociali, la sterilizzazione dei soggetti "degenerogeni", la sottomissione e la discriminazione politica e sociale delle donne) viene strutturandosi nel corso della seconda metà dell'[Ottocento] a partire da premesse ideologiche che inducono gran parte dell'intellettualità italiana ad aderire al fascismo in scienza e coscienza» (Burgio, A., L'invenzione delle razze, cit, p. 75).
[754] Nell'intenzione di chi scrive, non essendo questa tema un punto focale di questo studio, il tema del razzismo è circoscritto, citando Burgio, alle sue espressioni classiche e in particolare alla sintesi che ne fa il fascismo, che etnicizza l'italiano maschio fascista, per elevarlo rispetto i suoi nemici interni ed esterni. In questo senso, gli ebrei saranno per il fascismo la sintesi di entrambi i modelli di nemico, ma se si volesse allargare il quadro analitico tradizionale, si potrebbe considerare anche il razzismo fascista nei confronti delle donne, riprendendo quanto scritto da Bourdieu, P., *Il dominio maschile*, Milano, Feltrinelli editore, 2009/*La domination masculine*, Paris, Edition du Seuil, 1998.
[755] Filippi, F., *Mussolini ha fatto anche cose buone. Le idiozie che continuano a circolare sul fascismo*, Torino, Bollati Boringhieri, 2019, p. 56. Versione digitale da applicazione Libri di Apple.
[756] Maiocchi, R., *Scienza italiana e razzismo fascista*, Firenze, La Nuova Italia Editrice, 1999, p. 196.
[757] Ibi, p. 210.

tutta la legislazione dei possedimenti italiani, [è] già impostato su una distinzione tra i bianchi europei e i colonizzati»[758].

Riguardo l'eugenetica italiana al servizio del pensiero razzista, nella metà degli anni '30, anche in ambito medico ci sono dure critiche a quanto fanno colleghi americani, sovietici e tedeschi, rivendicando la diversità e la maggiore umanità della medicina italiana[759]. «Alla "pratica così anticristiana" dei nazisti veniva opposta la politica voluta dal Duce»[760]: una politica della razza che promuove iniziative sanitarie, come piano strategico per elevare la "razza" italiana, alla quale vengono attribuite senza riserve caratteristiche speciali e superiori, che si rifanno a una concezione culturale e spirituale, con il mito romano-italico[761]. Questo tipo di ideologia nega la possibilità di migliorare la razza attraverso il controllo delle nascite e sostiene senza esitazione la politica nativista adottata dal regime, «con tutti i suoi corollari bellicosi e imperialisti»[762].

La differenza, inizialmente ideologica, sul concetto di razza e sull'applicazione del razzismo, tra i regimi fascista e nazista può essere attribuita alle specifiche circostanze che si trovano ad affrontare: il nazismo, privo di colonie e vincolato dalle limitazioni imposte dal trattato di Versailles, si focalizza sin dall'inizio sui suoi principali avversari interni, a partire dagli oppositori politici e successivamente sugli ebrei, che in quel periodo in Germania sono circa mezzo milione. Al contrario, il fascismo, orientato verso il Mediterraneo e nell'impresa coloniale, indirizza la sua azione di purificazione razziale principalmente contro gli oppositori politici e le popolazioni delle colonie, per poi affrontare una questione numericamente meno consistente come quella degli ebrei italiani[763].

La visione di rafforzamento della razza vista in chiave spiritualistica si allinea perfettamente con le dottrine ufficiali del fascismo fino agli ultimi anni Trenta[764], dopo i quali anche il razzismo fascista vira su una posizione più deterministica e meno spirituale[765].

La svolta in chiave deterministica del razzismo di Stato si ha ufficialmente il 5 agosto 1938, quando il Manifesto intitolato "Il fascismo e i problemi della razza", redatto da Guido Landra, rivisto dallo stesso Mussolini e firmato da dieci scienziati italiani fedeli al regime viene pubblicato sul primo numero della rivista *La difesa della razza*, diretta da Telesio Interlandi, che «[ha] carattere ufficiale e[d] [è] l'organo più coerente e intransigente nel propagandare il razzismo fascista»[766]. Tra gli scienziati firmatari, una metà afferisce all'ambito medico (Lino Businco, Arturo Donaggio, Leone Franzi, Sabato Visco e Nicola Pende) e l'altra ad ambiti disciplinari come l'antropologia, la zoologia e la statistica. In particolare, Sabato Visco e Nicola Pende sono due figure significative del panorama scientifico italiano: il primo, al momento della firma del Manifesto, è direttore dell'Istituto di Fisiologia Generale dell'Università di Roma e direttore dell'Istituto Nazionale di Biologia presso il CNR; il secondo è direttore dell'Istituto di Patologia Speciale Medica dell'Università di Roma e uno dei maggiori paladini della teoria razzista in Italia, che nei decenni precedenti aveva animato la ricerca e la discussione sul tema.

Si legge sulla rivista di Interlandi: «Il ministro segretario del partito ha ricevuto, il 26 luglio XVI, un gruppo di studiosi fascisti, docenti nelle università italiane, che hanno, sotto l'egida del Ministero

[758] Filippi, F., cit, p. 53.
[759] Maiocchi, R., *Scienza e fascismo*, Roma, Carrocci, 2004, p. 153.
[760] Ibi, p. 154.
[761] Maiocchi, R., *Scienza italiana e razzismo fascista*, cit, p. 209.
[762] Maiocchi, R., *Scienza e fascismo*, cit, p. 154.
[763] Filippi, F., cit, p. 56.
[764] Leggi coloniali a parte, le quali si inseriscono sul pregiudizio verso i neri che è dato di fatto ben prima del fascismo.
[765] Maiocchi, R., *Scienza italiana e razzismo fascista*, cit, p. 208.
[766] De Felice, R., *Storia degli ebrei italiani sotto il fascismo*, Torino, 1961, p. 555.

della Cultura Popolare, redatto o aderito, alle proposizioni che fissano le basi del razzismo fascista»[767].

Il Manifesto è composto da dieci punti. Dal punto di vista medico, si fa esplicito riferimento alla concezione "puramente biologica" del razzismo fascista, caratterizzato da elementi fisici (come i caratteri somatici) e psicologici, oltre che fisiologici (come il sangue). In questa svolta non vi sono più riferimenti culturali e religiosi come fondamento della differenziazione razziale: anzi, nel Manifesto viene esplicitamente enunciato che «[il concetto di razza] è basato su altre considerazioni che non i concetti di popolo e di nazione, fondati essenzialmente su considerazioni storiche, linguistiche, religiose»[768].

Nel Manifesto, inoltre, si affermano per la prima volta a livello ufficiale la differenza razziale degli ebrei e la necessità di salvaguardare la "razza" italica da incroci con la "razza" ebraica.

Quando avviene questa svolta nel razzismo fascista, la propaganda del regime si adopera con grande attenzione per presentare questa nuova fase della politica governativa non come un cambiamento radicale, ma come una naturale continuazione della precedente "difesa della stirpe", «[a]limentando» in questo modo «l'illusione di una continuità senza strappi (o al massimo qualche strappetto, come i provvedimenti contro gli ebrei) tra l'eugenica all'italiana e le leggi razziali»[769].

Il Manifesto, che segna l'inizio della persecuzione antisemita in Italia, rappresenta «una delle tappe più significative della storia del fascismo e da un punto di vista "ideologico" e soprattutto da un punto di vista "politico"»[770]. La definizione di "appartenente alla razza ebraica" – espressione che dal Manifesto è poi trasposta nella legislazione razziale – si basa chiaramente su un'impostazione di tipo biologico. Nel preparare l'offensiva razzista contro gli ebrei, non si è reso necessario fare riferimento alla normativa tedesca: vige già un ampio insieme di leggi e disposizioni discriminatorie, come le formule con cui in colonia si stabilisce chi è o non è suddito, quasi identiche ai criteri che stabiliscono chi sia ebreo per il fascismo, i quali hanno poco a che vedere con l'impianto delle leggi naziste, basate su una diversa definizione di ebreo[771].

Il razzismo contro gli ebrei, che viene poi ufficializzato attraverso le leggi razziali, non rappresenta dunque l'inizio di un percorso, ma piuttosto una delle molteplici tappe di una lunga e preoccupante evoluzione razzista sotto il regime totalitario italiano. La discriminazione nei confronti degli ebrei si rivela una scelta scontata, poiché tutte le altre potenziali categorie di oppositori al regime sono state già eliminate o sottomesse[772]. Questa posizione è espressa dallo stesso Gran Consiglio del Fascismo in una dichiarazione redatta come risposta ufficiale al Manifesto, il quale inizia con un preambolo che recita:

> «Il Gran Consiglio del Fascismo, in seguito alla conquista dell'Impero, dichiara l'attualità urgente dei problemi razziali e la necessità di una coscienza razziale. Ricorda che il Fascismo ha svolto da sedici anni e svolge un'attività positiva, diretta al miglioramento quantitativo e qualitativo della razza italiana, miglioramento che potrebbe essere gravemente compromesso, con conseguenze politiche incalcolabili, da incroci e imbastardimenti. Il problema ebraico non è che l'aspetto metropolitano di un problema di carattere generale»[773].

[767] *Il manifesto degli scienziati razzisti*, in «La difesa della razza», anno I, numero 1, 5 agosto 1938, p. 2.
[768] Ibidem.
[769] Maiocchi, R., *Scienza e fascismo*, cit, p. 152.
[770] Varnier, G. B., *Fascismo e minoranze religiose: linee di una ricerca*, cit, p. 479.
[771] Filippi, F., cit, p. 55.
[772] Ibidem.
[773] Cit. in ibidem.

Per quanto la visione del concetto di razza, nella parabola vitale del razzismo fascista, come abbiamo detto, si evolva anche per convenienza propagandistica da una visione più spirituale e rafforzativa della stirpe e meno deterministica, a una visione meno spirituale e più vicina al determinismo nordico, l'applicazione delle leggi antiebraiche non sono un'imposizione del nazismo.
La dichiarazione del Gran Consiglio mette in luce in modo chiaro l'importanza di tutelare la "razza" italica proprio in un periodo in cui, fatto l'impero, essa si è trasformata in razza fascista[774].
Con una nota diplomatica il Governo fascista cerca di sedare le polemiche di giornalisti stranieri che temono l'avvio anche in Italia di una politica antisemita. La risposta che viene data dal regime, a pochi mesi dal Manifesto e dalle leggi razziali, è inquietante:

> «Anche se tale "impressione" può sembrare giustificata da ciò, "che le correnti dell'antifascismo mondiale fanno regolarmente capo a elementi ebraici", non ha tuttavia nessuna corrispondenza con la realtà dei fatti. In Italia si ritiene che "il problema ebraico universale" si possa risolvere in un modo solo, vale a dire "creando in qualche parte del mondo - non in Palestina - lo Stato ebraico" […] Quanto poi agli Ebrei dimoranti in Italia, stante la loro scarsità – dai 50 ai 60 mila sopra una popolazione di ormai 44 milioni – non può parlarsi di un problema ebraico specificamente italiano, come per altri Paesi, dove gli Ebrei si contano a milioni. Quindi il Governo fascista: 1) non ha mai pensato né pensa a provvedimenti politici, economici, morali contrari agli Ebrei in quanto tali, ove non si tratti di "elementi ostili al Regime"; 2) è risolutamente contrario a qualsiasi "pressione diretta o indiretta, per strappare abiure religiose o assimilazioni artificiose"; e poiché "la legge che regola e controlla la vita delle comunità ebraiche ha fatto buona prova", essa "rimarrà inalterata"; 3) tuttavia il Governo vigilerà sull'opera degli Ebrei, venuti di recente in Italia, riservandosi inoltre "di far sì che la parte degli Ebrei nella vita complessiva della Nazione non risulti sproporzionata ai meriti intrinseci dei singoli e all'importanza numerica della loro comunità"»[775].

Nell'ambito della cultura medica, il tema che più di tutti ha influenzato lo sviluppo di concezioni razziste è stato quello dell'eugenetica. Questa corrente scientifica, con significative implicazioni sociali, si origina in Inghilterra negli ultimi decenni del XIX secolo e si diffonde nei paesi nordici e negli Stati Uniti con l'arrivo del nuovo secolo. L'eugenetica rappresenta «una risposta alle inquietudini diffuse riguardo alla presunta "degenerazione" della razza bianca»[776], ponendo come obiettivo il miglioramento delle caratteristiche fisiche e mentali delle popolazioni. Al riguardo va sottolineata la differenza tra eugenetica positiva ed eugenetica negativa.
La prima, che svolge un ruolo fondamentale nella teoria e nella pratica del nazismo, si propone di ottimizzare le caratteristiche delle generazioni future attraverso interventi sui processi riproduttivi. L'idea è di limitare la procreazione da parte di individui con tratti considerati negativi, come malattie ereditarie o disabilità, promuovendo invece la fertilità di quelli dotati di elevate qualità fisiche e intellettuali. Le strategie per raggiungere questi obiettivi variano da misure più moderate, come controlli prematrimoniali e metodi contraccettivi, a interventi radicali, inclusa la sterilizzazione forzata di persone ritenute "inadeguate", fino ad arrivare, in alcuni casi estremi, alla loro eliminazione fisica[777].
L'eugenetica negativa, al contrario, si concentra su interventi di natura ambientale: sono previsti la profilassi, il trattamento delle malattie endemiche, la prevenzione, l'igiene, una dieta equilibrata,

[774] Ibidem.
[775] *Cronaca contemporanea. Italia. Gli Ebrei in Italia dinanzi alla legge*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 89, v. I, 5 marzo 1938, p. 471.
[776] Maiocchi, R., *Scienza e fascismo*, cit, p. 140.
[777] Ibi, p. 141.

alloggi luminosi e ben ventilati, nonché una particolare attenzione alla cura dell'infanzia e della maternità. Tutte queste misure sono concepite per migliorare le condizioni di salute delle popolazioni attuali, con l'intento di avere un impatto positivo sulle generazioni future[778].

Agli inizi del Novecento, l'eugenetica in Italia non è ancora strutturata e, infatti, non ha un riconoscimento epistemologico. I suoi temi, che vanno «dalla sociobiologia positivista, all'"utopia igienista", passando per lo sviluppo della medicina sociale e le discussioni sulla "questione sessuale" e sul neomalthusianesimo»[779], emergono però chiaramente nel dibattito culturale del periodo post-risorgimentale. Tra gli esempi più evidenti c'è il lavoro sul legame tra genio e delinquenza di Cesare Lombroso, la cui influenza si rivela significativa nella formazione delle teorie razziste del nazismo[780].

In Italia la disciplina si sviluppa dopo il 1912, in seguito al primo congresso internazionale di eugenica svoltosi a Londra nello stesso anno. La comunità degli studiosi e dei praticanti italiani coinvolti nell'eugenica è molto variegata e include figure quali medici, sociologi, biologi, demografi, economisti, psichiatri, antropologi, sessuologi e teologi. L'eugenica in Italia non assume mai una forma rigida e sistematica, ma si presenta piuttosto come un insieme eterogeneo di inclinazioni, prospettive, argomentazioni e suggerimenti[781]. Fin da subito, tuttavia, si delinea un elemento comune a tutti gli interventi: il rifiuto dell'eugenica positiva, perché «inconciliabile con la tradizione, la sensibilità, la cultura italica, latina e cattolica, e ad essa viene opposta una "eugenica negativa" che agisce sui fattori ambientali, con misure di profilassi, di igiene, di risanamento ecologico»[782].

Durante il ventennio fascista, le scienze medico-biologiche attirano l'attenzione del regime poiché incarnano un ideale di salute fisica e di normalità psicologica, oltre a promuovere la robustezza fisica e la purezza razziale. Questi aspetti si integrano con l'idea di «macchinismo esatto, ingegnoso e potente»[783] che è alla base dello slogan fascista "uomini e macchine per la guerra di domani".

Il fascismo inizia a integrare le proprie misure igienico-sanitarie all'interno di un contesto ideologico che le lega in modo inscindibile a un progetto di consolidamento politico e militare della nazione. Ben presto, l'importanza del fattore demografico emerge per il rafforzamento dell'economia, della politica e della potenza militare italiana. «Nella composita ideologia fascista, aveva avuto molto spazio l'idea […] che pochi valorosi contino molto più della massa»[784]. Tuttavia, a metà degli anni Venti, questa concezione inizia a essere soppiantata dalla convinzione che il numero della popolazione sia il vero pilastro della forza di un paese[785]. Non è casuale che, nel 1937, il posto di presidente del CNR sia occupato, «subordinando la competenza alla politica e la ricerca scientifica alle necessità militari»[786], da Pietro Badoglio.

L'eugenica fascista si distingue principalmente per l'esaltazione continua delle politiche governative riguardanti la salute pubblica, considerate sempre fondate dal punto di vista scientifico. Queste iniziative vengono presentate come il culmine dell'organizzazione sanitaria italiana e come attuazioni di programmi di eugenica negativa volti al benessere della popolazione. Ogni intervento legislativo

[778] Ibidem.
[779] Cassata, F., *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Torino, Bollati Boringhieri editore, 2006, p. 27.
[780] Maiocchi, R., *Scienza e fascismo*, cit, p. 141.
[781] Ibidem.
[782] Ibi, p. 142.
[783] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 123.
[784] Maiocchi, R., *Scienza e fascismo*, cit, p. 143.
[785] Ibidem.
[786] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 123.

legato alla salute degli italiani è accolto con entusiasmo dalla comunità medica italiana, che lo interpreta come un passo avanti nel «potenziamento della stirpe italica»[787]. Come osserva Maiocchi:

> «L'Opera nazionale per la maternità e l'infanzia, i Balilla, le colonie estive, i consorzi anti-tubercolari, la chiusura di alcune osterie, il confino per i medici abortisti, gli incentivi per le famiglie numerose, la Carta del lavoro, la bonifica delle zone paludose, la battaglia per l'uva, per la soja, quella contro il cretinismo endemico e quella contro la malaria, la Cartella biografica "Federzoni" per le questure, le varie iniziative per incrementare la ruralizzazione, la proibizione dell'accesso alle sale cinematografiche ai minori di quindici anni, i corsi popolari d'igiene, la diffusione dell'educazione fisica, l'assicurazione contro gli infortuni e le malattie»[788].

Tutte queste iniziative, ed altre ancora, ottengono l'approvazione ufficiale da parte degli esperti in scienze mediche, poiché rappresentano una concreta attuazione di quel generico programma di "miglioramento della stirpe" annunciato nel discorso dell'Ascensione.
Nei primi anni del regime, ad assumere il ruolo egemone nel campo dell'eugenica fascista è Corrado Gini, statistico e sociologo, grazie ai suoi ampi legami internazionali che gli permettono di rafforzare l'immagine scientifica dell'Italia, «sia di fronte al mondo angloamericano che a quello cattolico e "latino", che non si allinea alle teorie dell'eugenica anglosassone»[789]. Inoltre, Gini acquisisce una notevole «concentrazione di potere» con la contemporanea presidenza di diverse istituzioni, come ISTAT (dal 1926 al 1932), SIGE (dal 1924 al 1931), CISP (dal 1928)[790]. Infine, il suo lavoro si distingue per la capacità di integrare la scienza della popolazione con la biotipologia costituzionalistica, in particolare quella di «ispirazione cattolica»[791].
Accanto al rifiuto del modello dell'eugenica "anglosassone", un altro elemento distintivo dell'eugenica rinnovatrice giniana è l'importanza attribuita alla fecondità e alla prolificità, considerate come le variabili principali su cui si fondano le teorie e le decisioni politiche in ambito eugenetico. Tuttavia, a caratterizzare il dibattito sulla prolificità nell'eugenica di epoca fascista è, in realtà, il profondo legame tra l'approccio statistico-biometrico della demografia di Gini e le teorie biotipologiche e costituzionalistiche, in particolare quelle di Nicola Pende[792].
La visione di Pende, sebbene nasca dal particolare approccio della sua teoria sui biotipi, si distingue per alcune affermazioni che si possono facilmente riscontrare in diversi scritti del periodo e che «forniranno un aggancio culturale importantissimo per le elaborazioni apertamente razziste»[793].
Inizialmente il Ministero della Cultura Popolare osteggia l'interpretazione di Pende riguardo alle questioni eugenetiche e razziali, basata su una visione biotipologica, ma questa assumerà status ufficiale tra il 1939 e il 1947, dopo aver trionfato nelle dispute accademico-scientifiche relative alla gestione del razzismo di Stato. Ad apprezzare da subito il suo lavoro sono invece i gesuiti che ne esalteranno le teorie, dedicando diversi articoli de *La Civiltà Cattolica* all'esposizione delle numerose affinità esistenti fra l'ortogenesi e gli insegnamenti della dottrina cattolica. Per esempio, Lopez scrive in materia che:

---

[787] Maiocchi, R., *Scienza e fascismo*, cit, p. 145.
[788] Ibidem.
[789] Cassata, F., cit, p. 144.
[790] Ibidem.
[791] Ibidem.
[792] Ibi, pp. 166-167.
[793] Maiocchi, R., *Scienza e fascismo,* cit, p. 151.

> «non possiamo non citare con plauso sincero i provvedimenti del Governo italiano e l'indirizzo degli scienziati italiani, i quali, con una impostazione propria, del problema politico della stirpe, al dire di Nicola Pende, dimostrano "l'equilibrio realistico mediterraneo, di fronte all'astrattismo ed al misticismo nordico" dei razzisti»[794].

Dopo la Seconda guerra mondiale, «Pende ricambierà le attenzioni, ponendo la sua biotipologia, ormai orfana del fascismo, al servizio del cattolicesimo»[795].

L'illusione di continuità tra l'approccio negativo a quello positivo, con la svolta del 1938, è confermata anche dalle adesioni, esplicite o meno, alle leggi razziali, che provengono da alcuni dei principali esponenti dell'eugenica, tra cui Pende. Numerosi medici italiani si uniscono nel sostenere l'idea che esista un legame diretto tra la politica sanitaria del regime fascista e quella razzista. Questo schieramento è vasto, unito e, cosa significativa, non ci sono voci discordanti a mettere in discussione tali posizioni. «Il comportamento più coraggioso [è] il silenzio»[796].

Numerosi esponenti ai vertici del consorzio medico si trovano a loro agio nel clima di crescente antisemitismo. Alcuni di loro accolgono con entusiasmo la propria nomina a membri del Consiglio superiore della demografia e della razza. Altri si mostrano impazienti di occupare i posti lasciati liberi dai colleghi espulsi dalle università[797].

Per quanto riguarda il posizionamento delle confessioni, non si riscontra nella stampa evangelica, in silenzio da diversi anni su quanto sta accadendo in Italia e nel mondo, né in quella ebraica nulla in merito al razzismo fascista. Anzi, *Israel* da lì a poco interromperà le pubblicazioni: l'ultimo numero è datato 22 settembre 1938. La stampa ebraica da anni contesta, analizza e propone soluzioni (prima su tutte l'emigrazione a Erez Israel) alle politiche razzistiche e all'esclusione economica di fatto, che si stanno perseguendo in molte delle nazioni europee, ma non lascia presagire analoghi sviluppi anche in Italia: anzi la convinzione è proprio quella opposta. Nell'agosto del 1938, le comunità ebraiche, ove necessario, offrono pieno sostegno «per il buon andamento del censimento»[798] sulle comunità israelitiche promosso dal Governo.

Il cambio di passo nella propaganda di regime è però evidente nell'antisemitismo che la caratterizza. Basti ricordare le dichiarazioni dell'on. Starace:

> «[…] "essi si considerano da millenni, dovunque e anche in Italia, come una razza diversa e superiore alle altre; ed è notorio che nonostante la politica tollerante del Regime gli ebrei hanno, in ogni nazione, costituito - coi loro uomini e coi loro mezzi - lo stato maggiore dell'antifascismo".
> Grande risonanza ebbero le dichiarazioni fatte sullo stesso argomento del razzismo dal Capo del Governo; il quale, il 30 luglio, visitato il campo degli Avanguardisti a Forlì, riunì intorno a sé un folto gruppo di Federali dell'Alta Italia, dicendo loro queste parole: "Sappiate, ed ognuno sappia, che anche nella questione della razza noi tireremo diritto. Dire che il Fascismo ha imitato qualcuno o qualcosa è semplicemente assurdo". "Di una razza bastarda, né europea, né africana, che fomenterà la disintegrazione e la rivolta, non bastano le leggi severe promulgate ed applicate dal Fascismo. Occorre anche un forte sentimento, un forte orgoglio, una chiara onnipresente coscienza di razza. Discriminare non significa perseguitare". «Questo va detto ai troppi ebrei d'Italia e di altri paesi; i quali ebrei lanciano al cielo inutili lamentazioni, passando, colla nota rapidità, dall'invadenza e dalla superbia, all'abbattimento ed al panico insensato. Come fu detto chiaramente nella nota N. 14 dell'"Informazione Diplomatica", e come si ripete oggi, il Governo Fascista non ha alcuno speciale piano persecutorio contro gli ebrei in quanto tali. Si tratta di altro. Gli ebrei in Italia,

[794] Lopez, U., *Razzismo e cristianesimo di fronte ai malati ereditari*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 85, V. II, 5 maggio 1934, p. 250.
[795] Cassata, F., cit, p. 211.
[796] Maiocchi, R., Scienza e fascismo, cit, p. 153.
[797] Cosmacini, G., *La medicina dei papi*, Bari-Roma, Editori Laterza, 2018, p. 52. Versione digitale da applicazione Libri di Apple.
[798] *Il censimento degli ebrei d'Italia*, in «Israel», A. 23, n. 44, 26 agosto 1938, p. 10.

> nel territorio metropolitano, sono 44.000, secondo i dati statistici ebraici, che dovranno però essere controllati da un prossimo speciale censimento. La proporzione sarebbe quindi, di un ebreo su 1000 italiani. È chiaro che d'ora innanzi la partecipazione degli ebrei alla vita globale dello Stato, dovrà essere ed adeguarsi a tale rapporto.
> «Nessuno vorrà contestare allo Stato Fascista questo diritto, e meno gli ebrei, i quali - come risulta in modo solenne dal recente manifesto dei rabbini d'Italia — sono stati sempre e dovunque gli apostoli del più integrale, intransigente, feroce, e, sotto un certo punto di vista, ammirevole, razzismo. Si sono sempre ritenuti appartenenti ad un altro sangue, ad un'altra razza, e si sono proclamati "popolo eletto", ed hanno sempre fornito prove delle loro solidarietà razziali al di sopra di ogni frontiera.
> "E qui non vogliamo parlare dell'equazione storicamente accertata in questi ultimi venti anni di vita europea tra ebraismo, bolscevismo e massoneria. Nessun dubbio quindi che il clima è maturo per il razzismo italiano, e meno ancora si può dubitare che esso non diventi — attraverso la azione coordinata e risoluta di tutti gli organi del Regime - patrimonio spirituale del nostro popolo, base fondamentale del nostro Stato, elemento di sicurezza per il nostro Impero […]»[799].

Oltre ai toni utilizzati e alle accuse direttamente mosse dal Governo, infatti, si vede come il razzismo antisemita di Stato venga giustificato dall'accusa che gli stessi ebrei sono razzisti. Questa dinamica contribuisce a legittimare tale visione, rimarcando che siano le stesse vittime a sostenerla per primi. Inoltre, si sottolinea come siano stati proprio gli ebrei i primi a introdurre distinzioni razziste nella società, giustificando così la necessità del regime fascista di proteggere la "razza" italiana.
I cattolici italiani, dopo il 1912, si trovano costretti a prendere posizione e accolgono con grande scetticismo la crescente popolarità dell'eugenetica. Il loro primo obiettivo è quello di criticare le iniziative di regolamentazione della procreazione, siano esse più o meno severe, poiché giudicate incompatibili con le dottrine tradizionali della Chiesa riguardo al matrimonio, alla sessualità e alla famiglia. Inoltre, considerano l'idea di un certificato prematrimoniale come una inaccettabile ingerenza dello Stato nelle questioni matrimoniali, un ambito in cui la Chiesa rivendica il monopolio[800]. La posizione del cattolicesimo italiano non costituisce una reazione impulsiva alla sfida degli eugenisti, ma si limita a riaffermare principi già presenti in un ampio corpus di pubblicazioni dedicate alla pastorale della famiglia, sviluppatosi nel tempo grazie all'intensa attività della Chiesa cattolica contro le pratiche neomalthusiane.
In Italia, nei decenni prima, questa differenza viene ben argomentata, ma su diversi principi, da diversi esponenti della Chiesa Cattolica.
Dagli ultimi decenni dell'Ottocento, la cultura cattolica comincia a manifestare una forte diffidenza nei confronti degli studi antropologici. Questi sono considerati una degenerazione delle dottrine naturalistiche, che, secondo i cattolici, hanno allontanato l'essere umano dal mondo dello spirito, consegnandolo totalmente al dominio della natura. Tuttavia, l'analisi delle civiltà primitive e delle origini umane suscita un vivo interesse tra gli intellettuali cattolici. Questo interesse è alimentato, da un lato, dall'espansione coloniale, che pone nuovi interrogativi sull'azione missionaria, e dall'altro, dal dibattito acceso sull'origine dell'uomo, innescato dalla teoria darwiniana. L'opposizione al positivismo si concentra soprattutto sull'idea del monogenismo, che propone la concezione di un'unica origine per l'intera specie umana, come indicato nei testi biblici. Tale principio implica un legame sia fisico che psicologico tra gli esseri umani, con tratti fondamentali che si presentano in modo uniforme in tutte le razze[801].

---

[799] *Cronaca contemporanea. Italia. Posizione del Fascismo nei confronti dei problemi della razza*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 89, v. III, 6 agosto 1938, p. 376.
[800] Maiocchi, R., *Scienza italiana e razzismo fascista*, cit, p. 25.
[801] Ibi, p. 149.

Nel momento in cui il colonialismo è in piena espansione, la Chiesa fa «circolare un'immagine ugualitaria dell'umanità proponendosi come modello culturale e sociale alternativo a quello laico»[802]. L'unità della specie umana è utilizzata anche per evidenziare la netta distinzione esistente tra l'essere umano e le scimmie, opponendosi alle teorie evoluzionistiche. In particolare, si sottolinea che solo l'uomo possiede il dono divino del linguaggio. Questo dibattito sull'origine e sull'evoluzione del linguaggio porta gradualmente l'antropologia cattolica a spostare la sua attenzione dal piano biologico a quello culturale. Partendo da questa base, rafforzatasi con la "scuola storico-culturale" di Wilhelm Schmidt, il pensiero cattolico in materia arriverà ad abbracciare in modo convinto la tesi della distinzione dei concetti di razza e nazione[803].
Su *La Civiltà Cattolica* non si manca di ribadire che:

> «Per comune consenso della vera scienza non esistono, dunque, oggi razze pure, ma miscugli di razze svariate, fuse insieme da cause molteplici […] Da tutto ciò si deve concludere che, se l'unità di razza fosse un elemento essenziale della nazione, oggi non esisterebbe alcuna vera nazione, degna di questo nome»[804].

La figura cattolica italiana più influente nel campo dell'eugenetica è Agostino Gemelli. Le sue prime critiche nei confronti di tale disciplina risalgono al 1915, quando contesta l'idea che le caratteristiche psichiche siano ereditarie. Un anno dopo, nel 1916, rivolge la sua attenzione alla propaganda eugenetica relativa al controllo delle nascite, affrontando la questione del declino demografico e attribuendone la responsabilità «all'"incrocio tra le razze, che rende i matrimoni meno fecondi" […] e all'indebolirsi della morale cattolica presso vasti strati della popolazione»[805]. «Tra la morale cattolica e l'eugenetica vi [è] opposizione di principio»[806]: mentre questa porta al declino delle popolazioni, la prima può garantire una rinascita quantitativa e qualitativa.
Nel periodo postbellico, tra gli scienziati italiani emerge, come abbiamo visto, un'interpretazione dell'eugenica che non solo trascura, ma addirittura si oppone esplicitamente al controllo delle nascite. Questo cambiamento porta i cattolici ad adottare una posizione meno intransigente, pur mantenendo un'attenta difesa dei propri principi senza compromessi[807]. Gemelli propone l'idea di un'alleanza tra eugenica e cattolicesimo, mediata dall'insegnamento morale cattolico riguardo alla castità. Questa è vista come un modo per «subordinare e razionalizzare l'atto sessuale»[808], con un'insistenza particolare sulla sua assoluta importanza prima del matrimonio e una relativa considerazione dopo. Attraverso la pratica della castità, afferma Gemelli, si potrebbero prevenire figli illegittimi, la diffusione di malattie veneree e la nascita di una prole eccessivamente numerosa o con problemi genetici. Riconoscendo l'importanza eugenetica della morale sessuale cattolica, Gemelli auspica una cooperazione sempre più armoniosa tra scienza e fede, unita dall'ideale dell'eugenetica[809]. In vista del convegno del 1924 dedicato all'eugenica, il Segretario per la moralità della Giunta Diocesana di Napoli affida al gesuita Giuseppe De Giovanni e all'igienista Mario Mazzeo il compito di redigere un documento. Questo è successivamente oggetto di discussione in un incontro a Napoli, durante il quale Gemelli interviene come relatore sul tema "Eugenica e religione", «riportando un pieno

[802] Ibi, p. 150.
[803] Ibi, p. 151.
[804] Messineo, A., *Gli elementi costitutivi della nazione e della razza*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 89, V. III, 20 agosto 1938, p. 221.
[805] Maiocchi, R., *Scienza italiana e razzismo fascista*, cit, p. 25.
[806] Ibi, p. 26.
[807] Ibidem.
[808] Cit. in Cassata, F., cit, p. 151.
[809] Ibidem.

successo e raccogliendo i consensi di molti dei più autorevoli eugenisti presenti»[810]. A conclusione del convegno, la Giunta Diocesana di Napoli vota un ordine del giorno riguardante il movimento eugenetico in Italia. Il documento afferma che impedire la procreazione è contrario alla morale cattolica, pur riconoscendo che il perfezionamento della razza è un obiettivo lodevole, che dovrebbe essere perseguito solo attraverso provvedimenti sociali, igienici e una forte educazione cristiana. Infine, «si raccomanda ai cattolici di tenere nei confronti dell'eugenica un atteggiamento "molto guardingo e riservato"»[811]. Il pensiero cattolico sull'eugenetica è riproposto dagli articoli de *La Civiltà Cattolica*, in cui si scrive: «Altre dottrine poi non sono sempre del pari ripugnanti alle dottrine cattoliche come l'"eugenismo", che può e deve dentro i dovuti confini esser preso in considerazione "ove non esorbiti dai mezzi leciti ed onesti"»[812]. Su questo tema prende posizione la citata enciclica *Casti connubii*, in cui Pio XI si dice favorevole alla teoria eugenica purché non si avvalga di strumenti che intaccano i principi cristiani, quali il controllo delle nascite, il certificato prematrimoniale, l'aborto e la sterilizzazione, che il pontefice condanna. La voce cattolica sul tema si fa risentire con l'introduzione delle leggi razziali in Germania nel 1934 e in Italia nel 1938.

In merito all'eugenetica positiva e al razzismo tedesco di Stato, il pensiero cattolico può essere ricostruito sulla base delle diverse riflessioni che muovono dalla presentazione della legge approvata in Germania il 14 luglio 1933 ed entrata in vigore il 1° gennaio 1934, il cui art.1 dispone la tecnica della sterilizzazione volontaria o coatta per le persone affette da malattia ereditaria. In questa occasione si ribadisce la dottrina cattolica in merito all'intangibilità del corpo umano e in particolare si mettono a confronto le tesi degli eugenisti con le affermazioni fatta dal papa nell'enciclica *Casti connubii*. Le Chiese cristiane reagiscono diversamente. C'è chi si esprime favorevolmente, per esempio il Vescovo anglicano di Birmingham che, il 22 ottobre 1933 al Congresso dei medici di Liverpool, afferma: «urge prendere provvedimenti severi. Se l'Inghilterra vorrà salvarsi, è necessario che sia sana di razza. Non possiamo più portare il fardello di questa classe di persone, cariche di vizi mentali»[813]. Altri osteggiano questa legislazione, ad esempio lo psichiatra cattolico Vallejo Nájera o mons. Groeber, arcivescovo di Friburgo, per i quali con queste teorie eugenetiche, che «sono il segno deplorevole di corruzione morale», «si favorisce la prostituzione e il libertinaggio»[814]. Con queste dichiarazioni si attesta che nessuna ragione scientifica giustifica tale legge e che in assoluto «la sterilizzazione è riprovata in sé stessa»[815].

Un'altra questione affrontata dalla Chiesa cattolica è il diritto presunto dello Stato di «impedire la procreazione agli anormali»[816]. Essa si schiera inderogabilmente per il no, specie se questo fine viene perseguito con la sterilizzazione. Le eccezioni più gravi a questa visione cattolica sono di natura economica e sociale, ma si ribatte puntualmente a queste che il problema economico potrebbe essere risolto se solo «gli Stati, seguendo il consiglio del Bumke, combattessero con vigore l'alcoolismo e il contagio sifilitico»[817]. Per quanto riguarda, invece, il tema delle accresciute spese per l'assistenza si risponde ricordando la storia della beneficenza cristiana e le parole dell'enciclica *Qudragesimo anno* in cui il papa mette l'accento sul danno provocato dalla pubblicizzazione della beneficenza, quindi dallo scioglimento delle tante associazioni cattoliche che operavano nel settore, che ha portato

[810] Maiocchi, R., *Scienza italiana e razzismo fascista*, cit, p. 26.
[811] Ibidem.
[812] *Il valore sociale dell'enciclica Casti connubii*, cit, p. 226.
[813] Cit. in Lopez, U., *Difesa della razza ed etica cristiana*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 85, v. I, 7 marzo 1934, p. 584.
[814] Ibidem.
[815] Ibi, p. 587.
[816] Lopez, U., *Razzismo e cristianesimo di fronte ai malati ereditari*, cit, p. 237.
[817] Ibi, p. 240.

lo Stato a trovarsi sovraccarico e incapace di dare risposta ai bisognosi, di cui invece dovrebbe occuparsi proprio in virtù della volontà di esercitare direttamente l'opera assistenziale. Un'altra eccezione, di natura sociale, per la quale si ritiene giustificabile la sterilizzazione, è la difesa della stirpe. Rispetto a questa la Chiesa non fa cadere del tutto la propria visione eugenetica, ma sostiene la conformità dell'eugenetica negativa alla morale cattolica. «Merito grande [và ai] medici cattolici; i quali, guidati dalla dottrina della Chiesa, sorretti dalla coscienza, si diedero a un instancabile lavoro di indagini scientifiche, riuscendo con il loro ingegno a trovare nelle immense riserve della natura il modo di salvare […] la stirpe»[818]. Inoltre sull'eugenetica, per confermare la dottrina cattolica in materia, si afferma che:

> «Lo Stato può e deve attuare provvedimenti d'igiene preventiva, "con un'opera costante... per operare la bonifica somatica e psichica degli individui, dalla infanzia sino all'età matrimoniale"; può e deve attuare un ordine di cose, dove l'igiene e la terapeutica corporale siano accompagnate da un'azione morale e spirituale parallela; senza di che, tutti i tentativi per il miglioramento della stirpe cadrebbero a vuoto, tornerebbero anzi di danno più grave.
> Cosi, mentre gli eugenisti materialisti dicono perduto il danaro destinato a "nutrire gli eserciti di questi infelici", la divina Provvidenza, glorificando il Cottolengo, dava nuovo risalto all'opera benefica della Chiesa di Gesù Cristo; la quale, lungi dal "collegarsi con quelli che annientano la vita sana", rimane pur sempre, con la sua dottrina e con la sua morale, la grande Maestra della vera ed efficace eugenia della stirpe, e con la sua inesauribile carità, la Madre soccorritrice di tutte le miserie umane»[819].

La via intrapresa in Germania è in netta contrapposizione con la dottrina della Chiesa cattolica: in quel paese si è accesa una «viva lotta […] fra cattolicismo e razzismo», proprio perché la «concezione della vita del nazional-socialismo [viene] proposta e imposta come nuova fede»[820].
Il «modello fisico e soprattutto psicologico di razza umana» mai caro nemmeno alla «sensibilità latina e italica in particolare», nel 1938, come si è detto, non è più troppo distante da quello proposto dall'eugenetica positiva di stampo nordico, e se le posizioni in merito a questa risultano ancora «inconciliabili dipende largamente anche dalla cultura cattolica»[821] che, nei decenni precedenti, si è battuta riguardo questo tema.
Per quanto riguarda l'antisemitismo, questo non deve essere considerato come un fenomeno sempre interconnesso al razzismo, né dal punto di vista teorico né da quello storico. Ci sono stati contesti culturali caratterizzati da razzismo senza antisemitismo e viceversa, come luoghi in cui il pregiudizio antiebraico è arrivato solo per via missionaria[822]. In Italia, le manifestazioni di razzismo e antisemitismo hanno avuto percorsi, inizialmente, distinti[823]. Il principale nucleo antisemita in Italia si è riscontrato proprio all'interno della Chiesa cattolica. Durante l'Ottocento, gli ebrei italiani presero attivamente parte al movimento risorgimentale, il che, sebbene abbia portato a una certa simpatia nel contesto laico, ha riacceso anche l'antisemitismo tradizionale da parte della Chiesa, come si evince dalle pagine de *La Civiltà Cattolica*[824].

---

[818] Ibi, p. 251.
[819] Ibi, p. 252.
[820] *La nuova religione della razza*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 85, v. III, 4 agosto 1934, p. 225.
[821] Maiocchi, R., *Scienza italiana e razzismo fascista*, p. 24.
[822] Calimani, R., *Storia del pregiudizio contro gli ebrei. Antigiudaismo, antisemitismo, antisionismo*, Miliano, Mondadori, 2010, p. 16. Versione digitale da applicazione Libri di Apple.
[823] Maiocchi, R., *Scienza italiana e razzismo fascista*, cit, p. 187
[824] Calimani, R., *Storia del pregiudizio contro gli ebrei. Antigiudaismo, antisemitismo, antisionismo*, cit, p. 66.

Negli anni Trenta del Novecento, il confronto sull'antisemitismo subisce un drastico cambiamento a causa della presa di potere del nazismo e della conseguente introduzione di leggi razziali. A differenza di altre forme di antisemitismo, quello cattolico non si fonda su presupposti razziali; la Chiesa, escludendo gli ebrei dalla comunità cristiana, «[muove] da esigenze religiose e [lascia] cadere ogni esclusione per l'ebreo convertito»[825]. Il razzismo, invece, considera gli ebrei come membri di una razza distinta, impossibilitati a essere accolti nella comunità. In questo contesto, non esiste alcun punto di contatto tra l'antisemitismo cattolico e quello nazista. Tuttavia, questo aspetto non riveste particolare importanza nelle analisi condotte dagli intellettuali cattolici. Come abbiamo visto dalle dichiarazioni intorno alle leggi antiebraiche tedesche del '34, la Chiesa cattolica vede nel razzismo tedesco un grave pericolo per la propria sopravvivenza in Germania, perché questo «si [propone] come nuova religione di Stato, ponendosi in inevitabile contrasto con le altre religioni»[826]. La preoccupazione principale delle autorità ecclesiastiche è la convinzione che Hitler voglia eliminare tutte le organizzazioni religiose per sostituirle con una sorta di "religione della razza". Le politiche antiebraiche tedesche vengono così interpretate come parte di un piano più ampio, in cui l'antisemitismo di tipo razzista è visto come un derivato dell'antireligiosità e del paganesimo promossi dal regime nazista, e quindi secondari rispetto alla questione fondamentale[827].
Dopo le leggi antiebraiche italiane del '38, le posizioni in ambito cattolico sono ancora le più svariate. Pio XI, in un'udienza privata, afferma però: «"L'antisemitismo è un movimento odioso, con cui noi cristiani non dobbiamo avere nulla a che fare. [...] Attraverso Cristo e in Cristo noi siamo i discendenti spirituali di Abramo. [...] Noi siamo spiritualmente semiti"»[828].
Tra le persone che faticano ad allinearsi con Pio XI, vi è padre Gemelli che, nel 1939, durante il suo discorso in onore del chirurgo medievale Guglielmo da Saliceto, afferma:

> «"Tragica senza dubbio, e dolorosa, la situazione di coloro che non possono far parte, e per il loro sangue e per la loro religione, di questa magnifica patria; tragica situazione in cui vediamo, una volta di più, come molte altre nei secoli, attuarsi quella terribile sentenza che il popolo deicida ha chiesto su di sé e per la quale va ramingo per il mondo, incapace di trovare la pace di una patria, mentre le conseguenze dell'orribile delitto lo perseguitano dovunque e in ogni tempo"» [829].

L'uguaglianza dei cittadini senza distinzione di religione trova ancora una certa tutela nel contesto sanitario fino alla pubblicazione del Manifesto. Tuttavia, facendo esplicito riferimento all'assenza di una distinzione tra razza e stirpe, l'eugenetica, sostenuta dalla "difesa della stirpe", e le misure sanitarie adottate dal Governo durante il ventennio hanno rafforzato il legame tra medicina e cattolicesimo, assicurando in tal modo ampi spazi di libertà per i cattolici nel settore sanitario. Come abbiamo visto precedentemente, gli appartenenti alle confessioni religiose di minoranza possono ancora contare sulle loro istituzioni di assistenza che, in certi casi, agiscono anche in aderenza alle politiche eugenetiche del regime.
Non si esclude però la possibilità di una discriminazione, nel contesto sanitario, per ragioni di razzismo, in quanto, come sostenuto da Margiotta Broglio, «l'appartenenza religiosa è sempre

[825] Maiocchi, R., *Scienza italiana e razzismo fascista*, p. 194.
[826] Ibidem.
[827] Ibidem.
[828] Cit. in Cosmacini, G., *La medicina dei papi*, cit, p. 52.
[829] Cit. in ibidem.

coniugata con l'ascendenza razziale. Un abbinamento che si ritrova anche nelle leggi di Vichy e nei criteri che il fascismo [pone] alla base delle leggi razziali»[830].
Con l'applicazione delle leggi razziali avviene però un cambiamento: l'elemento religioso che accompagna il concetto di razza è motivo di discriminazione, anche in ambito medico-sanitario, come esamineremo ora.

2.4. L'assistenza sanitaria ebraica nel contesto delle leggi razziali.

La "legislazione antiebraica" si colloca negli anni 1938-1943, un periodo contrassegnato dalla violazione dei diritti degli ebrei, che dal 1943 al 1945 diventa persecuzione: non più solo i diritti ma anche le vite degli ebrei sono in pericolo, anche se nessuna legge italiana dispone formalmente «la consegna ai nazisti, la deportazione e l'uccisione degli ebrei»[831].
Fino alle leggi razziali «gli ebrei continuano a godere della stessa "libertà" che godono gli altri italiani»[832], e i rapporti ufficiali tra la comunità ebraica e il governo sono caratterizzati da una certa stabilità. Nel 1935 viene istituito il rabbinato militare e, nel 1936, dopo la conquista italiana dell'Etiopia si assiste a un considerevole numero di iniziative in tutta Italia in favore dei falascià, una popolazione etiope di religione ebraica; esse sono di carattere filantropico e umanitario (viene usato il termine civilizzazione), di mediazione con le autorità italiane, per favorire il passaggio pacifico dei falascià sotto l'ala protettrice del tricolore[833]. Anche provvedimenti come la ristampa dei materiali didattici per le scuole della Comunità sembrano segnare un momento di collaborazione. Fino alla metà del 1938, il Governo italiano e Mussolini mantengono nascosta la loro intenzione di adottare la legislazione razziale: anzi, smentiscono ripetutamente tali voci e gestiscono i contatti con l'Unione e le Comunità in un presunto clima di concordia[834]. È comprensibile «lo stupore e l'incredulità»[835] che all'inizio gli ebrei provano di fronte alle leggi razziali, che violano i loro diritti fondamentali e la loro dignità solo sulla base della loro identità ebraica. Per l'attuazione del Manifesto e dunque la sua traduzione in impianto normativo sono fondamentali le operazioni di identificazione degli individui "appartenenti alla razza ebraica", ossia soggetti, nella maggioranza cittadini italiani, con determinate caratteristiche religiose, culturali o identitarie[836], e il loro censimento.
A differenza di altre minoranze religiose, l'ebraismo si distingue per il forte elemento etnico quale criterio di appartenenza. Per tale ragione l'ebraismo è trattato nel corso della storia come minoranza non solo religiosa ma anche etnica. In questo senso, il popolo ebraico ha sempre cercato di mantenere una sua autonomia, trovandosi costretto a sottolineare le proprie caratteristiche sociali, religiose e culturali[837] in quanto discriminato e ritenuto inassimilabile nelle diverse società in cui ha vissuto.

---

[830] Margiotta Broglio, F., *Discriminazione razziale e discriminazione religiosa*, in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 1, 2000, p. 269.
[831] Sarfatti, M., *Le leggi antiebraiche spiegate agli italiani di oggi*, Torino, Einaudi, 2001, p. 4.
[832] Disegni, G., cit, p. 99.
[833] Si riportano solo alcuni dei tanti articoli scritti, solo nel 1936, su queste iniziative: *Dalle città d'Italia. Da Mantova. Per la Vittoria in Etiopia*, in «Israel», A. 21, n. 31, 22 maggio 1936, p. 8; *Dalle città d'Italia. Per l'organizzazione delle comunità ebraiche d'Etiopia,* in «Israel», A. 21, n. 35, 25 giugno 1936, p. 9; *Dichiarazioni del Console italiano*, in «Israel», A. 21, n. 36, 2 luglio 1936, p. 2; Viterbo, C., A., *Per i Falascià*, in «Israel», A. 21, n. 37, 9 luglio 1936, p. 7.
[834] De Felice, R., *Storia degli ebrei italiani sotto il fascismo*, Torino, Einaudi, 1993, p. 238.
[835] Maternini, M. F., *La contraddittoria legislazione fascista in tema di ebraismo*, in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 1, 2009, p. 161.
[836] Sarfatti, M., *Le leggi antiebraiche spiegate agli italiani di oggi,* cit, p. 20.
[837] Maternini, M., F., cit, p. 162.

I soggetti perseguitati dalle leggi antiebraiche sono coloro che hanno ascendenti completamente identificabili di "razza ebraica", escludendo al contempo tutti gli individui con antenati esclusivamente di "razza ariana", senza tener conto della religione praticata o precedentemente praticata da ciascun soggetto[838].

Il legislatore fascista persegue, dunque, una discriminazione non religiosa ma fondata su una commistione di fattori etnici, confessionali e politici per delineare il concetto di "appartenente alla razza ebraica". Questo approccio mira a espandere il più possibile la definizione di "ebreo", il quale deve essere escluso dalla comunità nazionale[839]. Vi è poi il dispositivo della Discriminazione[840] che è «la possibilità di una limitata esenzione dalla persecuzione»[841] offerta dal legislatore fascista per quelle famiglie che includono un membro con particolari "benemerenze" legate a meriti di natura bellica, politica o di altro tipo considerato "eccezionale". Essa attenua, in un primo momento, l'effetto della persecuzione sugli ebrei e su quelle realtà sociali che sono meno pronte ad affrontarla. Tuttavia, essa non impedisce né diminuisce la persecuzione e non mette in discussione le basi razziste della legislazione[842]. La scelta del legislatore di focalizzarsi soprattutto sulla "razza" piuttosto che sull'appartenenza religiosa ha l'intento di colpire anche coloro che si sono convertiti opportunisticamente[843]. Secondo la dottrina ecclesiasticistica più accreditata, le misure adottate a protezione della razza non ledono il principio di libertà religiosa, poiché si basano sul concetto di razza piuttosto che su quello di appartenenza religiosa. Tuttavia, si riconosce che esse possono, inevitabilmente, incrociarsi in determinate circostanze[844].

Dopo la pubblicazione del Manifesto degli intellettuali razzisti il 14 luglio 1938, si avvia il processo di individuazione degli ebrei italiani, da separare dalla popolazione ariana[845]. Il 19 luglio, l'Ufficio demografico del Ministero dell'Interno è trasformato nella Direzione generale per la demografia e la razza. Successivamente, il 17 agosto, tutti i prefetti d'Italia ricevono comunicazione che l'appartenenza alla "razza italiana" è considerata un requisito "essenziale ed inderogabile" per l'assunzione di cariche pubbliche [846]. A seguito del censimento del 22 agosto 1938, inconsapevolmente coadiuvato dalle comunità ebraiche, si avvia un processo che confina i cittadini italiani di origine ebraica in un «ghetto giuridico»[847]. Si passa così dalla connotazione religiosa a quella nazionalistica, che attribuisce agli ebrei una sorta di statuto personale. Questo cambiamento sovverte l'emancipazione del 1848, dando origine a una progressiva discriminazione giuridica che sfocia nel genocidio.

Nel 1938 gli ebrei in Italia sono circa 47.000: quasi l'1,1 per mille dell'intera popolazione italiana e quasi il 3 per mille della popolazione ebraica di tutto il mondo[848]. Quelli aventi nazionalità straniera erano aumentati notevolmente proprio tra l'aprile 1931 e l'agosto 1938, passando dal 12 per cento a più del 20 per cento del totale[849] per via delle tante persecuzioni in atto in altri paesi europei. In base

[838] Sarfatti, M., *Le leggi antiebraiche spiegate agli italiani di oggi,* cit, p. 20.
[839] De Felice, R., cit, p. 417.
[840] Viene utilizzata la lettera maiuscola per differenziare questo dispositivo dall'utilizzo del termine "discriminazione" come in uso nella lingua italiana.
[841] Sarfatti, M., *Le leggi antiebraiche spiegate agli italiani di oggi*, cit, p. 22.
[842] Ibidem.
[843] Fubini, G., *Ebraismo italiano e problemi di libertà religiosa*, cit, p. 709.
[844] Margiotta Broglio, F., *Discriminazione razziale e discriminazione religiosa*, cit, pp. 270-271.
[845] Varnier, G. B., cit, pp. 145-146.
[846] Disegni, G., cit, p. 100.
[847] Varnier, G. B., cit, p. 145.
[848] Sarfatti, M., *Le leggi antiebraiche spiegate agli italiani di oggi,* cit, p. 11.
[849] Ibidem.

ai criteri utilizzati per identificare un soggetto come ebreo, il numero di ebrei può variare notevolmente[850], ma per via di quelli sopra definiti, che ampliano notevolmente il concetto di "appartenente alla razza ebraica", si calcola che i soggetti inclusi in tale classificazione siano stati approssimativamente 51.100[851].
Le discriminazioni nei confronti degli ebrei si estendono non solo a vari ambiti della vita sociale, dall'istruzione all'accesso alle professioni, ma anche agli aspetti privati della vita quotidiana, come il matrimonio, l'identità e la gestione dei beni[852].
La legislazione antiebraica è approvata all'unanimità dalla Camera e a larghissima maggioranza dal Senato, e controfirmata dal re[853] come parte delle "leggi per la difesa della razza", assieme ai precedenti provvedimenti legislativi fondati sul razzismo contro le popolazioni indigene delle colonie africane e alle disposizioni matrimoniali e demografiche-pronataliste, di cui si è parlato in precedenza nel capitolo. La legislazione razziale approvata a partire dal 6 ottobre 1938 con la "Carta della razza" del Gran Consiglio del Fascismo rappresenta, nella concezione di Mussolini, il punto apicale di una politica volta ad esaltare l'appartenenza alla stirpe italiana e ad emarginare le minoranze politiche, etniche e religiose nel Paese[854]. Già il 5 settembre 1938, un decreto estromette gli ebrei dalle scuole, sia in qualità di insegnanti sia di studenti e, con decreto datato 7 settembre 1938, si ordina l'espulsione degli ebrei stranieri e la revoca della cittadinanza italiana a coloro che l'avevano acquisita dopo il 1° gennaio 1919[855].
Con il decreto del 17 novembre 1938, che rappresenta la traduzione giuridica della Carta della razza, gli ebrei sono considerati antifascisti e, di conseguenza, avversari del regime. Questo provvedimento viene annunciato a Trieste, dove si trova una delle più importanti comunità ebraiche italiane, da Mussolini stesso, che era in città per «porre la prima pietra»[856] della nuova università in costruzione. Il decreto prescrive il divieto dei matrimoni misti, l'espulsione degli ebrei dalle industrie, dal commercio e dalle professioni, la restrizione delle proprietà immobiliari in loro possesso, oltre alla riduzione della loro capacità giuridica in ambito testamentario[857]. Si evidenziano nondimeno alcune incongruenze, come l'art. 27 che afferma che le attività delle comunità israelitiche non subiscono cambiamenti.[858]. L'art. 8 esclude dalla definizione di ebreo colui il quale, «nato da genitori di nazionalità italiana di cui uno solo di razza ebraica», appartenga, alla data del 1° ottobre 1938, ad una confessione religiosa diversa da quella ebraica[859], facendo così prevalere il fattore religioso su quello razziale. La disuguaglianza tra le confessioni religiose, evidenziata dai Patti Lateranensi, dalla legislazione sui culti ammessi e dalla legge sulle Comunità israelitiche, trova realizzazione e compimento con le leggi razziali e si traduce nell'inuguaglianza giuridica dei cittadini[860]. Su questa linea sono da segnalare i provvedimenti più generali che incidono sulla vita culturale delle comunità ebraiche, quali la cessazione di tutta la stampa ebraica, come *Israel*, l'espulsione di rabbini e dirigenti di Comunità e il divieto del 1942 di festeggiare le ricorrenze religiose[861].

---

[850] De Felice, R., cit, p. 6.
[851] Sarfatti, M., *Le leggi antiebraiche spiegate agli italiani di oggi,* cit, p. 11.
[852] Maternini, M., F., cit, p. 161.
[853] Sarfatti, M., *Le leggi antiebraiche spiegate agli italiani di oggi,* cit, p 4.
[854] Disegni, G., cit, p. 101.
[855] Maternini, M., F., cit, p. 161.
[856] Ibidem.
[857] Ibidem.
[858] Fubini, G., *Ebraismo italiano e problemi di libertà religiosa*, cit, p. 709.
[859] Varnier, G., B., cit, p. 145.
[860] Margiotta Broglio, F., *Discriminazione razziale e discriminazione religiosa*, cit, p. 270.
[861] Sarfatti, M., *Le leggi antiebraiche spiegate agli italiani di oggi,* cit, p. 28.

L'Unione delle Comunità trascorre gran parte del 1939 in uno stato di ambiguità, caratterizzato da buoni propositi, paura di provocare le autorità fasciste e indecisioni[862]. Non riuscendo a reagire concretamente, si limita a gestire la situazione giorno per giorno. Molte iniziative locali si riducono a un semplice passaggio di comunicazioni verso gli organi statali competenti, con cui solo l'Unione può interagire ufficialmente[863]. Questo comportamento dell'Unione porta a una frattura interna e alla conseguente ristrutturazione della sua giunta. Viene eletto presidente Dante Almansi che, dal 1940 fino alla caduta del regime fascista, porta l'Unione a recuperare il suo ruolo di motore del movimento ebraico italiano e di guida morale per la comunità, tenendo conto delle circostanze generali dell'Italia e delle specifiche condizioni degli ebrei[864]. Per lo più, in questi anni, l'attività dell'Unione è impegnata nel coordinamento degli aiuti alle famiglie ebraiche e nel sostegno in materia di culto, istruzione e assistenza a livello locale, mentre i contatti con il governo vengono ridotti al minimo per cercare di ottenere deroghe ai vari procedimenti legislativi. Inoltre, la nuova giunta dell'Unione in più occasioni protesta con il governo per gli atti di violenza che si intensificano in tutto il Paese[865].
Le leggi razziali contro gli ebrei influenzano anche l'assistenza sanitaria che, come abbiamo visto, negli anni '30 e '40 è molto ben radicata e capillare nei vari centri della penisola afferenti a una qualche Comunità con ospedali ed enti di assistenza sanitaria.
Esse hanno effetto su vari livelli dell'assistenza sanitaria, tra cui la mancanza di personale medico ebraico. Molti tra i più noti medici ebrei contribuiscono alla sanità italiana attraverso l'insegnamento nelle università e la direzione di prestigiosi istituti. Un esempio emblematico è Giuseppe Levi, una figura di rilevo nel campo della medicina, che guida l'Istituto anatomico di Torino e tiene lezioni presso l'università della Città. Le leggi razziali lo allontanano dall'insegnamento, così come avviene per due suoi illustri studenti ebrei, Salvador Luria e Rita Levi-Montalcini[866].
All'espulsione di studenti e professori segue la legge 29 giugno 1939 n. 1054, che disciplina l'esercizio delle professioni di medico-chirurgo, farmacista e ostetrico da parte degli ebrei nei seguenti termini: 1) cancellazione dai rispettivi albi professionali; 2) istituzione di elenchi aggiunti, per i Discriminati, e di elenchi speciali, per i non Discriminati; 3) esclusione degli iscritti agli elenchi speciali dalle associazioni sindacali di categoria, pur confermandone la soggezione alle norme inerenti alla disciplina dei rapporti collettivi di lavoro; 4) esclusione degli iscritti agli elenchi speciali, «salvi i casi di comprovata necessità ed urgenza», dall'esercizio della professione a favore di persone non appartenenti alla "razza ebraica"; 5) divieto di conferimento a tutti indistintamente di incarichi comportanti funzioni di pubblico ufficiale e simili; 5) divieto di qualsiasi forma di associazione e collaborazione tra professionisti ebrei e non ebrei[867].
A partire dal marzo 1942, i medici identificati come appartenenti alla "razza ebraica" sono soggetti a diverse restrizioni. Se non sono Discriminati, devono iscriversi a registri "speciali" che permettono loro di praticare la professione unicamente presso pazienti di "razza" ebraica, salvo emergenze. In caso di Discriminazione, saranno inseriti in registri "aggiuntivi" e, come nel caso precedente, non sono ammessi a incarichi presso enti pubblici o associazioni. Di fatto, il lavoro dei medici non Discriminati è vincolato alle esigenze e alle risorse economiche dei loro assistiti (che in questo periodo sono state in gran parte messe a rischio o alienate dal regime), mentre i medici Discriminati

[862] De Felice, R., cit, p. 500.
[863] Ibidem.
[864] Ibi, p. 505.
[865] Ibi, p. 506.
[866] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 123.
[867] De Felice, R., cit, pp. 412-413.

dipendono dalla disponibilità dei "non ebrei" di rivolgersi a loro per assistenza o consulenze[868]. Oltre al diritto al lavoro, è violato anche lo stesso diritto alla cura, in particolare per le persone identificate come "appartenenti alla razza ebraica".
Secondo Sarfatti, solo «a Roma 111 medici ven[gono] cancellati dall'albo e altri 21 reiscritti in quello dei [D]iscriminati»[869]: tra i primi c'è anche Erwin Stückgold, definito uno dei più grandi clinici viventi dal Re Vittorio Emanuele III[870].
Tra gli altri casi documentati, vi è quello di Firenze dove vengono radiati 49 medici ebrei, di cui 3 che possono continuare ad esercitare a beneficio dei soli ebrei[871]. Poiché i medici non ebrei sono agevolati da tale legislazione, in certi casi denunciano il "lavoro abusivo" da parte di colleghi di "razza" ebraica come avvenuto ad esempio nell'alessandrino ai danni di un odontoiatra ebreo di origine straniera[872]. Tra i provvedimenti del 1939, uno stabilisce che il personale di servizio "ariano" deve lasciare il posto di lavoro se subordinato a ebrei: questo incide anche sull'assistenza sanitaria domiciliare. Così, il matematico Levi-Civita muore in mancanza dell'assistenza infermieristica[873].
Oltre all'esclusione dal lavoro del personale medico ebraico, reso impossibilitato ad esercitare o costretto all'estero, tutto il corpo delle leggi razziali porta alla marginalizzazione sociale ed economica e quindi all'aggravamento, anno dopo anno, della condizione di precarietà degli ebrei. In questa situazione, uno dei provvedimenti di maggiore impatto sull'assistenza, anche sanitaria, è quello emanato nel dicembre del 1940 per il quale le persone di "razza" ebraica vengono escluse dall'assistenza pubblica[874]. Infine, un provvedimento amministrativo del 1942 introduce il "lavoro obbligatorio", che nel '43 si trasforma in «veri e propri "campi di internamento e lavoro obbligatorio"»[875]. È superfluo ricordare che la vita nei campi è molto difficile per via dell'affollamento, per la scarsità dell'acqua e per i ricoveri di fortuna utilizzati come alloggio. Queste situazioni gravano fortemente sulle condizioni igieniche e dunque sullo stato di salute degli ebrei internati[876]. Il periodo più buio, però, si ha negli anni dell'occupazione nazista dell'Italia, quando essere ricoverati negli ospedali può significare nella maggior parte dei casi la deportazione nei campi di sterminio: ne sono un esempio le persone ebree ricoverate all'Ospedale civile di Venezia[877].
Episodi diversi, in cui si è scampati alle deportazioni naziste, sono avvenuti a Roma dove alcuni ebrei si sono rifugiati nell'Ospedale Fatebenefratelli. Un primo caso documenta di 66 ebrei che si sono salvati camuffandosi tra i ricoverati, dopo avere dichiarato all'economo dell'Ospedale di aver chiesto aiuto alla Santa Sede per l'accoglienza[878]. Nel secondo caso, più celebre, avvenuto sempre al Fatebenefratelli, 68 ebrei ricercati dalle autorità naziste si sono salvati dalla deportazione, in quanto il medico Giovanni Borromeo si inventa una malattia contagiosissima, il morbo K, che riesce a tenere

[868] Sarfatti, M., *Le leggi antiebraiche spiegate agli italiani di oggi,* cit, pp. 31-32.
[869] Sarfatti M., *Gli ebrei nell'Italia fascista. Vicende, identità, persecuzione*, Torino, Einaudi, 2007, p. 190.
[870] Ibidem.
[871] Panti, A., *Ottanta anni fa le leggi razziali. Una vergogna anche per i medici. Ecco cosa accadde a Firenze,* in https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=58266
[872] Archivio di Stato di Alessandria (a cura di), *Cure proibite, cure negate: medici ebrei alessandrini sotto le leggi razziali*, in https://archiviodistatoalessandria.cultura.gov.it/home-page/mostre-virturali-ed-eventi/raccolta-eventi/giornata-della-memoria/giornata-della-memoria-2024/
[873] De Felice, R., cit, p. 434.
[874] Sarfatti, M., *Le leggi antiebraiche spiegate agli italiani di oggi,* cit, p. 34.
[875] Ibidem.
[876] De Felice, R., cit, p. 497.
[877] *Elenco dei deportati ricoverati*, in https://www.scuolagrandesanmarco.it/ospedale-degli-ebrei/elenco-dei-deportati-ricoverati.html
[878] Calimani, R., *Storia degli ebrei di Roma: Dall'emancipazione ai giorni nostri*, Milano, Mondadori, 2017, p. 257. Versione digitale da applicazione Libri di Apple.

alla larga dall'isola Tiberina i nazisti spaventati della sua presunta letale infettività[879]. Grazie alla simulazione del dott. Borromeo, alla collaborazione di altri medici e di tutto il personale ospedaliero e a stratagemmi quali la falsificazione dei certificati di morte, non solo ebrei, ma anche partigiani si riescono a salvare[880].

[879] Tagliacozzo, S., *I medici ebrei e leggi razziali*, in https://www.shalom.it/roma-ebraica/i-medici-ebrei-e-leggi-razziali-b1127421. Altre fonti riportano numeri differenti di ebrei tratti in salvo, ad esempio Cutulli, A., *Il Morbo di K* in https://www.esanum.it/today/posts/morbo-k-sindrome-k-isola-tiberina-olocausto. Cfr. anche Intini, E., *Sindrome di K. La malattia fasulla che spaventò i nazisti*, in https://www.focus.it/cultura/storia/sindrome-di-k-la-malattia-falsa-che-spavento-i-nazisti .

[880] Cutulli, A., *Il Morbo di K* in https://www.esanum.it/today/posts/morbo-k-sindrome-k-isola-tiberina-olocausto

CAPITOLO 3.
FATTORE RELIGIOSO E SANITÀ NEL SECONDO DOPOGUERRA (1945 – 1958).

3.1. Sanità pubblica e confessioni religiose dal ’45 al ‘58.

Con gli Alleati in Italia arrivano anche la penicillina, la streptomicina e il DDT, dando alla medicina l’apporto “miracoloso” che le mancava per debellare quei mali che fino a quel momento avevano messo in ginocchio il Paese dal punto di vista epidemiologico[881].
I provvedimenti di sanità pubblica emanati nell’immediato dopoguerra sono diversi, di natura per lo più assistenziale e cercano di portare rimedio a una situazione di completa distruzione e disorganizzazione. Tra questi decreti legge, che inizialmente sono luogotenenziali e poi del Capo provvisorio dello Stato, troviamo i provvedimenti che cercano di combattere la tubercolosi, di modificare le disposizioni circa l’assicurazione delle malattie tra i lavoratori dell’industria e dell’agricoltura, di organizzare le operazioni di bonifica in chiave antimalarica in Sardegna, di riorganizzare e disciplinare l’esercizio delle professioni sanitarie e le concessioni a vita delle farmacie, insieme alla costruzione di laboratori per la produzione della penicillina e lo stanziamento di fondi alla Croce Rossa Italiana, oltre che la sua riorganizzazione in tempi di pace[882].
Per quanto riguarda l’assistenza sanitaria la Croce Rossa è stata fondamentale in quegli anni. Quest’ente, come messo in luce nel primo capitolo, è nato in Svizzera dall’attivismo filantropico di matrice protestante, di cui un apporto significativo è stato dato anche da Luis Appia, membro influente della Chiesa valdese.
La Croce Rossa, insieme alla Santa Sede, in un clima di collaborazione, sono stati i principali protagonisti dell’assistenza a militari e civili in Italia durante la guerra e negli anni immediatamente successivi. Ma per giungere a tale collaborazione fattiva, la Croce Rossa e la Santa Sede, ispirati da differenti orientamenti ideali, hanno dovuto mettere da parte alcuni motivi di diffidenza che nutrivano reciprocamente, come ad esempio la presenza di elementi massoni ed evangelici nella Croce Rossa[883].
La Santa Sede, in un paese spaccato e in piena guerra civile dal ’43 al ‘45, si è fatta anche portavoce delle istanze della maggioranza della popolazione, mediando anche a livello internazionale le sorti dell’Italia alla fine del conflitto. Questo ha permesso al neocostituito partito della Democrazia Cristiana, sorto sulle ceneri del Partito Popolare[884], di inserirsi come protagonista politico dell’Italia del dopoguerra insieme agli altri due partiti che maggiormente avevano guidato la lotta di liberazione, il Partito Socialista e il Partito Comunista. Nell’immediato dopoguerra, con ancora in piedi il Regno d’Italia, si ha un governo d’unità nazionale, con a capo proprio Alcide De Gasperi, fondatore della Democrazia Cristiana, che resta capo del governo anche con il primo governo della Repubblica sorta dal referendum del 2 giugno 1946. Con questo secondo governo provvisorio De Gasperi ha inizio la fase della Costituente, in cui la Democrazia Cristiana ebbe un ruolo da protagonista, avendo la maggioranza dei seggi all’Assemblea.

---

[881] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, pp. 131-133.
[882] *Provvedimenti di Sanità Pubblica emanati dall’8 settembre 1943 al 31 dicembre 1947*, in AA.VV, *Cent’anni fa la sanità. La legge Crispi – Pagliani del 1888*, Milano, Nuova CEI, 1988, pp. 32-33.
[883] Varnier, G. B., *Il prezzo del silenzio per realizzare un servizio umanitario a favore dei perseguitati razziali: Croce Rossa e Vaticano nella Seconda guerra mondiale* in «Rivista di Studi Politici Internazionali», v. 71, n. 3, Luglio-Settembre 2004, p. 525.
[884] Ferrari, A., cit, p. 44.

Nei primi anni del dopoguerra, nel mondo evangelico vengono promosse azioni che mirano al ristabilimento delle libertà esercitate prima del fascismo. Sono in particolare i valdesi che si impegnano maggiormente: con il Sinodo del 1945 viene manifestato chiaramente il desiderio che l'Assemblea Costituente abolisca il vecchio Stato confessionale[885]. La prima richiesta avanzata dalla Tavola valdese agli organi della nuova democrazia in Italia è il miglioramento delle leggi di polizia e l'abrogazione della legge sui culti ammessi. A causa della poca pressione esercitata dai rappresentanti delle varie Chiese evangeliche e soprattutto per la mancanza di sensibilità verso questo problema dimostrato dalle autorità alleate e dagli organi del Governo italiano, queste leggi non vengono abolite dai primi governi militari alleati né successivamente dai membri del governo italiano restaurato. Tuttavia, per la caduta di tutte le restrizioni imposte dal regime fascista durante il periodo di liberazione, nasce, in seno alle Chiese evangeliche, la speranza che il processo avviato dal Risorgimento per garantire una piena e totale libertà religiosa, possa finalmente essere completato dall'Assemblea Costituente italiana[886].

In virtù del mandato del '45 della Tavola valdese, nel 1946 viene istituito a Roma un Consiglio federale delle Chiese evangeliche in Italia, che vede l'adesione dei valdesi, dei metodisti wesleyani ed episcopali, dell'Opera evangelica battista d'Italia e della Missione battista della Spezia. Tra gli obiettivi del Consiglio vi è la promozione e la salvaguardia della libertà religiosa all'interno del quadro legislativo, affinché venga tutelata nella sua interpretazione e applicazione presso le autorità competenti, sia a livello centrale che periferico dello Stato. Per ottimizzarne il funzionamento, viene istituito un Ufficio legale. La Tavola valdese enfatizza il bisogno di «una assoluta libertà di coscienza e di religione, di un'autonomia totale delle Chiese rispetto allo Stato, nonché di una neutralità e imparzialità da parte dello Stato, che dovrebbe essere aconfessionale e privo di qualsiasi ingerenza religiosa»[887].

Tra gli ebrei italiani, nonostante le cicatrici indelebili inflitte dalle persecuzioni, ha preso avvio la riflessione sulle prospettive del loro futuro in un'Italia ritornata alla democrazia. Ben presto si rendono evidenti i segnali di una netta divergenza di opinioni riguardo al destino delle strutture istituzionali e delle organizzazioni create durante il regime fascista.

La questione principale riguarda la compatibilità di un ordinamento di tipo pubblico, che, pur cercando di tutelare il gruppo, limita evidentemente la libertà individuale, con il nuovo regime democratico. Questa imposizione eredita i frutti delle scelte che le Comunità ebraiche avevano operato nel periodo antecedente le discriminazioni, coerentemente con la cultura giuridica che si era affermata in Italia durante la transizione dal liberalismo al regime autocratico[888].

La dirigenza temporanea dell'Unione ebraica rivela una posizione chiara e netta. Già dopo la caduta del regime fascista, essa si impegna con determinazione per difendere la legge del 1930, reclamandone la paternità da parte del mondo ebraico, minimizzando il contesto in cui era sorta e, quindi trascurando le condizioni dell'accordo con il fascismo che avevano permesso questo tipo di legislazione.

Di conseguenza, durante il dibattito, sia prima che durante le sessioni dell'Assemblea Costituente, non ci sono accenni da parte ebraica a una possibile riforma dell'assetto giuridico delle comunità, concentrando invece il confronto sui temi dell'uguaglianza e della libertà religiosa[889].

---

[885] Vinay, V., cit, p. 423.

[886] Peyrot, G., *Gli evangelici nei loro rapporti con lo Stato dal fascismo ad oggi*, cit, p. 17.

[887] Cit. in Vinay, V., cit, p. 423.

[888] Dazzetti, S., *L'autonomia delle comunità ebraiche italiane nel Novecento. Leggi, intese, statuti, regolamenti*, cit, p. 99

[889] Ibi, pp. 99-100.

Negli anni Cinquanta, la gestione della sanità si trova inserita in un contesto di notevole disfunzione. In un periodo caratterizzato da una mutualità sostanzialmente stabile, la protezione sanitaria è sostenuta da un sistema improntato a criteri di mera assicurazione contro la malattia, risultando così inadeguato per rispondere efficacemente alle necessità di una vera e propria promozione della salute[890].

Lo Stato non compie un passo decisivo e responsabile nella salvaguardia della salute dei propri cittadini, né si adatta ai progressi nelle strategie di lotta contro le nuove malattie sociali. Si privilegiano piuttosto interventi finalizzati a offrire ai pazienti un aiuto per riparare i danni causati da queste malattie. Tali interventi possono variare in complessità e intensità, spaziando dalla semplice farmacoterapia ambulatoriale a interventi chirurgici complessi in strutture specializzate; interventi, in questo secondo caso, considerati il massimo in termini di innovazione tecnologica, ma che operano principalmente sugli effetti piuttosto che sulle cause di problematiche che necessiterebbero di una prevenzione prima di ogni terapia. Si tratta, in sintesi, di interventi che, frequentemente, comportano costi significativi legati al consumo di farmaci, alla degenza ospedaliera, all'allocazione di personale e all'uso di apparecchiature specializzate[891].

Si compie una scelta limitata, che ignora la trasformazione epidemiologica in corso; come ci si rifiuta di adattarsi a questo cambiamento, così si decide di mantenere invariato il modello di assistenza e previdenza. Si opta per proseguire con il vecchio sistema mutualistico. La mutualità si diffonde rapidamente a causa di una chiara scelta politica, motivata da un obiettivo nobile come l'ampliamento dell'assistenza sanitaria per tutta la popolazione. Tuttavia, invece di orientare le misure legislative e le risorse finanziarie verso tale scopo, la scelta predominante è stata quella di dar vita a enti specifici per ogni categoria protetta, commettendo nuovamente gli stessi errori del passato regime fascista[892].

La legge n. 235 del 3 aprile 1957 recante *Prelievo di parti del cadavere a scopo di trapianto terapeutico* cerca di adeguare la normativa in materia con le nuove scoperte scientifiche in tema di trapianti. Non si evincono però, nel periodo qui analizzato, dei dibattiti morali-religiosi sul tema, anche se il progredire della ricerca scientifica in materia porta in futuro a non pochi dibattiti etici e religiosi per le possibilità che aprirà nell'ambito della cura.

Con la legge del 13 marzo 1958, n. 296, è creato il ministero della Sanità, strutturato in cinque direzioni generali, un organico centrale composto da centinaia di dipendenti e una rete periferica che si estende negli uffici dei medici provinciali e nei servizi sanitari dei Comuni. Il ministero si avvale del Consiglio superiore di sanità come organo scientifico e tecnico.

Il nuovo ministero risponde alle aspirazioni di lunga data di una politica sanitaria nazionale più coesa e articolata. Subentrando all'ormai soppresso Alto Commissariato per l'igiene e la sanità, di cui prende in carico e amplia le competenze, si presenta più come un elemento burocratico che come un'iniziativa politica. Questa situazione genera diversi conflitti di competenze con il ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, che continua a gestire organismi come Inps, Inail e Inam[893]. Tuttavia, questa nuova istituzione rappresenta anche un'opportunità per fare un bilancio della situazione attuale. Nel 1958 la situazione della sanità pubblica risulta essere piuttosto critica dal punto di vista assistenziale. Nei tredici anni successivi al conflitto e fino alla creazione del nuovo ministero, sono state promulgate circa cento leggi e decreti riguardanti la sanità. Questi provvedimenti, pur essendo tutti necessari e opportuni, vanno a formare un mosaico incompleto, con molte tessere

[890] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 135.
[891] Ibidem.
[892] Ibidem.
[893] Ibi, p. 136.

mancanti e altre mal collegate tra loro, in un quadro normativo composto da circa duecentocinquanta leggi e disposizioni dello Stato che governano le questioni assicurative, assistenziali e previdenziali, tra cui molte del periodo fascista[894].

Per quanto riguarda i rapporti tra Stato e confessioni religiose, ci troviamo negli anni del «confessionismo di costume»[895]. Fino alla seconda metà degli anni '50, si può osservare una certa resistenza da parte dei pubblici poteri nell'attuare le norme della Costituzione[896]; ci sono significative restrizioni alla libertà di praticare culti non cattolici, in particolare quelli protestanti, caratterizzate da un'interpretazione e un'applicazione della legislazione che ricordano il periodo fascista. Il governo, guidato da un partito di orientamento cattolico, che segue le indicazioni delle autorità ecclesiastiche, sembra mettere in pausa i principi costituzionali. Parallelamente, si instaura un confessionismo di fatto, che pur non essendo esplicitamente visibile nella raccolta delle leggi, influisce profondamente sulla società italiana[897].

Il perdurare di manifestazioni di intolleranza religiosa negli anni successivi al 1948 viene denunciato, ma la sua gravità è senz'altro maggiore perché si colloca in un contesto democratico[898]. L'intolleranza manifestata dai cattolici nei confronti degli evangelici, che si verifica durante la rinascita democratica dell'Italia, non può essere ridotta a una semplice conseguenza della chiusura dei governi dell'epoca. In queste dinamiche si riflette piuttosto una persistenza di sentimenti ostili verso gli evangelici tra i cattolici, nonché una generale mancanza di rispetto per i principi di libertà religiosa[899]. Proprio per la continuazione di questi atti d'intolleranza, nel 1948, anche le comunità avventiste, pentecostali, la Chiesa dei Fratelli e l'Esercito della Salvezza si uniscono nel richiedere al Consiglio federale delle chiese evangeliche di farsi loro portavoce presso il governo per tutte le questioni di rilevanza condivisa[900].

Nel corso degli anni Cinquanta, il Consiglio federale sollecita più volte l'inizio di negoziati con il governo per raggiungere un'Intesa. Tuttavia, si scontra con la resistenza da parte del Ministero dell'Interno, responsabile anche dell'applicazione dell'articolo 8, comma 3 della Costituzione[901].

Il vero e proprio punto di svolta a favore della libertà religiosa è l'entrata in funzione della Corte costituzionale nell'aprile del 1956. Viene sancita l'illegittimità dell'art. 25 del testo unico di pubblica sicurezza, sull'obbligo di preavviso per funzioni, cerimonie e pratiche religiose in luoghi aperti al pubblico. Viene dichiarato incostituzionale anche l'art.18 del testo unico di pubblica sicurezza, per la parte riguardante le riunioni private e quelle in luogo aperto al pubblico[902].

Negli anni Cinquanta, si percepisce che le comunità ebraiche, nonostante le numerose difficoltà, sono riuscite a superare le sfide legate alla guerra e al periodo a essa successivo. Tuttavia, si nota una significativa diminuzione della loro consistenza. Solo a Roma e Milano si contano oltre 6000 membri; a Firenze, Genova, Livorno, Torino, Trieste e Venezia risiedono circa 1200 persone; Napoli e Pisa ne hanno poco più di 500, mentre Alessandria, Ancona, Bologna, Ferrara, Mantova, Modena, Padova, Vercelli e Verona superano appena le 100 unità. Infine, ci sono altre quattro comunità con meno di cento membri ciascuna. Numerosi segnali incoraggianti si affiancano a indicazioni di fatica: la

[894] Ibidem.
[895] Ferrari, A., cit, p. 54.
[896] Madonna, M., *Profili storici del diritto di libertà religiosa nell'Italia post-unitaria*, cit, pp. 54-55.
[897] Ibi, p. 55.
[898] Varnier, G. B., *Fascismo e minoranze religiose: linee di una ricerca,* cit, p. 482.
[899] Scoppola, P., cit, pp. 366-367.
[900] Vinay, V., cit, p. 423.
[901] Ferrari, A., cit, p. 54.
[902] Ibi, p. 55.

Repubblica, emersa dalla Resistenza, affronta con lentezza, in modo discontinuo e con risultati variabili, la sfida di liberare il nuovo ordine costituzionale repubblicano dalle leggi persecutorie del regime fascista. È ovviamente complesso il passaggio da una modifica legislativa a un corrispondente cambiamento socioculturale nella percezione dell'ebreo, propria non solo del periodo fascista, ma anche dei momenti successivi alla sua caduta[903].

3.1.1. Fattore religioso e salute pubblica alla Costituente.

La fase costituente segna un passaggio decisivo anche sotto il profilo della ridefinizione del rapporto tra fattore religioso e sanità. L'emergere dei principi di uguaglianza, libertà religiosa e tutela della salute introduce infatti una tensione nuova tra l'universalismo dei diritti e la persistenza di assetti differenziati tra le confessioni.
Le modalità con cui tali principi vengono tradotti nella prassi istituzionale non risultano tuttavia uniformi, ma risentono del diverso posizionamento delle confessioni e della loro capacità di interagire con le strutture pubbliche, evidenziando come il riconoscimento formale non si traduca automaticamente in una piena parità sostanziale.
Durante i lavori dell'Assemblea Costituente, non si riscontrano istanze in materia sanitaria formulate direttamente dalle confessioni religiose, mentre sono molte le richieste in materia religiosa, che vanno dal mantenimento di un assetto confessionistico da parte della Chiesa cattolica alle istanze di uguaglianza, libertà e mantenimento di sfere separate tra Stato e Chiese da parte dell'Unione delle comunità ebraiche e delle Chiese evangeliche, con quella valdese in testa.
Per gli scopi del nostro discorso, si rende necessario mettere in luce alcuni momenti della fase Costituente e alcuni articoli del testo costituzionale. In particolare, il dibattito all'Assemblea Costituente sul futuro art. 32 della Costituzione sulla tutela della salute, che incrocia pensiero e bisogni etico-religiosi alla materia sanitaria e la situazione nuova portata dalla Costituzione in merito all'assistenza e alla beneficenza poiché, come abbiamo visto nei capitoli precedenti, questo ambito interseca i bisogni sanitari della popolazione con gli interessi delle Ipab, che in buona parte sono patrimonio delle confessioni religiose.
Partendo dal primo punto, focalizziamo l'attenzione sul dibattito all'Assemblea Costituente in merito a quello che sarà l'articolo 32 della Costituzione: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».
Il 28 gennaio 1947 la Commissione per la Costituzione in seduta plenaria approva l'articolo 26 così formulato: «La Repubblica tutela la salute e l'igiene ed assicura cure gratuite agli indigenti. Nessun trattamento sanitario obbligatorio può essere stabilito se non per legge. La legge non può imporre pratiche sanitarie lesive della dignità umana». Alla Commissione e alla Sottocommissione il dibattito si incentra sui temi delle visite pre-matrimoniali, della sterilizzazione come profilassi per malattie ereditarie, della fecondazione artificiale e dell'eutanasia. La formula proposta in Sottocommissione dagli on. Moro (DC) e Paolo Rossi (PSLI) di "non ammettere pratiche sanitarie lesive alla dignità della persona" incontra in Commissione plenaria l'opposizione degli on. Nobile (PCI) e Grassi

[903] Calimani, R., *Storia degli ebrei di Roma: Dall'emancipazione ai giorni nostri*, cit, p. 319.

(Democrazia Nazionale)[904]. Inizialmente approvata, la proposta Moro sul secondo comma viene rimessa nuovamente in discussione, in particolare, durante la discussione generale del Titolo secondo della Parte prima del progetto di Costituzione «Rapporti etico-sociali», il 17 aprile 1947, nella seduta antimeridiana. Questa nuova opposizione è dell'on. Giua (PSI), che ritiene che questo comma sia stato concepito contro le pratiche abortive, in particolare come adottate dai regimi autoritari passati, e pertanto chiede ai proponenti che, pur essendo in disaccordo con loro, invece di essere così generici di esplicitarne il divieto, se è questo che intendono[905]. E poi aggiunge:

> «Ora, se la Carta costituzionale vietando le pratiche lesive della dignità umana rendesse illegale l'intervento del chirurgo nel caso dell'aborto, la missione del medico diventerebbe più difficile, e probabilmente invece di stabilire nella Carta costituzionale un principio a sostegno della salute del popolo, noi stabiliremmo un principio che con la salute del popolo sarebbe in contrasto.
> Da un punto di vista razionale — non c'entra il sentimento religioso, non c'entra la chiesa, […] — io trovo ingiustificata l'inserzione nella Carta costituzionale di una norma come quella formulata nel secondo comma dell'articolo 26»[906].

In risposta, l'on. Corsanego (DC), che fa parte della Sottocommissione che ha redatto l'articolo, precisa che nella formulazione del comma si pensava soprattutto alle pratiche di sterilizzazione obbligatoria adottate dalla Germania nazista[907].
Su cosa debba intendersi per "pratiche sanitarie lesive della dignità umana", la discussione prosegue il 22 aprile 1947, nella seduta pomeridiana, in cui interviene l'on. Cavallotti (PCI) prima domandando all'Assemblea perché questa espressione sia stata inserita nel secondo comma dell'art. 26, e poi proseguendo così:

> «Forse si è pensato alla sterilizzazione, forse all'aborto; forse qualcuno ha pensato a certe pratiche mediche che oggi sono riti religiosi, come la circoncisione, che possono venire interpretate come violazione della dignità personale. Crediamo che questo comma non debba entrare nella Costituzione e che, se mai, di proibizione dell'aborto o della sterilizzazione si debba occupare la legislazione ordinaria»[908].

Il 24 aprile la discussione prosegue passando all'esame degli emendamenti; in questa sede interviene l'on. Martino Gaetano (UDN) per sopprimere, nel secondo comma dell'art. 26, le parole "sono vietate le pratiche sanitarie lesive della dignità umana". A giustificazione della sua richiesta di soppressione l'onorevole dice:

> «[…] cosa vuol dire «pratiche sanitarie lesive della dignità umana»? Si potrebbero fare parecchie ipotesi; ma è meglio per brevità riferirsi senz'altro a quanto ha affermato l'onorevole Moro nella seduta della Commissione del 28 gennaio. Si tratterebbe della «sterilizzazione e di altri problemi accessori». Ma quale sterilizzazione? Sterilizzazione terapeutica, sterilizzazione profilattica sterilizzazione eugenica? Questo non si è detto da nessuno finora. Ora, chi domani volesse interpretare questa legge e tenesse presente che col suo brillante discorso introduttivo l'onorevole Tupini ebbe ad elencare tale norma fra quelle che rappresentano conquiste della Democrazia Cristiana in sede costituzionale, potrebbe pensare che qui si tratti

[904] Corghi, C., *La lunga vigilia della Costituente*, in AA.VV, *Cent'anni fa la sanità. La legge Crispi – Pagliani del 1888*, Milano, Nuova CEI, 1988, p. 30.
[905] *Discussione del Progetto di Costituzione della Repubblica italiana*, Assemblea Costituente, XCII, seduta antimeridiana di giovedì 17 aprile 1947, p. 2973.
[906] Ibidem.
[907] Ibidem.
[908] *Discussione del Progetto di Costituzione della Repubblica italiana*, Assemblea Costituente, CI, seduta pomeridiana di martedì 22 aprile 1947, p. 3215.

della sterilizzazione profilattica ed altri problemi accessori, ai quali non può restare indifferente un partito cattolico.
Infatti la sterilizzazione profilattica, l'aborto terapeutico, le operazioni embriotomiche che, in casi per fortuna rarissimi, ammettono la nostra deontologia clinica e la nostra morale corrente, non sono ammessi in nessun modo dalla Chiesa. A questo proposito è molto esplicita la medicina pastorale. Si tratta, per esemplificare, di questo: in casi particolari una donna gravida non può essere salvata altrimenti che, per esempio, mediante l'aborto e, qualora non venisse questa operazione praticata, morrebbe la donna e morrebbe per conseguenza anche l'embrione o il feto. L'ostetrico si sente autorizzato dalla sua coscienza a praticare l'aborto, ma la Chiesa lo proibisce. *Non sunt facienda mala ut veniant bona*: si legge nella medicina pastorale. Altrettanto esplicita è pure l'Enciclica sul matrimonio cristiano di Pio XI "*Casti connubi*". Il contrasto è davvero insanabile; ed anche l'allocuzione recente di Pio XII (del 12 dicembre 1946) ai membri dell'Unione medico-biologica San Luca ribadisce ancora il punto di vista della Chiesa.
Io non intendo discutere qui la questione né dal punto di vista della Chiesa né dal punto di vista della deontologia clinica perché, a parer mio, si tratta di uno di quei problemi che ognuno deve risolvere secondo la propria coscienza. Non avrò nemmeno il cattivo gusto di propormi il quesito: quanti di noi sarebbero capaci di trovare in sé la forza eroica per assistere inerti alla morte inevitabile della propria moglie o della propria figlia o della propria sorella, sapendo che uno di questi interventi proibiti dalla Chiesa basterebbe a salvare con sicurezza la vita della persona amata. Non avrò questo cattivo gusto. Però un quesito mi propongo e vi sottopongo: questa Costituzione ha da servire soltanto ai credenti, anzi agli eroi della religione, o anche ai credenti tiepidi, ai non credenti, ai miscredenti, ai non cattolici? Ecco il problema.
Mi direte: ma i proponenti di questa norma non intendevano di considerare tutti questi casi; essi intendevano piuttosto riferirsi alla sterilizzazione eugenica. Ma allora bisogna dirlo chiaramente. Bisogna dire: «È vietata la sterilizzazione eugenica». Altrimenti domani chi dovrà interpretare il nostro pensiero quando noi non saremo più qui […] si potrà pensare che noi ci si volesse riferire alla sterilizzazione profilattica e problemi accessori. Badate, onorevoli colleghi, che una norma simile non esiste in nessuna Costituzione del mondo, nemmeno in quella più permeata di spirito cattolico, cioè nella Costituzione irlandese, la quale comincia con l'invocazione alla SS. Trinità […]. E se pure voi voleste, modificando il testo proposto dalla Commissione, vietare esplicitamente la sterilizzazione eugenica, ugualmente vi pregherei di sopprimere questa norma. La sterilizzazione eugenica è infatti contraria alla nostra morale, non è ammessa dalla nostra coscienza. È vero che essa è stata praticata in altri paesi in determinate condizioni. Ma allora, se noi dovessimo proibire quello che Hitler fece in Germania, perché non inserire pure nella Costituzione la proibizione dei campi di concentramento, delle camere a gas, dei plotoni di esecuzione per gli avversari del regime?»[909]

Tale intervento mette in luce il carattere confessionale del secondo comma dell'art. 26, proposto dall'on. Moro, e in particolare la palese ispirazione al pensiero cattolico in merito a ciò che viene definito come pratica sanitaria lesiva della dignità umana.
Nella stessa seduta l'on.
(DC) insieme a Capua (UQ), Codacci Pisanelli (DC), Del Curto (DC), Caso (DC) e Cotellessa (DC) propongono la seguente modifica: «nessuno può disporre del proprio corpo in maniera incompatibile con la dignità umana»[910], allo scopo di affermare a livello costituzionale che la prostituzione rinnega i postulati biologici della riproduzione della specie e dunque va condannata, collegando l'emendamento alla profilassi contro le malattie veneree[911]. L'intervento dell'on. De Maria a difesa di questa proposta ha una inclinazione confessionale: egli sostiene di essere «un clericale che propone

[909] *Discussione del Progetto di Costituzione della Repubblica italiana*, Assemblea Costituente, CII, seduta di giovedì 24 aprile 1947, pp. 3303-3304.
[910] Cit. in Corghi, C., *La lunga vigilia della Costituente,* cit, p. 30.
[911] Ibidem.

alla vostra attenzione uno di quei problemi che dal lato morale e sociale hanno tanta importanza, che non dovrebbero sfuggire agli anticlericali, né trovare la loro opposizione»[912].
L'emendamento presentato da De Maria viene infine ritirato, mentre la proposta dell'on Martino Gaetano di sopprimere il secondo comma dell'articolo 26 viene messa ai voti e non approvata. È invece approvato l'emendamento dell'on. Caronia (DC) nella formula lievemente modificata dall'on. Leone Giovanni (DC): «la quale, però, non può violare i limiti imposti dal rispetto della personalità umana»[913].
Nella versione definitiva, l'art. 32 afferma la tutela del diritto di libertà e la difesa della dignità personale. I destinatari di tale disposizione sono sia i cittadini sia lo Stato, in relazione alle sue funzioni legislativa e amministrativa, in quanto nessuna legge può compromettere la dignità del cittadino. Il testo si riferisce sia alla protezione della salute individuale che a quella collettiva, ed è orientato a garantire un intervento preventivo a favore della società. Solo la legge può imporre a un individuo di sottoporsi a un trattamento sanitario, ma è comunque vietato al legislatore oltrepassare, in qualsiasi circostanza, i limiti che tutelano la persona[914].
La formula costituzionale di "dignità umana" si arricchisce grazie alla valutazione di molteplici fattori, sia ambientali che culturali, tra cui figurano in modo significativo lo Stato e la diffusione delle conoscenze scientifiche. Tuttavia dominano anche le convinzioni religiose.
All'Assemblea Costituente la questione, sul concetto di dignità umana, viene affrontata principalmente come un dilemma di natura religioso-cattolica, piuttosto che etico-sociale. Questo è un dato di fatto indiscutibile; tuttavia, se si riconosce come afferma Carlassare che «il limite del rispetto della persona umana» deve essere determinato «considerando l'opinione pubblica dominante su problemi concreti nel periodo storico di cui si tratta»[915], diventa chiaro che il punto di vista religioso-cattolico ha un ruolo cruciale. Poiché la confessione cattolica è la più influente, le convinzioni ad essa associate non possono non riflettersi sul sentire collettivo, contribuendo a modellare quella opinione pubblica che, in definitiva, risulta fondamentale per definire i limiti stabiliti nella Costituzione[916].
Il significato di questo limite va oltre le specifiche circostanze che hanno portato alla creazione della norma e si estende a una serie di situazioni che potrebbero emergere in futuro a causa del progresso scientifico, come si vedrà nei capitoli successivi affrontando i diversi temi tipici dell'indagine bioetica. Il rispetto per la dignità della persona e l'importanza attribuita all'individualità nel suo libero sviluppo sembrano escludere la legittimità di qualsiasi forma di trattamento che possa essere vista come una «pianificazione» dell'essere umano, finalizzata alla sua migliore utilizzazione[917].

3.1.2. Costituzione della Repubblica, confessioni religiose e assistenza.

Per quanto riguarda l'innovazione apportata dalla Costituzione del '48 in tema di assistenza, questa si fonda su principi completamente diversi da quelli che avevano guidato sia il legislatore del 1890

[912] *Discussione del Progetto di Costituzione della Repubblica italiana*, Assemblea Costituente, CII, seduta di giovedì 24 aprile 1947, p. 3304.
[913] *Discussione del Progetto di Costituzione della Repubblica italiana*, Assemblea Costituente, CII, seduta di giovedì 24 aprile 1947, p. 3311.
[914] Corghi, C., *La lunga vigilia della Costituente,* cit, p. 30.
[915] Carlassare, L., *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in Alessi, R., (a cura di), *L'Amministrazione sanitaria*, Milano, Neri Pozza editore, 1967, p. 113.
[916] Ibidem.
[917] Ibidem.

che quello fascista. I presupposti storico-politici della legge del 1890 possono dirsi superati, in particolare il giurisdizionalismo, e vi è una nuova valorizzazione delle formazioni sociali, che contrasta nettamente con la diffidenza del passato[918].

A differenza degli ordinamenti giuridici e regimi politici precedenti, la Costituzione repubblicana pone al centro la persona umana, vista non solo come un individuo che opera all'interno di un ordinamento statale focalizzato esclusivamente sulla protezione del singolo, o come una parte di una realtà totalizzante propria delle teorie dello Stato etico. Piuttosto, la persona è considerata come un soggetto che si realizza all'interno di comunità sempre più articolate. Nella natura umana si manifesta una complessità di bisogni che si ricollegano a una gerarchia di valori, la quale richiede diversi ordinamenti per assicurare un livello di soddisfazione che né l'iniziativa individuale né quella statale possono garantire da sole. Questi ordinamenti sono molteplici e coinvolgono vari ambiti, compresi i contesti delle comunità locali. Tutto ciò si allinea con l'obiettivo di promuovere l'autonomia locale e il decentramento[919]. Con l'entrata in vigore della Costituzione repubblicana, si è progressivamente rafforzata l'idea di uno Stato improntato alla solidarietà e al sociale. Questo ha portato a consolidare la convinzione che l'assistenza sia un obiettivo fondamentale dello Stato, poiché mira a soddisfare un interesse pubblico e collettivo[920] e allo stesso tempo orientandosi verso un ordinamento caratterizzato dai principi del solidarismo, il pluralismo e il personalismo[921].

La Costituzione della Repubblica Italiana contiene numerose disposizioni attinenti la materia assistenziale. In particolare, l'art. 2 segna in modo inequivocabile il progresso realizzato dalla Costituzione. Esso recita: «La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale».

Con questo approccio, si superano le idee tipiche dell'Ottocento, che volevano lo Stato liberale neutrale e astensionista, arbitro imparziale nei conflitti tra individui. Si passa così alla visione dello Stato solidarista e sociale, il quale interviene attivamente a sostegno degli individui e delle categorie sociali più vulnerabili. L'obiettivo di questo nuovo modello non è solo di rispettare formalmente i diritti, ma di garantire una vera e propria eguaglianza sostanziale[922].

Le formazioni sociali vengono valorizzate attraverso il riconoscimento e la tutela che la Repubblica riserva ai diritti inalienabili dell'individuo, fondamentali per lo sviluppo della personalità umana. Di conseguenza, tali formazioni sociali – inclusi i gruppi di carattere religioso – devono avere la libertà di organizzarsi e di perseguire i propri obiettivi, nel rispetto dei principi di legalità civile e penale. Lo Stato potrà intervenire solo nei casi in cui si dimostri una reale incapacità da parte di queste formazioni nel raggiungere le finalità prefissate[923].

In ragione dell'integralità della persona, costituita dai suoi diritti inalienabili affermati nell'articolo 2, l'elemento religioso può entrare a qualificare attività e servizi sociali, che in virtù del principio di laicità e della distinzione di competenze fra autorità civile e autorità religiosa non viene ricondotto fra i bisogni il cui soddisfacimento rientra nei compiti propri dello Stato[924].

---

[918] Ottaviani, A., cit, p. 36.

[919] Dalla Torre, G., *L'attività assistenziale della Chiesa nell'ordinamento italiano. Aspetti dogmatici e spunti ricostruttivi*, cit, p. 100.

[920] Ibi, p. 95.

[921]Ottaviani, A., cit, p. 36.

[922] Dalla Torre, G., *L'attività assistenziale della Chiesa nell'ordinamento italiano. Aspetti dogmatici e spunti ricostruttivi*, cit, p. 85.

[923] Ottaviani, A., cit, pp. 35-36.

[924] Dalla Torre, G.*, L'attività assistenziale della Chiesa nell'ordinamento italiano. Aspetti dogmatici e spunti ricostruttivi*, cit, p. 87.

Riconosciuto che l'intervento assistenziale si rivolge all'individuo nella sua totalità e affermata la sua legittima aspettativa di ricevere specifiche prestazioni tutelate giuridicamente, ne consegue che il sistema normativo ha l'obbligo di organizzare e garantire servizi che, quando necessario, siano "personalizzati", in grado cioè di rispondere adeguatamente ai bisogni del beneficiario[925]. Inoltre, la questione assume un'importanza specifica quando si parla di privati che gestiscono attività assistenziali religiosamente orientate. Infatti, in tali situazioni, la qualità del servizio offerto risulta distintamente diverso rispetto a quelli, seppur similare, forniti da enti pubblici o privati privi di una connotazione religiosa. Questo tipo di assistenza è in grado di soddisfare in modo completo i bisogni per cui è finalizzato. Pertanto, per garantire che l'assistenza risponda adeguatamente alle esigenze dei beneficiari, è fondamentale assicurare la presenza di una varietà di servizi sociali e, di conseguenza, di diversi gestori, ad esempio quando le prestazioni assistenziali possono essere influenzate da principi etici e religiosi[926].

In considerazione dell'articolo 2, emerge quindi un interesse pubblico a garantire l'esistenza degli enti di assistenza connotati religiosamente. Questo interesse implica che lo Stato debba attuare una serie di interventi mirati a favorire le condizioni affinché queste organizzazioni possano realizzare i propri scopi[927].

Con l'art. 5 – ai sensi del quale «La Repubblica, una e indivisibile, riconosce e promuove le autonomie locali; attua nei servizi che dipendono dallo Stato il più ampio decentramento amministrativo; adegua i principi ed i metodi della sua legislazione alle esigenze dell'autonomia e del decentramento» – si pianifica un ampio processo di decentramento amministrativo, stabilendo come principio guida l'adattamento dell'ordinamento giuridico alle necessità delle autonomie locali e al trasferimento delle funzioni[928]. Questo è in relazione con le disposizioni costituzionali che disciplinano il decentramento amministrativo a livello regionale, in particolare gli articoli 117 e 118 della Costituzione. È importante sottolineare, per quanto concerne il nostro tema, che tra le funzioni legislative e amministrative delle regioni è inclusa la materia specifica dell'assistenza sanitaria e ospedaliera.

Da parte cattolica, da un lato, si riconosce la necessità di superare l'orientamento passato:

> «La formazione storica dell'Italia ha segnato le regioni nelle quali essa resta divisa, di un proprio e inconfondibile carattere, che si manifesta ancora oggi, dopo tanti anni di unità nazionale, nella diversità degli atteggiamenti spirituali e delle attitudini delle rispettive popolazioni, come per l'addietro si era manifestata nella letteratura, nell'arte e nell'intensità delle manifestazioni religiose. E […] riconoscere che la politica livellatrice seguita dai governi nazionali, succedutisi dopo l'unificazione, e l'assoggettamento di tutte le provincie alle direttive troppo unitarie di uno Stato fortemente centralizzato, abbiano nociuto allo sviluppo lineare delle prerogative regionali, deviandone sovente il corso verso forme meno consentanee alla loro indole nativa, e che perciò stesso abbiano non poco impoverito la ricchezza e la varietà della cultura italiana, costringendola entro una cornice troppo uniforme»[929].

Dall'altro lato, si vedono diversi inconvenienti nell'erezione dei nuovi enti regionali:

> «[..] la ripartizione regionalistica minaccia di spezzare l'unità dello Stato. Questa unità interna si regge tanto sull'adesione spirituale dei cittadini, dalla quale procede quel vivo sentimento di appartenenza al

[925] Ibi, pp. 91-92.
[926] Ibi, p. 92.
[927] Ibi, p. 102.
[928] Belgiorno de Stefano, M. G., cit, p. 128.
[929] Messineo, A., *La Costituzione della Repubblica*, «La Civiltà Cattolica», Anno 99, v. II, 17 Aprile 1948, pp. 137-138.

> medesimo aggregato politico, i cui destini e le cui vicende si avvertono come destini e vicende di interesse comune, quanto sulla omogeneità delle leggi e delle direttive, che interpretano lo spirito del popolo e rispondono ai postulati della coscienza collettiva. Tutto quello che può in qualche modo diminuire o attenuare tale unione psicologica, diminuisce ed attenua la coesione del sentimento nazionale, e si riflette pericolosamente sulla saldezza della compagine dello Stato. Ora il pericolo, che si cela nelle autonomie regionali, consiste nel possibile affievolimento di siffatta unione, a causa dell'insorgenza di avversioni campanilistiche e di egoismi locali, che potrebbero determinare»[930].

Un ulteriore cambiamento significativo rispetto al passato è rappresentato, come si è detto, dall'abbandono del principio giurisdizionalista, come evidenziato dalle disposizioni degli articoli 7, 8 e 20, che impediscono, tra le altre cose, l'introduzione di trattamenti svantaggiosi o addirittura il divieto per le confessioni religiose di svolgere la propria attività nel settore dell'assistenza[931].
In particolare, l'art. 20 della Costituzione dispone che: «il carattere ecclesiastico ed il fine di religione o di culto di una associazione od istituzione non possono essere causa di speciali limitazioni legislative né di speciali gravami fiscali per la sua costituzione, capacità giuridica ed ogni forma di attività».
Questa disposizione viene approvata dall'Assemblea Costituente senza emendamenti e senza discussioni il 14 aprile 1947. In sede di prima Sottocommissione l'on. Dossetti rileva che:

> «tale articolo vuole, quindi, affermare un concetto negativo, che cioè il carattere ecclesiastico o lo scopo di culto non possono essere causa di un trattamento odioso a danno degli enti stessi. La norma si giustifica non solo come esigenza particolare degli enti ecclesiastici della Chiesa cattolica ma anche degli enti religiosi non appartenenti alla Chiesa cattolica, tanto è vero che essa è stata invocata da appartenenti a Chiese non cattoliche»[932].

La personalità giuridica degli enti ecclesiastici può essere influenzata da tutte le normative restrittive applicabili agli enti morali; tuttavia, secondo quanto stabilito in questo articolo, non può essere soggetta a misure particolari solo perché si tratta di un ente ecclesiastico[933].
Va infine menzionato l'art. 38 cost. che stabilisce che: «ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto di mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita, in caso di infortunio, malattia, invalidità, vecchiaia e disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera». Con l'ultimo comma, che riconosce la libertà di fornire assistenza privata, si legittima la presenza di iniziative di assistenza private in parallelo a quelle pubbliche, promuovendo un pluralismo sia delle istituzioni che all'interno delle stesse. In questo modo si afferma, in contrasto con il sistema precedente, il principio del pluralismo, inteso non solo come diversità di istituzioni all'interno dell'ordinamento, ma anche come varietà di forme di assistenza pubblica e privata offerte da queste istituzioni[934]. Il costituente lasciando libera l'attività privata di assistenza ha voluto dare una tutela anche alle finalità

[930] Ibi, p. 138.
[931] Ottaviani, A., cit, p. 35.
[932] *Discussione su La libertà di opinione, di coscienza e di culto*, Assemblea Costituente, Commissione per la Costituzione, Prima Sottocommissione, seduta pomeridiana di giovedì 19 dicembre 1946, p. 503. Per approfondimenti, cfr. Decimo, L., *Le organizzazioni religiose nel prisma costituzionale dell'art. 20*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2018.
[933] Ottaviani, A., cit, p. 35.
[934] Ottaviani, A., cit, p. 35.

assistenziali-religiose, garantendo l'attività delle istituzioni ed associazioni ecclesiastiche operanti nel settore, in conformità dei principi fideistici e caritativi delle confessioni religiose[935].

3.2. Le confessioni religiose e l'ambito medico-sanitario.

La Chiesa cattolica, di fronte a una forte accelerazione nella trasformazione della società, si ritrova a fare i conti con un indebolimento della morale tradizionale della famiglia che la porta, soprattutto con il ministero di Pio XII, a riaffermare la dottrina cattolica soprattutto in tema di procreazione. Di Pio XII va però ricordata anche l'attenzione a medici e professionisti sanitari, per rispondere agli interrogativi su pratiche e comportamenti che lo sviluppo della scienza medica e il cambiamento degli stili di vita nella società italiana portano tra i fedeli cattolici.
La Chiesa valdese è impegnata in quegli anni soprattutto sul versante interno, a rafforzare i propri enti di assistenza e a cercare di superare una crisi di adesione al ministero delle diaconesse, figure fondamentali nell'impegno assistenziale della Chiesa.
Infine, le comunità ebraiche fanno i conti con il rafforzamento dei loro enti di assistenza sopravvissuti al periodo delle discriminazioni e della Shoah, in modo da garantire un servizio religiosamente connotato in una società ancora diffidente e in certi casi discriminante nei loro confronti.

3.2.1. La Chiesa cattolica.

Per quanto riguarda le istituzioni di assistenza e beneficenza, la Chiesa cattolica continua a detenere un forte controllo e una maggioranza preponderante in fatto di numeri. Grazie a questa diffusione capillare nel paese è stato possibile sostenere la popolazione nel primo periodo postbellico.
Insieme alla Croce Rossa, la Chiesa cattolica è stata protagonista, infatti, in termini di assistenza sanitaria negli anni della guerra e subito dopo, distribuendo ai ricoverati in case di cura e ospedali pacchi alimentari, fiale di atebrina e compresse antimalariche[936]; con la Pontificia Commissione di Assistenza, inoltre, sono state effettuate 200.000 visite mediche e distribuiti centinaia di milioni di medicinali a centinaia di migliaia di assistiti[937].
Nel 1950 l'Istituto Centrale di Statistica pubblica un'indagine che mostra come questa presenza della Chiesa nell'ambito dell'assistenza sia numerosa e in crescita: infatti risulta che dal 1870 circa a tutto il maggio 1948 sono stati fondati in Italia 6.607 istituti di ricovero, di cui 1.459 fondati tra il 1926 e il 1943 e 698 nel periodo 1944-maggio 1948, con una media mensile rispettivamente di 6,82 e di 13,17, con un aumento quindi del 93,1 per cento. Nel 1948 gli istituti di ricovero dipendenti da istituzioni religiose cattoliche sono 3.030, con oltre 178 mila ricoverati.
Tra gli istituti cattolici presenti in Italia, 8 sono per ciechi, 28 per sordomuti, 45 per persone con disabilità fisiche e psichici (su un totale di 101 istituti a ciò dedicati); le colonie permanenti, gli ospizi marini e i preventori sono in totale 24; vi sono infine 6 istituti per gestanti povere e 493 per vecchi e inabili al lavoro[938].
Uno degli esempi di enti di assistenza sanitaria di orientamento cattolico sorti in questi anni è l'ambulatorio per le malattie dell'apparato digerente e la diagnosi precoce dei carcinomi dell'Ordine di Malta, che ha aperto a Roma anche un ambulatorio pediatrico e un altro per diabetici. In questi

[935] Belgiorno de Stefano, M. G., cit, p. 129
[936] *Cronaca contemporanea. Santa Sede*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 98, v. I, 18 gennaio 1947, p. 161.
[937] Ibi, p. 162.
[938] *Cronaca contemporanea. Italia*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 101, v. II, 20 maggio 1950, pp. 490-491.

ambulatori le tariffe sono inferiori a quelle degli ospedali civili e delle cliniche universitarie, e la prestazione è gratuita in caso di necessità[939].

Per rendersi conto della pervasività dell'assistenza cattolica nella sanità italiana, non si devono considerare i soli enti ecclesiastici o gli enti di assistenza di derivazione cattolica, ma occorre guardare anche al laicato cattolico che opera in ospedali, in case di cura e di riposo o a domicilio. Questo è il caso di associazioni quali la Compagnia delle Dame di carità, le Conferenze di San Vincenzo e l'Opera Nazionale Assistenza Religiosa e Morale agli Operai[940], oltre alle numerose associazioni cattoliche di professionisti sanitari: medici, infermieri, ostetriche e farmacisti.

Il periodo postbellico e l'emergere di un regime democratico e repubblicano mettono in discussione il ruolo predominante della tradizione cattolica, creando un contesto culturale in cui si vanno affermando valori e comportamenti diversi da quelli «latini e cattolici»[941], molto celebrati, invece, durante i vent'anni di autarchia fascista. Il contrasto tra il blocco occidentale, rappresentato principalmente dagli Stati Uniti e dai suoi alleati, e quello sovietico, guidato dall'Unione Sovietica, si manifesta in modo significativo nei valori e nei modelli di vita che ciascuno di essi promuove.

In questo contesto, la Democrazia Cristiana diviene un attore centrale in Italia. Sostenuto dalla Santa Sede, il partito si impegna a mantenere il paese all'interno della sfera di influenza americana, cercando di contrastare l'espansione del comunismo. Tuttavia, questo allineamento è politico e non anche ideologico. Da un lato, c'è la necessità politica di sostenere il blocco occidentale per garantire la sicurezza e la ricezione di aiuti economici. Dall'altro, c'è una forte resistenza a un'accettazione incondizionata degli stili di vita americani, che vengono considerati in contrasto con le tradizioni e i valori cattolici. Questo conflitto interno rende difficile la costruzione di un consenso su temi etici e sociali all'interno del Paese[942].

Per quello che riguarda gli scopi di questa tesi, i pronunciamenti del papa sul tema sanitario sono molteplici, così come gli interventi a congressi sulle scienze medico-sanitarie e gli incontri con i rappresentanti delle categorie sanitarie che, come abbiamo affermato, sono un fattore determinante dell'influenza del mondo cattolico sulla sanità italiana.

Nel 1949, all'Assemblea Mondiale della Sanità svoltasi a Roma, Papa Pio XII riceve i rappresentati delle diverse nazioni ai quali esprime quello che per la Chiesa cattolica è il senso profondo del termine "sanità", che non è esclusivamente negativo «cioè di semplice esclusione della malattia corporale e di vizi fisici, come se la sanità mentale non dicesse nient'altro che l'assenza di ogni alienazione od anomalia»[943], ma interessa positivamente come benessere spirituale e sociale dell'umanità. In questo senso la questione della sanità sorpassa il quadro della biologia e della medicina e viene collocata dal pontefice nella sfera della morale e della religione. «La Chiesa – egli dice - lungi dal considerare la sanità come un oggetto di ordine esclusivamente biologico, ha sempre messo in rilievo l'importanza delle forze religiose e morali»[944].

Come già rilevato, fin dall'Ottocento, una categoria di cui la Chiesa cattolica ha maggiormente ricercato il consenso e a cui i pontefici hanno dedicato particolare attenzione è quella dei medici.

---

[939] *Cronaca contemporanea. Santa Sede*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 102, v. I, 3 marzo 1951, pp. 572-573.

[940] Caprile, G., *Dati e rilievi sull'attività assistenziale in Italia*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 104, v. IV, 17 ottobre 1953, p. 83.

[941] Pattuzzi, A., cit, p. 18.

[942] Ibidem.

[943] *Cronaca contemporanea. Santa Sede.* «La Civiltà Cattolica», Anno 100, v. III, 16 luglio 1949, p. 173.

[944] Ibidem.

Padre Gemelli, sacerdote e medico, menzionato più volte, è stato definito persino «un creatore di medici»[945]. A lui si deve probabilmente il contributo più significativo del pensiero cattolico alla professione medica nel secondo dopoguerra con la creazione della facoltà di Medicina e Chirurgia all'interno della istituzione da lui ideata, l'Università Cattolica del Sacro Cuore. Nel '58, Gemelli scrive:

> «Noi cattolici vogliamo una Facoltà medica cattolica, perché siamo, per grazia di Dio, in un paese cattolico, e vogliamo che la carità che si ispira al nome di Cristo venga esercitata per i nostri malati in guisa di sollevarli dalla tristezza in cui la malattia li ha costretti»[946].

Il 4 agosto dello stesso anno, il presidente della Repubblica Giovanni Gronchi firma il decreto che istituisce ufficialmente la facoltà con sede a Roma. L'inaugurazione si svolge il 5 novembre 1961 e nel 1964 ha inizio l'attività didattica, assistenziale e di ricerca nel Policlinico universitario a lui intitolato. «Padre Gemelli ha legittimato di fatto il monopolio cattolico sulla religiosità del medico, come se questa religiosità sia un appannaggio esclusivo del medico cattolico»[947].
Pio XII in quegli anni profonde un particolare impegno nei confronti dei medici. Nel 1944 è fondata a Roma l'Associazione medici cattolici italiani (AMCI), un'associazione privata di fedeli, che ai sensi dell'articolo 2 del suo statuto «trova in Gesù Cristo, medico del corpo e dello spirito, il fondamento della propria spiritualità»[948]. Il 29 settembre 1949, si svolge a Roma il IV Congresso internazionale dei medici cattolici, che vengono ricevuti dal pontefice il quale ricorda loro che quella del medico non è una semplice professione ma «un vero ed eccellente ministero di carità»[949] e specifica quali sono gli obblighi del medico che derivano dai progressi della medicina e le sue relazioni con la morale naturale e cristiana. In particolare il papa dice:

> «Il medico non risponderebbe appieno all'ideale della sua vocazione se, mettendo a profitto i più recenti progressi della scienza e dell'arte medica, non usasse, nella pratica della sua professione, null'altro che intelligenza e abilità, e non vi portasse anche il suo cuore di uomo, la sua caritatevole delicatezza di cristiano.
> Egli non lavora "in anima vili"; senza dubbio opera direttamente sui corpi, ma su corpi animati di un'anima immortale, spirituale e, in virtù del vincolo misterioso ma indissolubile tra il fisico e il morale, non agisce con efficacia sul corpo se, contemporaneamente, non agisce sullo spirito»[950].

In materia di morale naturale e cristiana, osserva che essa:

> «conserva ovunque i propri diritti imprescrittibili; da essi, e non già da considerazioni di sensibilità, di filantropia materialistica, naturalista, derivano i principii essenziali della deontologia medica: dignità del corpo umano, preminenza dell'anima sul corpo, fraternità di tutti gli uomini, sovrano dominio di Dio sulla vita e sul suo destino»[951].

[945] Cosmacini, G., *La religiosità della medicina*, cit, p. 156.
[946] Cit. in ibi, pp. 156-157.
[947] Ibi, cit, p. 157.
[948] Ibi, cit, p. 158.
[949] *Discorso di S. S. Pio XII ai partecipanti al IV congresso internazionale dei medici cattolici (29 settembre 1949)*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 100, v. IV, 15 ottobre 1949, p. 180.
[950] Ibi, p. 181.
[951] Ibi, p. 182.

La rappresentanza italiana al congresso è guidata da Gedda, insigne genetista che si è adoperato per creare e guidare i comitati civici che furono molto importanti per la campagna elettorale che hanno portato alla vittoria la Democrazia Cristiana alle elezioni del '48[952].

La Civiltà Cattolica osserva che il ceto medico, che ancora all'inizio del XX secolo «pareva il baluardo più inespugnabile del materialismo e dell'antireligione», è andato negli anni orientandosi verso una revisione dei suoi rapporti verso la religione, giungendo «financo ad un apporto concreto, apologetico ed apostolico a favore di essa»[953]. Il periodico aggiunge che il Congresso dedicato a "La persona umana alla luce della scienza" segna l'opposizione «all'esagerata importanza che alcune correnti politiche vorrebbero attribuita alla massa con scapito dell'individuo» e affronta «decisamente alcuni problemi di grande attualità, la cui soluzione, quando non si conformi con le leggi della morale cattolica, attenta alla dignità della persona umana»[954].

Il 18 settembre 1950 Pio XII riceve ottocento medici condotti italiani, in particolare quelli di campagna che, più di quelli di città, devono fare i conti con la faciloneria e la superstizione. Il pontefice ribadisce che alla scienza devono aggiungere anche la parola come conforto morale, «che nessuno, dopo il sacerdote, può dare con maggiore efficacia, acquistandosi, in tal modo, la fiducia del malato e della famiglia e quindi un influsso profondo e volentieri accettato dalla popolazione»[955]. Aggiunge che il medico cristiano «può molto per la moralità del popolo, per frenare e reprimere abusi e vizi riprovati dalla coscienza, e a lui in non pochi casi spetta altresì il dovere delicato di preparare ed agevolare il ministero del sacerdote, di dissipare pregiudizi e apprensioni irragionevoli e funeste»[956]. Infine, dopo aver ricordato i doveri e i meriti dei medici condotti, si augura per loro un miglior trattamento economico, che sembra essere uno dei punti molto sentiti dalla categoria in quegli anni.

Nel 1956 ha luogo il VII Congresso internazionale dei medici cattolici dedicato al tema "Il medico e il diritto". In questa occasione Pio XII afferma che «il diritto non esclude affatto la morale, ma essi hanno un carattere proprio che va tutelato; essi esprimono l'ordine della coscienza e quello della legge e le relazioni che essi hanno proibiscono di separarli come pure di confonderli completamente»[957] e aggiunge che la morale:

> «ha lo scopo di determinare l'atteggiamento cosciente interiore ed esteriore dell'uomo nei riguardi dei grandi obblighi che derivano dalle condizioni essenziali della natura umana: obblighi verso Dio e la religione, obblighi verso sé stessi e verso il prossimo, sia che si tratti di individui, di gruppi e collettività, della comunità nel senso giuridico, obblighi nell'ambito quasi illimitato delle cose materiali. La morale impone alla coscienza di ciascuno, sia egli medico o militare, scienziato o uomo d'azione, il dovere di regolare i propri atti secondo gli obblighi predetti»[958].

Il pontefice tratta anche delle pratiche mediche contrarie alla dottrina cattolica, osservando che a volte si chiede al medico

---

[952] Cosmacini, G., *La medicina dei papi*, cit, p. 53.

[953] Bosio, G., *Medici cattolici a convegno (Gli Atti del IV Congresso Internazionale)*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 101, v. II, 1° Aprile 1950, p. 56.

[954] Ibi, p. 57.

[955] Cit. in *Cronaca contemporanea. Santa Sede*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 101, v. IV, 7 Ottobre 1950, pp. 110-111.

[956] Ibidem.

[957] *Radiomessaggio di S. S. Pio XII ai partecipanti al VII° Congresso internazionale dei medici cattolici,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 107, v. IV, 6 ottobre 1956, p. 83.

[958] Ibi, p. 84.

> «per motivi d'altronde professionalmente comprensibili, di procedere all'eutanasia o all'interruzione diretta della gravidanza, o di prestare assistenza effettiva a pratiche anticoncezionali, sempre in casi di indicazioni oggettivamente serie. Il medico si trova qui davanti all'obbligo di rispettare la morale medica, esigenza incondizionata per il medico cristiano in tutti i casi in cui la norma morale è incondizionata, veramente chiara e certa. Osservare così la legge morale non comporta infine nessun danno per l'interesse della scienza né per quello del paziente, né della comunità o del *bonum commune*. Nei casi particolari il medico non decida»[959]

Egli sottolinea anche che è necessario

> «lasciare un margine alle decisioni del medico ed invitare la gente a provvedere da sé a un certo numero di necessità in materia medica, senza aspettare che la legge preveda tutti i casi particolari. Essa non lo potrebbe d'altronde neanche fare su un certo numero di casi, poiché urterebbe nell'opposizione dei medici, di molti membri dell'assemblea legislativa o dei cittadini. Simili leggi rappresentano spesso soluzioni di compromesso tra avversari irreconciliabili, o furono imposte forzatamente dalla maggioranza. Giacché esse contengono alle volte paragrafi oggettivamente immorali e anticristiani, che un medico cattolico non può approvare né eseguire senza entrare in conflitto con la propria coscienza, si pone allora una questione scottante: quella dell'atteggiamento da prendere nei riguardi di tale diritto medico, secondo il quale egli è obbligato ad esercitare la sua professione»[960].

Conclude infine che:

> «Il diritto medico non può dunque giammai consentire che il medico o il paziente pratichino l'eutanasia diretta, e il medico non può mai praticarla né su sé stesso né sugli altri. Ciò vale anche per la soppressione diretta del feto e per gli atti medici che contraddicono la legge di Dio chiaramente manifestata. In tutto questo il diritto medico non ha alcuna autorità e il medico non è tenuto ad ubbidire ad esso. Al contrario non ne deve tenere conto; gli è interdetta ogni assistenza formale, mentre l'assistenza materiale cade sotto le norme generali della *cooperatio materialis*. Il diritto medico che non tiene conto della morale, o vi si oppone, ha in sé una contraddizione interna, ed è inutile indugiarvisi.
> Negli altri casi, bisogna evitare qualsiasi opposizione tra diritto e morale, e sorvegliare, affinché ciascuno, conservando il proprio carattere, si completi e sostenga a vicenda. Se si assoggettano troppo l'uno all'altro, ci si espone a vedere il senso morale cedere al giuridicismo, al legalismo, o al minimalismo»[961].

Degno di nota, tra gli altri elementi, è l'attenzione a quella che diventerà un tema molto acceso negli anni successivi, ovvero l'obiezione di coscienza del medico. Non a caso si fa un parallelismo tra medici e soldati: quelli sono gli anni in cui il tema dell'obiezione di coscienza al servizio militare inizia a essere aspramente dibattuto.
Pio XII parla anche del «sacro ministero»[962] delle infermiere professionali cattoliche, la cui associazione si adopera affinché a livello normativo e nella pratica medica siano tutelati i principi di diritto naturale e cristiano, che garantiscono libertà e rispetto delle persone assistite. Il papa si rivolge a loro, invitandole a fare di Cristo modello per la loro professione, soprattutto quanto al rispetto della volontà umana, in quanto Gesù aspettava il libero assenso alla sua azione, senza mai forzare le guarigioni[963].
Tramite Mons. Montini, porta la sua voce anche i farmacisti cattolici, riuniti al III Congresso internazionale, la cui responsabilità riveste un aspetto morale e sociale: morale, per resistere alle sollecitudini al male, provenienti spesso dal cliente, e per camminare con prudenza guidati

[959] Ibi, p. 84.
[960] Ibi, p. 86.
[961] Ibi, p. 86.
[962] *Cronaca contemporanea. Santa Sede,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 104, v. IV, 17 ottobre 1953, p. 229.
[963] Ibidem.

da una legislazione in materia, conforme alla morale cattolica che conferma ed eleva la legge naturale, e da una seria formazione deontologica per illuminarli in quelle leggi e in quei principi; sociale, in quanto nessuno come il farmacista «è a contatto diretto con la vita reale del popolo, particolarmente in momenti di maggiore angustia, quanto più vivi diventano gli affetti e più cordiali le relazioni. Per ciò stesso egli può essere un elemento di prim'ordine nell'orientare il pubblico sopra la maggior parte dei problemi di attualità»[964].
Pio XII rivolge un discorso anche alle suore ospedaliere, le quali, è interessante notare, sono invitate a mantenere l'osservanza dello spirito di povertà e di carità:

> «senza dubbio Noi ben conosciamo le esigenze economiche delle vostre cliniche, le quali vogliono e debbono essere pari a ciò che si richiede per un ospedale moderno, e che non è sempre facile in tale condizione di rimanere in tutto fedeli all'ideale della povertà. […] Nonostante ciò, crediamo di poter farvi accorte al pericolo di facili tentazioni, da cui non vanno sempre esenti le religiose che assistono gli infermi: Ci riferiamo ad alcune cliniche, dove sembra che i criteri finiscano col non essere molto dissimili da quelli di certe aziende di lucro»[965].

In quegli anni, la Chiesa cattolica si è rivolta non solo alle categorie professionali, ma si è dedicata anche a temi specifici, tra cui l'interruzione di gravidanza, sebbene essa sia ancora assente nel dibattito pubblico italiano. Il 29 ottobre 1951, a un congresso dell'Unione delle ostetriche cattoliche italiane, la cui professione per il pontefice è un apostolato, Pio XII rivolge le seguenti parole:

> «Il bambino nel seno materno ha il diritto alla vita immediatamente da Dio, non dai genitori, né da qualsiasi società o autorità umana. Quindi non vi è nessun uomo, nessuna autorità umana, nessuna scienza, nessuna indicazione medica, eugenica, sociale, morale, che possa esibire o dare un valido titolo giuridico per una diretta deliberata disposizione sopra una vita umana innocente, vale a dire una disposizione che miri alla sua distruzione [...]. Così, per esempio, salvare la vita della madre è un nobilissimo fine, ma l'uccisione diretta del bambino come mezzo a tal fine non è lecita»[966].

Il pontefice le invita inoltre ad amministrare il battesimo, in caso d'urgenza, quando non vi è tempo da perdere e non è possibile chiamare il sacerdote, anche se tale dovere – ammette – dovrebbe legare i genitori[967]. Tra le altre affermazioni rese in quell'occasione, ricordiamo quella per cui più le donne soffrono nel parto più grande sarà l'amore per il bambino[968].
L'8 gennaio 1856, di fronte «una foltissima eletta schiera di illustri sanitari in gran parte docenti universitari di ostetricia e di ginecolegia»[969], papa Pio XII dichiara che la Chiesa non proibisce il parto indolore, anzi lo incoraggia, purché sia fatto con metodi naturali e non artificiali come la sedazione con narcotici o l'ipnosi. Bisogna fare in modo che la madre sia capace di usare al pieno le proprie capacità psichiche e che il parto sia un'esperienza che rafforzi il suo carattere e che non si snaturi, in quanto la conseguenza potrebbe essere il disinteressamento per il bambino da lei:

> «L'insegnamento dato sulle doglie della natura nel parto; la correzione dell'errata interpretazione delle sensazioni organiche e l'invito a rettificarle; l'influenza esercitata per allontanare l'angoscia e la paura non fondate; l'aiuto accordato affinché la partoriente collabori opportunamente con la natura, conservi la calma

[964] *Cronaca contemporanea. Santa Sede*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 105, v. III, 18 settembre 1954, p. 647.
[965] *Cronaca contemporanea. Santa Sede*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 108, v. II, 18 maggio 1957, pp. 432-433.
[966] *Discorso di S. S. Pio XII sull'apostolato delle ostetriche,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 102, v. IV, 17 novembre 1951, pp. 356.
[967] Ibi, p. 359.
[968] Ibi, p. 358.
[969] Cosmacini, G., *La medicina dei papi*, cit, p. 54.

> e la padronanza di sé; un accresciuta coscienza della grandezza della maternità in generale, e in particolare dell'ora in cui la madre mette al mondo il bambino; tutti questi sono valori positivi, ai quali non vi è nulla da rimproverare, sono vantaggi per la partoriente, e sono pienamente conformi alla volontà del Creatore. Così visto e inteso, il metodo è un'ascesa naturale, che preserva la madre dalla superficialità e dalla leggerezza; esso ne influenza positivamente la personalità, sicché nell'ora così importante del parto, ella manifesti la fermezza e la solidità del suo carattere. Ancora per altri aspetti, il metodo può condurre a successi morali e positivi. Se si riescono a eliminare i dolori e la paura del parto, spesso si diminuisce con ciò un incitamento a commettere atti immorali nell'uso dei diritti del matrimonio»[970].

Pio XII aggiunge che il parto indolore:

> «è spesso presentato nel contesto di una filosofia e di una cultura materialiste e in opposizione alla Sacra Scrittura e al cristianesimo. […] Anche un indagatore materialista può fare una scoperta scientifica reale e valida; ma tale contributo non costituisce affatto un argomento in favore delle sue idee materialistiche. […] Il cristiano convinto non trova nelle sue idee filosofiche e nella sua cultura una qualche cosa che possa impedirgli di occuparsi seriamente, in teoria e in pratica, del metodo psico-profilattico; egli sa come regola generale che la realtà e la verità non sono identiche alla loro interpretazione.
> […] Una critica del nuovo metodo dal punto di vista teologico deve in particolare occuparsi della Sacra Scrittura, poiché la propaganda materialista pretende trovare una contraddizione evidente tra la verità della scienza e quella della Scrittura.
> […] Nel punire Eva, Dio non ha voluto proibire e non ha proibito alla madre di usare i mezzi che rendono il parto più facile e meno doloroso. Non bisogna eludere le parole della Scrittura: esse restano vere nel senso inteso ed espresso dal Creatore: la maternità darà molto da sopportare alla madre. Ma in quale maniera precisa Dio ha concepito questo castigo e come lo eseguirà? La Scrittura non lo dice. ritengono che il parto fu, alle origini, completamente indolore e che non divenne doloroso se non più tardi (forse in seguito a un'interpretazione erronea della sentenza di Dio). […] La scienza e la tecnica possono dunque utilizzare le conclusioni della psicologia sperimentale, della fisiologia e della ginecologia (come nel metodo psico-profilattico), per eliminare le sorgenti di errori e i riflessi condizionati dolorosi e rendere così il parto indolore quanto possibile; la Scrittura non lo vieta»[971].

Una proposta di legge (mai approvata) intende rendere obbligatori sia l'insegnamento del metodo psico-profilattico del parto indolore in tutte le facoltà di medicina e nelle scuole di ostetricia, sia l'istruzione, anche in forma ambulatoriale, delle gestanti che chiedono di ricorrere al parto indolore; inoltre prevede sanzioni contro le amministrazioni di cliniche, ospedali e ambulatori di maternità che trascurino gli obblighi previsti dalla legge[972].
Un altro importante tema trattato dal pontefice nel periodo in esame è la procreazione medicalmente assistita,nsempre più dibattuta in Europa. Questa tecnica praticata prima in Oriente, in veterinaria, poi in Occidente e dal 1930 passata alla ginecologia, ha ottenuto grande successo soprattutto in quei paesi a essa maggiormente favorevoli per ragioni culturali e sociali (inclusa la prevalenza di tradizioni religiose che in materia hanno una posizione diversa da quella della Chiesa cattolica)[973].
Al IV Congresso internazionale dei medici cattolici, già citato, Pio XII afferma che la fecondazione artificiale fuori dal matrimonio è condannata come immorale, dal punto di vista della legge naturale e divina, in quanto la procreazione di una nuova vita può essere solo il frutto di un matrimonio e un

[970] *Discorso di S. S. Pio XII ai medici sul parto senza dolore (8 gennaio 1956),* in «La Civiltà Cattolica», Anno 107, v. I, 21 gennaio 1956, p. 229.
[971] Ibi, pp. 230-231.
[972] *Attività parlamentari. Camera dei deputati: disegni, proposte di legge, relazioni. Obbligatorietà dell'insegnamento e della divulgazione del metodo psico-pro-filattico per il parto indolore,* in «Il diritto ecclesiastico», anno 67, parte II, 1956, p. 98.
[973] Mirabella, T., *Aspetti etici e giuridici della fecondazione artificiale*, in «Il diritto ecclesiastico», anno 61, fasc. I, gennaio-marzo 1950, p. 48.

bambino concepito in tali condizioni sarebbe illegittimo. La fecondazione artificiale nel matrimonio, prodotta mercé l'elemento attivo di un terzo, è al pari immorale e dunque condannata. Il diritto reciproco degli sposi sui loro corpi per generare nuova vita non è cedibile. Il divieto di ricorrere a quelli che sono definiti atti contro natura vale anche in condizioni di incapacità di concepimento[974].

La liceità della anestesia è un altro tema caldo oggetto di dibattito del periodo, dovuto ai grandi passi in avanti fatti dalla scienza medica. Di fronte alle possibilità offerte dallo sviluppo di nuove tecniche, i medici cattolici si domandano se sia diritto dell'individuo liberarsi dal dolore, se la privazione della coscienza sia compatibile con la dottrina cattolica e se esista, quindi, l'obbligo morale di rifiutare di praticare l'anestesia. Pio XII risponde a tali quesiti al IX Congresso della Società italiana di anestesiologia del 1956, richiamando l'esempio di sofferenza di Cristo, ma concludendo che il paziente che intenda evitare o calmare il dolore può avvalersi di tali mezzi senza inquietudini di coscienza, essendo che in sé stesse queste pratiche non sono immorali e che la narcosi che implica diminuzione o soppressione della coscienza è permessa dalla morale naturale e compatibile con l'essenza dei Vangeli[975]. Il papa tratta anche dell'accompagnamento alla morte tramite narcosi, a cui oggi ci si riferisce con l'espressione "cure palliative". Egli afferma che esso è lecito, purché non impedisca di adempiere ad altri doveri religiosi e morali[976].

Ulteriore tema nel dibattito cattolico è la psicanalisi di stampo freudiano. La Chiesa cattolica, accusata dai professionisti di questa scienza di essere all'origine della sessuofobia presente nella società, attacca a sua volta tale indirizzo scientifico in quanto troppo incentrato sulla matrice sessuale, che molto spesso, a detta di molte figure cattoliche, rasenta la pornografia.

Così, *La Civiltà Cattolica* condanna la rivista di stampo freudiano *Selezione Medica*, di cui si sconsigliano la lettura e l'introduzione nelle famiglie cattoliche, non solo per le immagini di nudo poste in copertina, sconvenienti e fuori luogo per una rivista medica, ma anche e soprattutto per le affermazioni sull'ambiente sessuale malsano che si riscontrerebbe nei contesti educativi cattolici e che porterebbe a non poche patologie in età adulta – affermazioni accompagnate da testimonianze di pazienti in cura e descrizioni minuziose di pratiche sessuali che vanno ben oltre la libertà di espressione e il comune pudore. Ultimo e più grave motivo della condanna è che nella rivista vengono consigliate pratiche immorali ai giovani e alle giovani con spudoratezza criminale, che fonderebbero una nuova morale basata sull'imperativo del sesso[977]. Si deve ricordare anche la polemica suscitata dai libri di Luigi De Marchi, che sostiene che le tendenze peggiori dell'uomo sono dovute al tabù sessuale prematrimoniale, da eliminare e sostituire con la piena libertà amorosa.

In questo contesto, la Chiesa cattolica risponde proponendo una propria specifica interpretazione della modernità, che sia in grado di preservare, quale fondamento della società, quella morale religiosa che più istanze identificano come la radice di tutti i problemi sociali[978]. Tale visione è propugnata nel IV Congresso Nazionale dei medici cattolici, in cui si tratta del tema dei periodi agenesici e, in particolare, del metodo di continenza periodica di Ogino e Knaus, di cui si afferma la compatibilità con la dottrina cattolica. In particolare, la relazione del consulente ecclesiastico centrale dell'AMCI da un lato condanna tanto l'uso della continenza periodica senza sufficiente motivo, quanto una indiscriminata propaganda del metodo, ma dall'altro lato afferma che può rappresentare

[974] *Discorso di S. S. Pio XII ai partecipanti al IV congresso internazionale dei medici cattolici (29 settembre 1949)*, cit, p. 183.
[975] Cosmacini, G., *La medicina dei papi*, cit, p. 54.
[976] Ibidem.
[977] Bosio, G., *A proposito di Selezione medica,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 102, v. II, 7 Aprile 1951, pp. 64-67.
[978] Pattuzzi, A., cit, p. 18.

una «soluzione nei casi in cui, per motivi di riconosciuta gravità, sia non desiderabile l'aumento della prole»[979].
Questo tema ritorna nel discorso di Pio XII sull'apostolato delle ostetriche:

> «È ufficio non del sacerdote, ma vostro, d'istruire i coniugi, sia in consultazioni private, sia mediante serie pubblicazioni, sull'aspetto biologico e tecnico della teoria, senza però lasciarvi trascinare ad una propaganda né giusta né conveniente.
> Ma anche in questo campo il vostro apostolato richiede da voi, come donne e come cristiane, di conoscere e di difendere le norme morali, a cui è sottoposta l'applicazione di quella teoria. E qui è competente la Chiesa. Se invece quella limitazione dell'atto ai giorni di naturale sterilità si riferisce non al diritto stesso, ma solo all'uso del diritto, la validità del matrimonio resta fuori di discussione; tuttavia la liceità morale di una tale condotta dei coniugi sarebbe da affermare o da negare, secondo che l'intenzione di osservare costantemente quei tempi è basata, oppure no, su motivi morali sufficienti e sicuri. Il solo fatto che i coniugi non offendono la natura dell'atto e sono anche pronti ad accettare ed educare il figlio, che, nonostante le loro precauzioni, venisse alla luce, non basterebbe per sé solo a garantire la rettitudine della intenzione e la moralità ineccepibile dei motivi medesimi»[980].

La presa di posizione della Chiesa cattolica su questo metodo avviene in un momento in cui l'attenzione in merito è alta. È lo stesso periodo in cui in Parlamento si dibatte dell'abrogazione dell'art. 553 del Codice penale, il quale stabilisce: "Chiunque pubblicamente incita a pratiche contro la procreazione o fa propaganda contro di essa è punito con la reclusione fino a un anno, ecc.". Negli anni del confessionismo di fatto, vista anche la posizione della Chiesa cattolica, non sono poche le denunce in merito. I parlamentari[981] che chiedono l'abrogazione di tale articolo, consapevoli del mutato clima socioculturale, denunciano il carattere eccessivamente repressivo della disposizione nei confronti della sensibilizzazione fatta a favore di metodi come quello «Ogino-Knaus, [che] sono stati raccomandati anche da sacerdoti»[982]. In particolare, nella relazione che accompagna la proposta di legge si afferma che:

> «l'art. 553 non ha nulla a che fare con l'istigazione all'aborto; tanto è vero che per i casi di istigazione all'aborto con somministrazione di mezzi idonei, diretta anche pubblicamente a una donna determinata, la quale sia incinta, è applicato l'art. 548 del codice penale, che non proponiamo affatto di abolire, dato che esso si ispira a preoccupazioni di ordine diverso da quelle che hanno ispirato l'art. 553. Mentre la democrazia rende lecito non solo ogni tipo di propaganda politica, ma anche quella contro il principio stesso della religione, cioè in favore dell'ateismo, non è concepibile che nell'Italia democratica sia condannata la propaganda contro la procreazione, quando a tutti è noto che la sovrappopolazione è uno dei più angosciosi problemi del nostro Paese»[983].

---

[979] *Congresso nazionale medici cattolici*, in «Il diritto ecclesiastico», anno 61, fasc. IV, ottobre-dicembre 1950, p. 1095.
[980] *Discorso di S. S. Pio XII sull'apostolato delle ostetriche,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 102, v. IV, 17 novembre 1951, pp. 362-363.
[981] Proposta di legge di iniziativa dei deputati Preti, Matteoti Carlo, Secreto, Martoni, La Malfa, Saragat, Ceccherini, Matteotti Matteo, Romita, Rossi Paolo, Treves, Bertinelli, Cortese Guido, Villabruna, Macrelli, Camangi, Bozzi, Capua, De Caro, Togliatti, Amendola Pietro, Sansone, Gullo, Berlinguer, Targetti (annunziata il 27 novembre 1953).
[982] *Attività i parlamentari. Camera dei deputati: disegni, proposte di legge, relazioni. Abrogazione dell'art. 553 del codice penale relativo alla propaganda antiprocreativa*, in «Il diritto ecclesiastico», anno 64, parte II, 1953, pp. 166-167.
[983] *Attività parlamentari. Camera dei deputati: disegni, proposte di legge, relazioni. Abrogazione dell'art. 553 del codice penale relativo alla propaganda anti-Procreativa,* «Il diritto ecclesiastico», anno 65, parte II, 1954, p. 173.

3.2.2. La Chiesa valdese.

Per gli ospedali valdesi delle valli, la graduale ripresa dopo la guerra comporta l'emergere di nuovi e pressanti problemi legati alla necessaria ristrutturazione generale, a seguito della pausa forzata imposta dal conflitto. Un esempio emblematico è la chiusura e riconversione del reparto sanatoriale dell'Ospedale di Pomaretto in un centro di convalescenza, per motivi di incompatibilità sanitaria[984], presa in carico dalla CIOV (Commissione Istituti Ospedalieri Valdesi), che regola e razionalizza la vita delle opere sociali valdesi. Ogni anno al Sinodo valdese la CIOV relaziona sulla situazione delle opere sociali nelle Valli, permettendo di tracciare l'evoluzione di questa riorganizzazione oltre alle problematiche che anno per anno emergono negli istituti ospedalieri valdesi. Anche Ospedali evangelici fuori dalle Valli e non amministrati dalla CIOV continuano la loro evoluzione nel periodo postbellico, in particolare quelli di Torino e Genova.
La prima relazione della CIOV sulle migliorie da apportare negli istituti, per renderli più efficienti, risale al '45, e rende conto dell'attività dei reparti sanatoriale e di maternità dell'Ospedale di Torre Pellice, dell'Ospedale di Pomaretto, del Rifugio "Re Carlo Alberto" e dell'Asilo per Vecchi di San Germano[985]. Quest'ultimo offre a tutto l'evangelismo italiano assistenza specifica, anche sanitaria, rivolta all'età senile. Vi sono anche cure climatiche invernali per bambini nel contesto montano[986].
Dal 1946, iniziano ad emergere due problematiche allarmanti, che colpiscono gli istituti valdesi di assistenza: la mancanza di personale e la difficoltà di approvvigionamento di beni essenziali, a cui si cerca di porre rimedio tra gli altri modi mediante l'esonero, proposto nel Sinodo del '46, del presidente della CIOV da altri incarichi, in modo da permettergli di dedicarsi esclusivamente alla soluzione di questi problemi[987].
Nel 1947, l'attenzione del Sinodo si rivolge alle limitazioni finanziarie, che ostacolano la realizzazione di molti progetti di cui si rende urgente la realizzazione, come l'ampliamento dell'Ospedale di Pomaretto. Il Sinodo ringrazia i benefattori italiani e stranieri, fa appello alla generosità del popolo valdese e raccomanda a tutte le Chiese di avviare un'intensa campagna finanziaria a favore dell'opera di assistenza, rimarcandone l'importantissima utilità sociale[988].
Al Sinodo del 1948, l'appello si fa urgentissimo: i problemi delle istituzioni che costituiscono «l'opera sociale per eccellenza»[989] della Chiesa valdese, sono vari e complessi. È necessario l'ampliamento dell'Ospedale di Pomaretto, dove la convivenza tra ammalati ordinari e quelli affetti da tubercolosi porta a gravi inconvenienti. Rimane inoltre pressante la problematica legata alla mancanza di personale laico a sostegno delle diaconesse sempre più sovraccariche[990].
Negli stessi anni emerge la situazione paradossale dell'Ospedale evangelico di Torino, dove sono ricoverati molti non evangelici, mentre un alto numero di evangelici deve essere ricoverato in altri istituti ospedalieri della città. Le autorità valdesi sollecitano dunque medici, sanitari e quanti hanno a cuore la testimonianza evangelica affinché gli eventuali ammalati chiedano di preferenza il ricovero

[984] Taccia, A., *Gli ospedali valdesi di Torre Pellice e Pomaretto. Passato, presente e futuro, 1821-2002*, cit, P. 22.
[985] *Dal Sinodo valdese. Istituti Ospitalieri*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 75, fasc. 19, 14 settembre 1945, p. 2.
[986] *Pro Valli*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 76, fasc. 42, 25 ottobre 1946, p. 2.
[987] *Dal Sinodo valdese. CIOV*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 76, fasc. 30, 13 settembre 1946, p. 3.
[988] *Sinodo valdese. CIOV*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 77, fasc. 35, 12 settembre 1947, p. 2.
[989] *Sinodo valdese. CIOV*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 78, fasc. 37, 17 settembre 1948, p. 2.
[990] Ibidem.

nell'Ospedale evangelico, e ricordano che in questo, a norma del suo Regolamento interno, possono prestare cure anche sanitari diversi da quelli dell'organico dell'Ospedale; dunque non è necessario appoggiarsi ad altri ospedali o case di cura per ottenere l'assistenza di un particolare sanitario o specialista, nel caso in cui sia questa la motivazione che porta molti evangelici in altri istituti. Degna di nota è anche la convenzione dell'Ospedale con le casse mutue quali la Mutua Industria, la Mutua lavoratori FIAT, la Mutua dirigenti FIAT e la Mutua dipendenti statali[991].

Il Sinodo del '49 esprime un apprezzamento positivo dell'andamento delle opere sociali di assistenza. La relazione della CIOV afferma che sono stati fatti, su suggerimento delle precedenti Commissioni d'esame, nuovi impianti e migliorie che rispondono alle esigenze pratiche degli istituti: ad esempio l'affiancamento di personale proveniente dalla Svizzera, che presta servizio temporaneo gratuitamente, e l'impianto di un apparecchio radiologico (modernissimo per i tempi) all'Ospedale di Torre Pellice e di un ampio locale lavanderia nell'Asilo per vecchi di San Germano[992].

Dal 1950 anche gli ospedali di Torre Pellice e Pomaretto hanno regolare convenzione con le mutue sia nel reparto di malattie comuni che in quello di maternità[993].

Al Sinodo del 1951, si evidenza il lavoro svolto dagli amministratori degli istituti valdesi per le migliorie all'interno e all'esterno degli stabili e per l'acquisto di una sempre migliore attrezzatura tecnica. Inoltre, si riconosce l'operato della CIOV che, oltre a rispondere alle esigenze di assistenza pubblica, realizza i più alti ideali cristiani di carità e aiuto fraterno, riaffermando il carattere religioso degli istituti e rafforzando i legami che uniscono gli istituti ospedalieri alla Chiesa. In ultimo, si invitano le amministrazioni interessate a destinare quanto prima due pastori all'ufficio cappellani della CIOV[994].

Nel 1953 la CIOV porta all'attenzione del Sinodo molte novità sugli istituti, pur rammaricandosi per la poca partecipazione all'assemblea quando si tratta di questo tema, a differenza di altri momenti che vedono una folta partecipazione, come ad esempio le discussioni sulla traduzione nel piano sociale del messaggio evangelico. Il minore interesse, che si è manifestato anche altre volte al Sinodo, crea anche perplessità in quanto momenti come la discussione sulla relazione della CIOV sono esempi concreti di quell'attività di traduzione nel sociale del Vangelo che invece richiama moltissime persone nella sua discussione teorica. Sebbene si riconosca la dimensione locale dell'attività della CIOV, si sottolinea che questa assenza non è giustificabile essendo questi temi di utilità generale che generano problemi di ordine universale. Si lamenta inoltre l'appesantimento burocratico generale dovuto alla natura di ente morale che, pur fornendo un quadro giuridico di tutela e garanzia, non aiuta a snellire l'amministrazione degli istituti. Passando in rassegna le novità, si segnalano l'istallazione di un apparecchio per la radiografia, la messa in opera di locali separati per il governo delle stoviglie degli ammalati infettivi e comuni e la sistemazione di una cucina economica all'Ospedale di Pomaretto, e la dotazione di un moderno apparecchio per narcosi, il passaggio dal riscaldamento a carbone a quello a nafta, che permette un notevole risparmio economico sulla spesa di combustibile, l'introduzione di servizi di cardiologia e di oculistica, il cambio di supervisione del reparto di

[991] *Ospedale evangelico di Torino*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 79, fasc. 4, 28 gennaio 1949, p. 2.

[992] *Sinodo valdese. CIOV*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 79, fasc. 35, 16 settembre 1949, p. 2.

[993] *Ospedale valdese di Torre Pellice e Pomaretto*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 80, fasc. 9, 3 marzo 1950, p. 4.

[994] *Il nostro Sinodo. Istituti di assistenza e beneficenza*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 79, fasc. 35, 16 settembre 1949, pp. 2-3.

radiologia e l'istituzione di sei posti gratuiti per partorienti in condizioni di disagio economico all'Ospedale di Torre Pellice.
Al Rifugio "Re Carlo Alberto" torna a preoccupare l'insufficienza di personale che non permette di accogliere nuovi casi, anche gravi e urgenti. Un'altra problematica di notevole importanza, sollevata dal Consiglio Ecumenico, è la sistemazione dei profughi. La CIOV si esprime positivamente sull'accoglienza, sia per solidarietà cristiana che per le relazioni ecumeniche, ma l'attuazione pratica è complessa, necessitando in primo luogo dell'ampliamento del Padiglione Arnaud.
Anche all'Asilo per vecchi di San Germano Chisone si denuncia la mancanza cronica di personale, insieme all'assenteismo delle giovani delle Valli, sebbene si rilevi come dato positivo la collaborazione volontaria per alcuni mesi di giovani provenienti dalla Svizzera e dall'Italia meridionale.
In contesto sinodale si dibatte inoltre sulla necessità di istituire una Mutua per i valdesi che, allo stato attuale, non possono usufruirne di alcuna. Alcuni membri del Sinodo ritengono che questa sia una manifestazione commerciale, estranea allo spirito della carità della Chiesa, mentre altri, come il pastore E. Aime, sottolineano l'altissimo valore umano e cristiano di una attività del genere, con cui si potrebbe affermare la presenza della Chiesa nella vita fisica dell'uomo[995]. Il Sinodo approva infine un ordine del giorno che invita la CIOV a studiare e a realizzare nel corso dei mesi a seguire detta Mutua. Approva anche la raccomandazione del dott. Ribet su una sistemazione più razionale dei rapporti tra i sanitari e gli istituti ospedalieri[996].
Sempre nel '53 si registra la realizzazione di alcuni progetti negli ospedali valdesi grazie alla beneficenza, in particolare il miglioramento del reparto maternità dell'Ospedale di Torre Pellice, reso più confortevole con l'aggiunta di una cameretta per neonati, il rinnovamento della stanza da bagno e dell'arredamento per puerpere e neonati e la dotazione di una incubatrice portatile per neonati, necessaria già da alcuni anni [997].
Al Sinodo del 1955, l'assemblea si presenta ancora una volta semideserta e la Commissione d'esame si ritrova anche a sollecitare, rincresciosamente, alle singole Chiese l'integrazione dei mancati o parziali pagamenti delle rette dei loro membri assistiti dagli istituti di assistenza e beneficenza.
Sull'Ospedale di Torre Pellice si ringrazia per la donazione che ha permesso la sistemazione del reparto di maternità auspicata due anni prima e si riscontra che il numero dei ricoverati, seppur in crescita, resta inferiore alla disponibilità di posti dell'istituto.
La crisi che aveva travagliato l'Ospedale di Pomaretto sembra essere finalmente terminata, grazie alla notevole affluenza di malati, che si rivela anche strumento prezioso ai fini della testimonianza evangelica. Questi sviluppi hanno permesso notevoli lavori di ammodernamento.
È stata stipulata una convenzione con l'ENPDEP e si spera quanto prima di stipularne una con la Mutua Provinciale Malattia per Coltivatori Diretti per poter aiutare gli agricoltori valdesi, che ricorrono alle cure ospedaliere solo in casi estremi.

[995] *Sinodo valdese. Commissione Istituti Ospitalieri Valdesi*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 83, fasc. 19, 11 settembre 1953, p. 3.
[996] Ibi, p. 4.
[997] U. B., *Opere valdesi di assistenza. Gli ospedali valdesi*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 83, fasc. 23, 6 novembre 1953, p. 3.

Il Rifugio "Re Carlo Alberto" ha, invece, avuto un anno difficile, con difficoltà materiali inerenti la sistemazione di settanta ricoverati, il reclutamento di personale e le preoccupanti condizioni del tetto della Casa Madre[998].

Un altro importante istituto evangelico di cui si fa testimonianza in questi anni è l'Ospedale internazionale evangelico di Genova, che sembra aver raggiunto un'ottima considerazione nella Città come presidio ospedaliero. Al personale religioso evangelico si affiancano infermiere svizzere e membri cattolici della Croce Rossa italiana, di cui diciotto infermiere e trentacinque in tutto con il personale di servizio, un numero consistente per essere un ospedale evangelico. Il Direttore sanitario nel 1956 è il dott. Simeoni di confessione valdese, affiancato da altri medici non solo evangelici. I cappellani sono interdenominazionali, valdese, luterano, Chiesa svizzera, anglicano e presbiteriano. Il carattere religioso dell'istituto è riscontrabile anche nelle camere e nelle corsie in cui sono presenti testi biblici e nella mensa del personale sanitario dove risuonano spesso dei canti e delle preghiere. L'Ospedale ha saputo risollevarsi ottimamente dalla distruzione in cui era andato incontro negli anni della guerra; è dotato di un'attrezzatura all'avanguardia per gli anni, di sale operatorie, di una sala di radiologia, di una farmacia e un reparto maternità. Accoglie mutuati e casi comuni nelle corsie, ma possiede anche camere di lusso fornite di telefono e di un letto in più per la persona assistenti, questo servizio a pagamento, che va istituendosi in quasi tutti gli ospedali, permette anche in questo caso di offrire una migliore assistenza a tutti[999].

Una delle problematiche che in questi anni, soprattutto nei primi anni dopo la guerra, colpisce le istituzioni di assistenza valdesi è l'approvvigionamento di beni essenziali. Nell'immediato dopo guerra è stato possibile garantire forniture alimentari grazie ai finanziamenti provenienti dall'UNRRA, dal Centro Mennonita, dal Church World Service, e al supporto delle comunità religiose sia italiane che estere[1000]. Ma il problema sussiste anche negli anni a seguire, così la Chiesa valdese propone di ripristinare e ufficializzare l'iniziativa dei doni in natura, che in anni passati si era consolidata come una buona pratica. Infatti, prima che la guerra bloccasse quest'attività, le Unioni dei giovani delle Chiese si occupavano della raccolta tra la popolazione, soprattutto di castagne e patate, e di consegnarli agli istituti di assistenza. In questi anni, in cui il fabbisogno si è fatto grande e urgente si chiede lo sforzo di tutte le chiese e di tutte le famiglie valdesi per ripristinare questa vecchia e benevola usanza[1001]. Durante il Sinodo del 1947 si invitano tutte le Chiese ad istituire nel corso dell'autunno una "festa della raccolta", come avviene già nella parrocchia di S. Germano Chisone, e si invitano i giovani alla partecipazione attiva in questa iniziativa, in particolare alle Unioni giovanili di intestarsi questo servizio[1002]. Nel 1953 il servizio è attivo e funziona bene, la riconoscenza della CIOV agli agricoltori delle Valli è grande e si invitano i Concistori a proseguire su questa strada con la stessa solerzia, continuando a raccogliere la colletta in natura come avviene ormai egregiamente da diversi anni[1003].

Il grande problema, già menzionato, che si ritrovano ad affrontare le opere d'assistenza valdesi è la carenza di personale, soprattutto laico, in appoggio alle diaconesse. L'istituto delle diaconesse, che

[998] *Gli istituti ospitalieri valdesi*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 85, fasc. 19, 23 settembre 1955, p. 2.

[999] Geymet, E., *Clinica internazionale evangelica di Genova*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 86, fasc. 10, 18 maggio 1956, p. 2.

[1000] Taccia, A., *Gli ospedali valdesi di Torre Pellice e Pomaretto. Passato, presente e futuro, 1821-2002*, cit, P. 22.

[1001] A. J., *Doni in natura in favore delle opere Valdesi d'Assistenza*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 77, fasc. 39, 3 ottobre 1947, p. 2.

[1002] *Raccolta di doni in natura*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 77, fasc. 42, 31 ottobre 1947, p. 1.

[1003] *Comunicato della CIOV*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 83, fasc. 21, 9 ottobre 1953, p. 1.

sta esso stesso attraversando una crisi di adesione in questi anni, si ritrova il più delle volte sovraccarico di mansioni e in molte circostanze sottodimensionato rispetto alla necessità delle opere di assistenza.
Nel '46 un primo comunicato è rivolto alle giovani donne, che devono aver compiuto vent'anni e parlare francese, per poter andare a formarsi in Svizzera come allieve infermiere, essendo richiesta con urgenza questa figura all'interno delle istituzioni di assistenza. Nel comunicato si legge che viene rilasciato un diploma a fine corso e che vi sarà una retribuzione immediata ottima[1004].
L'invito si fa sempre più urgente e rinnovato ad agosto dello stesso anno, in particolare è il Rifugio "Re Carlo Alberto" a soffrire molto gli effetti di questa mancanza. L'appello è rivolto sempre verso giovani donne, che possano eseguire la mansione di assistente o assistente-infermiera e questa necessità è dovuta soprattutto all'aumento del lavoro e alla diminuzione della figura della diaconessa[1005], che ricordiamo essere un ministero religioso e come tale necessita di una vocazione, per la quale non basta una richiesta di lavoro o di servizio di beneficenza temporaneo.
Al Sinodo del 1946 viene portata all'attenzione della comunità valdese la grossa difficoltà in cui si trova la Casa delle diaconesse per via delle poche vocazioni. All'istituto delle diaconesse viene affidato un compito che va oltre le forze a disposizione e si richiede l'occorrenza di ridare nuovamente una funzione spirituale a questa figura. Manca una scuola-convitto e si necessita inviare novizie all'estero per la formazione, togliendo in questo modo supporto agli ospedali e alle varie opere sostenute in gran parte dal lavoro delle diaconesse. Sembra che ci sia una dispersione della vocazione e che questa sia dovuta anche al fatto che le scuole di formazione sono ubicate in grandi città dove le novizie subiscano influenze nocive. In questo Sinodo, l'Assemblea si interroga se non debba cambiare qualcosa nel costume delle diaconesse o se sia opportuno conservare tutto come è, a questo interrogativo segue la costituzione di una Commissione che studierà questa problematica per riferire possibili soluzioni al Sinodo successivo[1006].
A novembre, viene emanato un avviso rivolto alle infermiere professionali evangeliche di tutte le Chiese presenti in Italia, per fare fronte unico verso le discriminazioni nel mondo del lavoro che questa specifica categoria di lavoratrici subisce. Si invita ad inviare quanti più dati personali possibili, che rimarranno anonimi se così l'interessata preferisca, e a segnalare quei casi di speciali difficoltà ed ostacoli, da parte di elementi contrari (non si specifica di che natura o quali soggetti specifici ci si riferisca) che abbiano potuto nuocere alla loro carriera[1007]. Alla mancanza di personale di questi anni si cerca di provvedere anche con il ricollocamento su suolo nazionale di tutte quelle professioniste presenti sulla penisola e che in qualche modo possono essersi trovate in difficoltà nei loro attuali posti di lavoro.
Nell'estate del 1947 viene fatto un appello accorato dalla CIOV, in accordo con la direzione della Casa delle diaconesse, a tutte le giovani volenterose che vogliano prestare servizio per un mese all'Ospedale di Pomaretto per poter permettere alle diaconesse, già in numero insufficiente nella struttura, un mese di vacanza e riposo[1008].

[1004] *Pro valli comunicato*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 76, fasc. 19, 10 maggio 1946, p. 4.
[1005] *Rifugio Carlo Alberto*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 76, fasc. 34, 30 agosto 1946, p. 2.
[1006] *Il Sinodo. Casa delle diaconesse*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 76, fasc. 30, 13 settembre 1946, p. 2.
[1007] *Avviso*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 76, fasc. 45, 15 novembre 1946, p. 2.
[1008] Combo, A., *Vacanza delle Diaconesse*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 77, fasc. 32, 22 agosto 1947, p. 4.

Nel Sinodo del ’47 non si fa riferimento ai lavori della Commissione, istituita l’anno precedente, per studiare la problematica connessa all’istituto delle diaconesse, forse una delle soluzione trovate è stata quella di assumere personale laico nell’ottobre dello stesso anno, alla cui soluzione di compromesso però si cerca di non rassegnarsi invitando nuovamente le infermiere evangeliche a presentarsi e a collaborare con le istituzioni valdesi e a prestare servizio negli istituti delle Valli[1009].
Passano gli anni e la situazione non migliora, tanto che durante il Sinodo del 1955, la relazione della CIOV esordisce ponendo in rilievo l’insostituibilità di personale qualificato nell’assistenza ai malati, assistenza materiale ma soprattutto spirituale. Infatti, si specifica che la mancanza di personale qualificato negli istituti della CIOV è da intendersi non sul piano tecnico, di capacità professionale, quanto su quello vocazionale, essendo solo più otto le diaconesse che quell’anno prestano servizio negli istituti di assistenza della CIOV. Si invitano così i Concistori a cercare mano d’opera volontaria in favore degli istituti delle Valli, offrendo un servizio cristiano, volontario, per un periodo di sei mesi, alle giovani della Chiesa[1010].
Nel 1955 il numero delle diaconesse presenti nella Casa è di ventidue, la ragione di questo calo sembrerebbe la rinuncia in corso delle novizie che, trovatesi di fronte alla realtà del servizio che devono affrontare, abbandonano intimorite. Solo quest’anno due giovani hanno lasciato la Casa e si sono ritirate dal ministero. Negli ospedali delle Valli e nel Rifugio, ormai, prestano servizio una sola diaconessa per istituto e non sembrano lontani i giorni in cui a prestare servizio sarà solo personale laico. Dunque, il Comitato della Casa delle Diaconesse, pur conservando la sua immutata fedeltà ai principi fondamentali dell’Istituto: consacrazione, servizio gratuito, vita comunitaria alla Casa Madre, stato nubile, costume, cerca vie nuove che permettano di sovvenire in qualche modo ed in qualche misura, alla carenza delle diaconesse, volendo aiutare, mediante prestiti, quelle giovani che, pur non volendo entrare nella Casa delle Diaconesse, avrebbero il desiderio di conseguire il titolo di infermiere e ostetriche[1011].
Lo sforzo da parte della Chiesa valdese e di altre Chiese evangeliche italiane, in questi anni di confessionismo di fatto, per cercare di garantire un servizio di assistenza connotato religiosamente alle proprie comunità per impedire che accadano casi di intolleranza nei presidi sanitari civici e cattolici si rende vano quando i casi di discriminazione religiosa avvengono in ambito cimiteriale.
Un primo caso è documentato a Trani, il 10 agosto 1954, dove ad una bambina pentecostale viene vietata la sepoltura[1012]. Un secondo caso avviene in località Carbonara, vicino Bari, nel 1955, dove è presente un piccolo numero di evangelici, anche valdesi ma per lo più pentecostali. Dopo varie vessazioni subite negli anni, nel 1954 le amministrazioni locali offrono un reparto speciale al cimitero, in parte a spese delle Chiese evangeliche, una soluzione che sembra più umiliante che accomodante. Lo spazio è fornito di mura alte come quelle di cinta del cimitero, così che chi vi entra non veda cosa ci sia all’interno, l’unica entrata disponibile è una porticina laterale larga 80 cm. Il progetto così inizialmente realizzato è stato fornito dall’arciprete del luogo al geometra.

[1009] *Infermiere evangeliche*, in «L’Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 77, fasc. 42, 31 ottobre 1947, p. 1.
[1010] *Gli istituti ospitalieri valdesi*, in «L’Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 85, fasc. 19, 23 settembre 1955, p. 2.
[1011] *Gli istituti di assistenza. La Casa delle Diaconesse*, in «L’Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 85, fasc. 19, 23 settembre 1955, p. 2.
[1012] Lariccia, S., *La libertà religiosa nella società italiana*, in AA.VV., *Teoria e prassi delle libertà di religione*, Bologna, il Mulino, 1975, p. 359.

Un esposto di Giorgio Peyrot, in veste di avvocato, presentato al sindaco di Bari ha permesso che il reparto venisse modificato, abbassando le mura e sostituendo la stretta porta laterale con un ampio ingresso centrale[1013].

3.2.3. L'Unione delle Comunità israelitiche italiane.

Per approfondire l'impegno sul tema medico-sanitario da parte delle comunità ebraiche italiane si è voluto prendere in considerazione l'attività svolta dall'Organizzazione Sanitaria Ebraica e da uno degli enti che gestisce di più recente formazione, ma con una storia significativa, soprattutto negli anni delle discriminazioni razziali, che è l'ambulatorio medico della comunità ebraica di Milano.
L'OSE sorge da un'organizzazione internazionale che si propone l'assistenza sanitaria ai bambini (Oeuvre Secour Enfants). La sede è a Ginevra. La Sezione Italia, sotto il nome di "Organizzazione Sanitaria Ebraica - Assistenza all'infanzia", è sorta a Roma nel 1946 per opera ed impulso di Raffaele Cantoni, con l'intento di ricostruire organismi distrutti dalla guerra e di crearne dei nuovi, secondo le necessità dell'immediato dopoguerra.
Con l'apporto notevole delle somme inviate dalla Svizzera con fondi reperiti in Italia, poterono così risorgere e furono potenziate istituzioni e servizi a Roma e nelle altre città italiane[1014].
L'ambulatorio, invece, è sorto nel 1940 grazie ad un accordo con il Comune di Milano che consentiva a cedere in affitto i locali comunali e permetteva di usufruire della completa attrezzatura del Policlinico Comunale e del servizio medicinali. L'Ambulatorio ha iniziato così a funzionare regolarmente, fornendo assistenza ai bisognosi della comunità milanese, fino al settembre 1943, epoca in cui il medico capo, dottor Gino Neppi viene catturato e deportato. Nel 1945, l'ambulatorio ha ripreso la sua attività negli stessi locali, e sempre con l'appoggio delle autorità comunali[1015].
L'ambulatorio per l'ospedalizzazione si appoggia agli ospedali civici della città, nel 1946 si documenta come i degenti ebraici vengano accolti al meglio negli ospedali civici cittadini da sanitari, suore, infermiere e impiegati dell'amministrazione[1016].
L'attività in quest'anno è molto intensa, le visite prestate in sei mesi di attività sono 6598; le persone inviate al Policlinico comunale per visite specialistiche sono 675 e ospedalizzate più di 400. Sono inoltre stati distribuiti 129 paia di occhiali, cinti erniari e apparecchi ortopedici.
Le specialità trattate dall'ambulatorio sono medicina generale, medicina interna e malattie polmonari, pediatria, ostetricia e ginecologia, odontoiatria.
A fine del '46 l'ambulatorio viene spostato e modernamente attrezzato grazie al sostegno del Medical Board of Joint, un'organizzazione medica israeliana.
Anche in ambiente ebraico si ricercano giovani donne da specializzare come infermiere. Le aspiranti devono essere giovani ebree italiane, il corso dura due anni ed è gratuito, fornito presso l'Ospedale civile di Merano. Il corso garantisce l'impiego presso le istituzioni di assistenza ebraiche oltre ad aprire la via ai concorsi per assistenti sanitarie nelle scuole e nelle fabbriche[1017].
L'Organizzazione Sanitaria Ebraica offre anche assistenza scolastica, già dal 1940 nelle scuole di via Eupili a Milano. Dal 1950 però vi è la presenza quotidiana di un medico e di un'assistente sanitaria

[1013] Castiglione, G., E., *In difesa della libertà e del rispetto della fede*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 85, fasc. 4, 25 febbraio 1955, p. 1.
[1014] *L'O.S.E. e le sue colonie*, in «Notiziario della Comunità Israelitica di Torino», n. 6, maggio 1962, p. 2.
[1015] *L'ambulatorio medico della Comunità*, in «Bollettino della Comunità Israelitica di Milano», a.1, n. 2, luglio 1945, pp. 3-4.
[1016] *Gratitudine per gli Istituti Ospitalieri*, in «Bollettino della Comunità Israelitica di Milano», a.1, n. 13, marzo 1946, p. 7.
[1017] *Consuntivo dell'attività dell'Ambulatorio*, in «Bollettino della Comunità Israelitica di Milano», a. 2, n. 3, marzo 1946, p. 8.

per le visite, sia individuali che a classi; vengono distribuite vitamine, schermografie al Consorzio Antitubercolare ed invio al Poliambulatorio comunale per visite specialistiche[1018].
Nel 1950 l'attività dell'ambulatorio, divenuto poliambulatorio, si sono ampliate, specialmente con il servizio fisioterapico. In particolare, come abbiamo visto per altre istituzioni ospedaliere religiosamente connotate, anche il poliambulatorio oltre a prestare servizio a profughi e cittadini ebrei indigenti offre anche un servizio a favore dei privati praticando tariffe basse. Inizialmente questo tipo di iniziativa non aveva trovato sostegno da parte dei membri dell'OSE abituati a considerare le prestazioni solo per gli aventi diritto, ma in seguito hanno dovuto ammetterne l'utilità per potenziare ed ampliare l'opera di assistenza, come è già stato fatto notare per l'Ospedale internazionale evangelico di Genova. In questo servizio offerto dal poliambulatorio le collaborazioni sono con diversi enti statali, primo fra tutti il Comune di Milano[1019].
Un'altra attività dell'OSE è quella informativo-culturale, infatti con il titolo *Conversazioni medico-culturali* si organizzano conferenze con esperti sui temi medico-sanitari. Ad aprire il ciclo di queste conferenze, nel 1951, è il dott. Enzo Morpurgo che relaziona sugli orientamenti psichiatrici, in particolare il dissidio tra le moderne vedute psicoanalitiche nel trattamento dei malati psichici ed i vecchi metodi di cura, ancora in uso in Italia[1020]. Il tema che apre questo ciclo di conferenze è interessante, in quanto tornerà nel dibattito sulla medicina ebraica, infatti, un anno dopo viene affrontato dal punto di vista religioso e in particolare quale posizione devono prendere gli ebrei in merito alla psicoanalisi. Questa preoccupazione in seno alle comunità ebraiche deriva anche dal posizionamento della Chiesa cattolica in merito alla pratica psicoanalitica. Una prima risposta sul tema da parte della dirigenza della comunità ebraica di Milano è quella che né le condanne della Chiesa cattolica, né il fatto che il fondatore della psicoanalisi e scuole affini siano di origine ebraica debbano influire sul giudizio circa tale pratica. Per quanto riguarda un giudizio sulla posizione degli ebrei in quanto collettività può essere dato solo dall'insegnamento della Torah. La risposta al dilemma delle comunità prosegue ammettendo che è fuori dubbio che la psicoanalisi abbia aperto nuovi orizzonti alla psicologia e dato una nuova risorsa alla medicina e che non si possa condannare affrettatamente per il suo "pansessualismo". L'accettazione di questa pratica e il riconoscimento del suo valore scientifico non implicano il riconoscimento di tutti i suoi postulati, ad esempio quelle riguardanti le origini dei sentimenti morali e religiosi. In campo terapeutico però, visti i suoi risultati, questa pratica può essere accettata senza riserve, purché le sue applicazioni siano affidate a medici preparati, preparati professionalmente e moralmente[1021].
Infine, per quanto in questi anni dopo la guerra, specie a Milano, i rapporti tra la comunità ebraica e gli enti statali e gli ospedali civici siano stati buoni e di collaborazione, non sono mancati atti di abuso di proselitismo, in particolare la recrudescenza di tentativi di riconversione, esercitati su ebrei, malati e spesso molto anziani, degenti negli ospedali cittadini o ricoverati in Ospizi.
Il Rabbino Maggiore di Milano protesta presso un'alta personalità del mondo cattolico, scrivendo:

> «Diverse volte abbiamo dovuto rilevare che i nostri correligionari negli ospedali cittadini vengono circuiti da suore addette all'assistenza e da sacerdoti, i quali fanno pressioni su di loro affinché si convertano al cattolicesimo. Ben spesso i nostri ammalati vengono battezzati in punto di morte, senza avere la possibilità di reagire. Ora ritengo che, neppure dal punto di vista cattolico, sia ammesso che tali violazioni di coscienza

[1018] *L'attività dell'O.S.E. L'assistenza scolastica*, in «Bollettino della Comunità Israelitica di Milano», a. 5, n. 10, luglio 1950, p. 10.
[1019] *Il Poliambulatorio dell'O.S.E. nel 1950*, in «Bollettino della Comunità Israelitica di Milano», a. 6, n. 7, mar-apr. 1951, pp. 7-8.
[1020] *Notiziario O.S.E.*, in «Bollettino della Comunità Israelitica di Milano», a. 6, n. 10, giu-lug. 1951, p. 7.
[1021] *La voce dei lettori. Gli ebrei e la psicanalisi*, in «Bollettino della Comunità Israelitica di Milano», a. 7, n. 10, giu-lug. 1952, p. 12.

vengano fatte a persone che si affidano agli Istituti Ospitalieri cittadini per essere assistiti e curati senza dover per questo abbandonare la religione nella quale sono nate e cresciute»[1022].

La risposta del Vicario Generale della Diocesi di Milano assicura che saranno svolte delle indagini per fare in modo che casi del genere non si verifichino più. Ma nel frattempo il problema resta aperto, e l'invito da parte della Presidenza alla comunità di Milano è quello di provvedere al ricovero delle persone anziane presso la Casa di Riposo della comunità a costo di qualsiasi sacrificio. Per gli ospedali il problema è molto più complesso fin quando la comunità non si fornisca di una propria casa di cura in cui sia possibile il ricovero. La Presidenza della comunità ha disposto che sia intensificata l'assistenza religiosa e spirituale degli ebrei negli ospedali e nei ricoveri, confidando anche nell'opera di conforto dei membri della comunità, in particolare si fa il richiamo a signore e signorine[1023].

[1022] *Contro le violazioni di coscienza*, in «Bollettino della Comunità Israelitica di Milano», a. 7, n. 4, gennaio 1952, p. 10.
[1023] Ibidem.

CAPITOLO 4.
LA RIFORMA OSPEDALIERA E LE QUESTIONI BIOETICHE (1959 – 1978).

Il ventennio repubblicano oggetto di questo capitolo è un periodo caratterizzato da importanti avvenimenti: il Concilio Vaticano II, inaugurato dalla Chiesa cattolica nel 1962 e conclusosi nel 1965; la riforma della sanità e dell'assistenza, rispetto alla quale le confessioni religiose di nostro interesse si sono dovute interrogare e adoperare per il destino di molte delle loro istituzioni di assistenza e beneficenza; l'irruzione rapida e caotica di fenomeni innovatori nella società italiana, che producono tra le «peculiarità e distorsioni nel processo di modernizzazione»[1024] anche un'accelerazione nel processo di secolarizzazione e interrogano le morali tradizionali delle confessioni religiose su determinati temi etici, in relazione, soprattutto, all'enorme impatto che lo sviluppo della ricerca e la prassi medica, a livello internazionale, stanno avendo anche in Italia.
Questo stessa fase storica è periodizzante anche per la sanità italiana, dal momento che si metteranno le basi per una riforma integrale del settore, attraverso alcune tappe importanti come la riforma ospedaliera, avviata dalla legge 12 febbraio 1968 n. 132, il trasferimento alle Regioni delle competenze in materia ospedaliera con la legge n. 386 del 17 agosto 1974 e lo scioglimento del sistema mutualistico con la legge n. 349 del 30 giugno 1977.
Durante i primi anni di questo periodo, ricordati come gli anni del boom, in Italia sono presenti profonde e drammatiche differenze regionali, di classe, generazionali e di genere. La trasformazione socio-culturale, che accompagna il cambiamento economico e lo sviluppo tecnologico, conduce, tra le altre cose, a una trasformazione dei rapporti di genere e dell'istituto familiare. I movimenti femministi si organizzano, anche in Italia, per difendere il diritto della donna all'autodeterminazione e alla parità di genere mentre l'articolo 553 del Codice penale continua a punire la pubblicizzazione della contraccezione e la legge mantiene forti squilibri di genere punendo ancora maggiormente l'adulterio femminile rispetto a quello maschile con l'art. 559 c.p. e l'art. 587 c.p. con cui l'uomo che compie il "delitto d'onore" è soggetto a una pena ridotta[1025]. Inoltre, tra il 1958 e il 1965 si susseguono tre pontefici, Pio XII, Giovanni XXIII e Paolo VI; e avviene un cambio di legislatura passando da governi dominati dalla Democrazia Cristiana, a guida Fanfani, alle prime sperimentazioni di centro-sinistra, trainate in particolare dalla DC e dal partito socialista italiano con Aldo Moro alla guida.
È in questo contesto che si svolge il Concilio Vaticano II, che si apre l'11 ottobre 1962 e si divide in quattro periodi, ognuno dei quali presenta caratteristiche specifiche, non solo per il succedersi di due pontefici con approcci e stili diversi[1026], ma anche per le questioni affrontante. Il Vaticano II è un vero e proprio punto di svolta nel riconoscimento dell'alterità religiosa[1027] da parte della Chiesa cattolica, in particolare attraverso la dichiarazione *Dignitatis Humanae*, il decreto *Unitatis Redintegratio* sull'ecumenismo cristiano e la dichiarazione *Nostra Aetate* sulle relazioni con le

[1024] Pattuzzi, A., cit, p. 48.
[1025] Ibidem.
[1026] Guasco, M., Guerriero, E., Traniello, F., (a cura di), *Storia della Chiesa. XXV/1 La Chiesa del Vaticano II (1958-1978)*, Cinisello Balsamo, Edizioni San Paolo, 1994, p. 121.
[1027] Madonna, M., *Breve storia della libertà religiosa in Italia. Aspetti giuridici e problemi pratici*, in Melloni, A., (a cura di), *Cristiani d'Italia, Chiese, società, Stato, (1861-2011),* Roma, Istituto dell'Enciclopedia italiana, 2011, p. 2393.

religioni non cristiane, in particolare l'ebraismo[1028]. Allo stesso tempo, con il Concilio Vaticano II, di fronte ai progressi scientifici avvenuti nel mondo, la Chiesa cattolica riafferma posizioni tradizionali difendendo la morale cristiana e naturale sul tema familiare e in rapporto alle tematiche della vita e della morte, in particolare, con la costituzione pastorale *Gaudium et spes,* al quale non sono mancate le critiche. Secondo i commentatori, questo documento sembra rimanere troppo ancorato alle preoccupazioni preconciliari, mostrando in più passaggi di protendere al compromesso tra la corrente rinnovatrice e il cattolicesimo, socialmente e politicamente, conservatore. Inoltre, non soltanto secondo la prospettiva protestante, la *Gaudium et spes* presenta una dottrina del mondo e dell'uomo ancora legata alla filosofia e alla morale naturale, non sufficientemente integrata con i dati della rivelazione[1029]. Con questo documento la Chiesa cattolica abbandona definitivamente le dottrine controriformistiche in materia temporale, ma rivendica con forza il suo diritto di predicare «con piena libertà [...] la propria dottrina sociale, di esercitare senza ostacoli la missione tra gli uomini e di pronunciare giudizi morali, anche su questioni che riguardano l'ordine politico, qualora ciò sia richiesto dai diritti fondamentali della persona e dalla salvezza delle anime»[1030]. Il Concilio Vaticano II, dunque, senza cambiarne i termini sostanziali ha integrato con importanti elementi di giudizio la dottrina cattolica[1031].

Negli anni Sessanta, lo sviluppo tecnologico investe anche il settore sanitario e l'ambiente ospedaliero viene individuato come il contesto privilegiato per accoglierlo. Inoltre, gli ospedali diventano il centro per una medicina nuova, che si configura come un servizio di interesse collettivo, un dovere sociale orientato al soddisfacimento di un diritto umano e civile[1032], avviandosi sulla strada tracciata dall'art. 32 della Costituzione venti anni prima.

In questa situazione, sia dal punto di vista tecnico che sociale, si presenta la situazione emergenziale degli ospedali. Si tratta di una crisi articolata, inizialmente attribuita alla scarsità di attrezzature e di posti letto disponibili. Tuttavia, questa non può essere semplicemente ricondotta a una questione di risorse materiali. Il fallimento di molti ospedali è anche il risultato di una difficoltà iniziale di natura progettuale e normativa, che si protrae da decenni senza essere risolta; nel 1966, dal punto di vista strettamente legislativo, le strutture interne degli ospedali continuano a essere disciplinate dalla legge Crispi del 1890 sulle opere pie.

La riforma ospedaliera viene avviata nel 1968. Secondo il suo proponente, l'on. Luigi Mariotti, «occorre procedere alla razionalizzazione del settore con il decentramento alle Regioni delle funzioni normative e amministrative»[1033], lasciando così allo Stato le sole funzioni di controllo e coordinamento. La riforma è concepita sulla premessa fondamentale di abbandonare l'assetto caritativo dell'assistenza ospedaliera, trasformando le opere pie in aziende.

Però, in assenza di una riforma globale dell'assistenza, di un indirizzo generale di politica sanitaria e con il solo potenziamento tecnologico degli ospedali, aumentano drasticamente le spese per la sanità, e si privilegia il ricovero in ospedale dei soggetti malati anziché «prevenire nei soggetti sani le malattie da ospedalizzare»[1034]. Con queste problematiche di fondo e un tortuoso procedimento parlamentare, viene emanata la legge n. 132 del 12 febbraio 1968 "Enti ospedalieri e assistenza

[1028] *Concilio Vaticano II, notizie varie, Gli ebrei e il concilio*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 115, v. III, 18 luglio 1964, pp. 181-190.
[1029] Guasco, M., Guerriero, E., Traniello, F., (a cura di), cit, pp. 361-362.
[1030] Pertici, R., cit, p. 499.
[1031] *Cronaca Contemporanea. Santa Sede,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 117, v. IV, 19 novembre 1966, pp. 389-390.
[1032] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 142.
[1033] Cit. in, Ibidem.
[1034] Ibi, p. 143.

ospedaliera". Questa riforma ha un forte impatto su tutte le confessioni religiose analizzate, per motivi analoghi, avendo ripercussioni profonde sull'organizzazione e la vita delle opere assistenziali delle confessioni religiose e allo stesso tempo è una opportunità per quanto riguarda l'ingresso capillare delle confessioni religiose all'interno prima degli ospedali pubblici e poi del sistema sanitario in corso di definizione in quegli anni. Il testo della legge chiama in causa le confessioni religiose anche in maniera diretta negli artt. 1, 2, 19, 39, 42.
L'art. 1 afferma:

> «1. L'assistenza ospedaliera pubblica è svolta a favore di tutti i cittadini italiani e stranieri esclusivamente dagli enti ospedalieri. […]
> 5. Salva la vigilanza tecnico-sanitaria spettante al Ministero della sanità, nulla è innovato alle disposizioni vigenti per quanto concerne il regime giuridico-amministrativo degli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera.
> 6. Gli istituti e gli enti di cui al quinto comma, ove posseggano i requisiti prescritti dalla presente legge, possono ottenere, a domanda, che i loro ospedali siano classificati in una delle categorie di cui agli articoli 20 e seguenti anche ai fini dell'applicazione delle disposizioni contenute nel titolo IV della presente legge».

Con questa norma, viene così riconosciuta la funzione sociale degli enti ospedalieri, segnando ufficialmente il passaggio dai tradizionali compiti caritativi delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza rivolti ai poveri, a un ruolo più moderno e fortemente sociale di prevenzione, cura e riabilitazione. Questa nuova funzione riguarda non solo tutti i cittadini italiani, indipendentemente dalla loro condizione e livello sociale, ma anche gli stranieri presenti in Italia, con l'eccezione del recupero delle spese secondo gli accordi internazionali[1035]. In particolare, il quinto comma dell'art. 1 è oggetto di un dibattito parlamentare che porta ad una votazione in Parlamento in favore degli ospedali confessionali delle minoranze religiose per far si che sia garantita anche la loro autonomia giuridico-amministrativa e non soltanto quella degli enti ecclesiastici cattolici.
Secondo l'ultimo comma dell'articolo 2, i nuovi enti ospedalieri hanno la facoltà di istituire e gestire, anche al di fuori della sede centrale dell'ospedale, strutture come ambulatori, dispensari, consultori e centri dedicati alla cura e prevenzione delle malattie sociali e legate al lavoro, nonché centri per il recupero funzionale. Essi sono inoltre incaricati di svolgere ricerche e studi scientifici e medico-sociali necessari per raggiungere i propri obiettivi istituzionali.
Per supportare questa attività degli ospedali e coordinare un'assistenza sanitaria diffusa (come quella domiciliare, consultoriale e ambulatoriale), si prevede la creazione delle «Unità Sanitarie Locali» (USL), che saranno sotto la supervisione dei Comuni o dei Consorzi comunali.
L'applicazione di questi articoli della legge è determinante per la trasformazione o cancellazione di diverse realtà ospedaliere confessionali, in certi casi si arriva a enormi sforzi finanziari e organizzativi per riuscire a salvare istituzioni che operano da oltre un secolo; allo stesso tempo questa nuova organizzazione sanitaria che si prospetta crea opportunità per le confessioni religiose di essere protagoniste dello sviluppo igienico-sanitario che sta avvenendo in Italia, a favore dei propri correligionari e per tutti cittadini, come nel caso valdese che analizzeremo più avanti nel capitolo.
Sempre nel 1968 ha luogo un importante dibattito nelle e tra le diverse confessioni religiose in materia medica. Il 25 luglio 1968 Paolo VI emana l'enciclica *Humanae vitae* sulla propagazione della vita secondo l'ordine naturale e cristiano. In particolare, l'enciclica si sofferma sulla illiceità dei nuovi metodi e strumenti utilizzati per il controllo preventivo della natalità. Entreremo in maggiori dettagli

[1035] Furino, P., *Il nuovo ordinamento ospedaliero, secondo la «riforma Mariotti»*, Torino, La Cartostampa, 1968, p. 13.

più sotto, approfondendo il pensiero delle confessioni religiose sulla contraccezione, tema che in questo periodo storico assume un'importanza inedita dovuta ai nuovi strumenti, frutto dello sviluppo della ricerca medica, e al cambio dei costumi sessuali in combinazione con la problematica della crescita demografica mondiale che fa interrogare, in particolare il mondo occidentale, sul controllo delle nascite. In questa sede ci soffermiamo su un altro tema principale dell'enciclica, che arriva in un periodo in cui si legifera sul divorzio e si dibatte sull'aborto, ovvero la condanna dell'aborto volontario in ogni circostanza e per qualsiasi ragione. L'enciclica esorta i medici e il personale sanitario affinché «nell'esercizio della loro professione, stando a cuore le superiori esigenze della loro vocazione cristiana, perseverino nel promuovere le soluzioni ispirate alla fede e alla retta ragione»[1036].

La *Humanae Vitae* si configura come un'espressione del magistero ecclesiastico che non si limita a intervenire sulla morale dottrinale ed evangelica, ma cerca anche di influenzare la morale naturale in tutti i suoi aspetti. Ciò include anche quelli che la scienza e la tecnologia, con le loro innovazioni, indicano come modificabili nell'ottica di un miglioramento terreno della condizione umana[1037].

In questi anni, l'attenzione al tema del controllo delle nascite, anche per porre un freno sulle richieste di legalizzare l'aborto, permette un riconoscimento, da parte dello Stato, delle diverse voci di dissenso all'art. 553 del Codice penale, quando la Corte costituzionale nel 1971 ne sancisce l'illegittimità. L'articolo del Codice penale in esame ha origine dal ventennio fascista, contesto ideologico per cui, come abbiamo visto, il numero è potenza e quindi sotto l'aspetto demografico la contraccezione era considerata un reato.

L'art. 553 del Codice penale, che puniva «chiunque pubblicamente incita a pratiche contro la procreazione o fa propaganda a favore di essa», è stato oggetto di diverse proposte di abrogazione. La prima risale al 1958 su iniziativa dei deputati Matteotti, Martoni e altri. Le motivazioni addotte per giustificare l'abrogazione dell'articolo, quindi per rendere lecita questo tipo di propaganda, sono: limitare le conseguenze della sovrappopolazione, come la disoccupazione; salvaguardare la salute psico-fisica della prole di famiglie troppo numerose; ricercare i mezzi per limitare il numero della prole nata in clandestinità[1038].

Il 19 febbraio 1965, con sentenza n. 9 la Corte costituzionale si esprime per la prima volta in merito all'art. 553 c. p. in due giudizi, l'uno, presso il Pretore di Lendinara, a carico di Matteotti Giancarlo, e l'altro presso il Pretore di Firenze, a carico di De Marchi Luigi, in cui viene sollevata l'eccezione di incostituzionalità dell'art. 553 c. p. e dell'art. 112 del T.U. delle leggi di P.S. che vieta di mettere in circolazione scritti o disegni «che divulgano, anche in modo indiretto o simulato, o sotto pretesto terapeutico o scientifico, i mezzi rivolti a impedire la procreazione o a procurare l'aborto, o che illustrino l'impiego dei mezzi stessi» perché contrastanti all'art. 21 della Costituzione, secondo il quale «[t]utti hanno diritto di manifestare liberamente il proprio pensiero con la parola, lo scritto e ogni altro mezzo di diffusione».

La sentenza dichiara «non fondata»[1039] la questione d'illegittimità costituzionale di ambedue gli articoli su trascritti. Dopo aver respinto i vari assunti politico-ideologici dei ricorrenti, la Corte

---

[1036] *Lettera enciclica «Humanae vitae» di S.S. Paolo VI sulla retta propagazione della vita umana*, in «Il diritto ecclesiastico», anno 79, parte I, 1968, p. 392.

[1037] Cosmacini, G., *La medicina dei papi,* cit, p. 57.

[1038] *Attività parlamentare. Camera dei deputati: disegni, proposte di legge, relazioni. Abrogazione dell'art. 553 del codice penale e modifiche agli artt. 112 e 114 del Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza 18 giugno 1931, n. 773 e dell'art. 2 del r.d.lg. 31 maggio 1946, n. 561, per quanto riguarda la propaganda antiprocreativa*, in «Il diritto ecclesiastico», anno 70, parte II, 1959, pp. 225-229.

[1039] Testo in https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COST:1965:9

appoggia la sua decisione sullo stesso art. 21 Cost., in quanto esso vieta «la pubblicazione a stampa, gli spettacoli e le altre manifestazioni contrarie al buon costume», in quanto:

> «viola gravemente il naturale riserbo o pudore, del quale vanno circondate le cose del sesso, e non rispetta l'intimità dei rapporti sessuali, la moralità giovanile e la dignità della persona umana per la parte che si ricollega a tali rapporti».

Pienamente libera, ha ribadito la Corte, resta la discussione scientifica, nonché una certa:

> «propaganda che genericamente miri a convincere dell'utilità o necessità, in un dato momento storico e in un particolare contesto economico-sociale, di limitare le nascite e di porre regole al ritmo della vita... mediante una legislazione che consenta, in determinate forme e modi, e sempre che siano tutelati i fondamentali beni sociali, al di fuori di una indiscriminata pubblica propaganda, la diffusione della conoscenza di pratiche anticoncezionali».

In altri termini, la questione può essere dibattuta non solo sul piano strettamente scientifico o tecnico (terapeutico ecc.), ma anche su quello sociologico, e perciò sempre in via generale e per interessi generali.
Nel 1966 una ulteriore proposta di legge viene presentata alla Camera per l'abrogazione dell'articolo 553 del Codice penale, ma anche questa volta non passa[1040].
Nel 1968 altre due proposte di legge cercano di abrogare l'art. 553 del Codice penale. La prima è presentata il 3 luglio su iniziativa del deputato Usvardi[1041] e la seconda il 9 ottobre dagli onorevoli Cecati, Cacciatore, Granzotto, Ceravolo, Passoni, Lattanzi, Alini, Mazzola, Pigni, Luzzatto[1042].
Infine, nel 1971 la Corte costituzionale si pronuncia a favore dell'illegittimità costituzionale di tale articolo, con la sentenza n. 49, in cui si afferma:

> «il problema della limitazione delle nascite ha assunto, nel momento storico attuale, una importanza e un rilievo sociale tale, ed investe un raggio di interesse così ampio, da non potersi ritenere che, secondo la coscienza comune e tenuto anche conto del progressivo allargarsi della educazione sanitaria, sia oggi da ravvisare un'offesa al buon costume nella pubblica trattazione dei vari aspetti di quel problema, nella diffusione delle conoscenze relative, nella propaganda svolta a favore delle pratiche anticoncettive.
> Di ciò si ha conferma nella già ricordata scarsissima applicazione dell'art. 553 c.p.; nelle ripetute proposte di legge per la sua abrogazione; nel diffuso convincimento dell'esigenza di una informata coscienza sociale in materia, rilevabile dalla letteratura, dai dibattiti e da note dichiarazioni internazionali sull'argomento»[1043].

Inoltre, dato che i difensori di questo articolo e gli altri collegati, ne giustificano il mantenimento per prevenire incitamento all'aborto, la Corte aggiunge:

[1040] *Attività parlamentare. Camera dei deputati: disegni, proposte di legge, relazioni. Abrogazione dell'art. 553 del codice penale e modifiche agli artt. 112 e 114 del Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza 18 giugno 1931, n. 773 e dell'art. 2 del r.d.lg. 31 maggio 1946, n. 561, per quanto riguarda la propaganda antiprocreativa*, in «Il diritto ecclesiastico», anno 78, parte I, 1967, p. 238.
[1041] *Attività parlamentare. Camera dei deputati: disegni, proposte di legge, relazioni. Abrogazione dell'art. 553 del codice penale e modifiche agli artt. 112 e 114 del Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza 18 giugno 1931, n. 773 e dell'art. 2 del r.d.lg. 31 maggio 1946, n. 561, per quanto riguarda la propaganda anticoncezionale*, in «Il diritto ecclesiastico», anno 79, parte II, 1968, pp. 480-484.
[1042] *Abrogazione del divieto stabilito dall'articolo 553 del codice penale*, in «Il diritto ecclesiastico», anno 79, parte II, 1968, pp. 492-495.
[1043] Testo in https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COST:1971:49

«È da considerare che il rilevante numero degli aborti è portato, dalla difesa della parte privata nel presente giudizio e da gran parte della letteratura sull'argomento, come una delle ragioni a favore della diffusione della conoscenza delle pratiche antifecondative. Sarebbe palesemente contraddittorio che la consentita propaganda antiprocreativa comprendesse l'incitamento a pratiche che possano essere, oltre che contrastanti col diritto alla vita, produttive di quei danni alla salute che con quella propaganda si vuol concorrere ad evitare.

A questo proposito la Corte ritiene necessario rilevare che la tutela della salute e della maternità, garantite dalla Costituzione (artt. 31 e 32), richiede che, riconosciuta la liceità della propaganda anticoncezionale, questa formi oggetto di una appropriata disciplina, diretta a impedire l'incitamento all'uso di mezzi riconosciuti dannosi, direttamente o nei loro effetti secondari, per la salute. In questo senso, il tempestivo intervento del legislatore, già autorevolmente auspicato nel Parere del Consiglio superiore di sanità (Assemblea generale) del 21 aprile 1967, dovrà assicurare l'attuazione, in questa materia, delle ricordate norme costituzionali protettive della salute e della maternità.

L'accoglimento del motivo di illegittimità costituzionale della norma impugnata, per contrasto con l'art. 21, primo comma, della Costituzione, assorbe le altre censure dedotte nel presente giudizio».

Ed essendo l'articolo 533 c.p. intrecciato in un nesso causale con altre norme in vigore, in merito a queste, la Corte conclude:

«Le ragioni innanzi esposte valgono anche per riconoscere l'illegittimità costituzionale dell'impugnato art. 112 del t.u. delle leggi di p.s., limitatamente alla parte in cui vieta la produzione, l'acquisto, la detenzione, l'importazione, l'esportazione e la circolazione di scritti, disegni ed immagini che divulgano i mezzi diretti a impedire la procreazione o ne illustrano l'impiego.

Esse si estendono inoltre all'art. 114, primo comma, del medesimo t.u., nella parte in cui vieta l'inserzione, in giornali o periodici, di avvisi o corrispondenze che si riferiscano ai predetti mezzi; nonché all'art. 2 del decreto legislativo 31 maggio 1946, n. 561, nella parte in cui stabilisce che si può far luogo al sequestro di giornali o altre pubblicazioni o stampati che divulgano i mezzi medesimi, ne illustrano l'impiego o contengono inserzioni o corrispondenze ad essi relative.

Ai sensi dell'art. 27 della legge 11 marzo 1953, n. 87, va pertanto dichiarata l'illegittimità costituzionale anche di queste ultime norme».

Con la legge 29 luglio 1975, n. 405 vengono istituiti i consultori familiari. Per alcuni si tratta soprattutto di rimediare al vuoto legislativo determinato dalla sentenza Corte costituzionale n. 49, del 13 marzo 1971, che ha reso leciti la propaganda contraccettiva e il pubblico incitamento a pratiche contro la procreazione.

Per quanto riguarda il testo della legge, molto importante è quanto è disposto nell'art. 1, lett. c): dovendo i consultori provvedere alla tutela della salute così della donna madre, come del prodotto del concepimento, è escluso che in essi si possa consigliare l'aborto. Ciò è confermato anche dalla lett. d) dello stesso articolo, dove si parla di informazioni, di metodi e di farmaci idonei a promuovere o a prevenire la gravidanza: consulenza, dunque, o aiuto non solo per prevenire una gravidanza non desiderata, ma anche per promuovere la gravidanza desiderata.

Tutti questi fini sono posti dalla legge sullo stesso piano e specificano ugualmente l'attività dei consultori, come devono essere organizzati dalle Regioni tramite le USL dal momento che saranno istituite. Fin da subito ai consultori viene data una funzione esclusivamente sanitaria, anche se, specie secondo il giudizio di molti cattolici, la materia è anche sociale e merita un interessamento di laici e religiosi per una sua corretta attuazione[1044]. L'opportunità ai cattolici, ma in generale a tutti quei privati, come altre confessioni religiose o laici, di impegnarsi in questa attività viene data dall'art. 2,

[1044] Lener, S., *Costituzione dei consultori familiari*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 127, v. I, 21 febbraio 1976, pp. 358-367.

lett. b) che prevede l'istituzione di consultori familiari non solo da parte dei Comuni e dei loro consorzi, ma anche da parte di istituzioni e di enti pubblici e privati, ponendoli nella piena parità giuridica, in quanto ugualmente idonei ad assicurare non solo l'efficienza, ma anche l'estensione del nuovo servizio sanitario in favore delle famiglie. Data la delicatezza di tale servizio e dato il carattere fiduciale del ricorso ad esso da parte degli interessati, la legge offre la scelta tra i consultori e tra il personale ad esso addetto.
La Chiesa cattolica non si lascia sfuggire questa occasione per diffondere la propria pastorale familiare: nello stesso anno su invito dei vescovi italiani nasce la Confederazione dei Consultori Familiari di Ispirazione Cristiana (C.C.F.I.C.), la cui presidente Ines Boffardi, deputata democristiana, è stata tra i maggiori promotori della legge n. 405[1045].
Dagli anni Settanta, la pressione sul Parlamento affinché legiferi sull'aborto diventa sempre più intensa da parte di gruppi femministi, giornalisti, intellettuali e anche da parte delle confessioni protestanti come vedremo nel dettaglio. Allo stesso modo, soprattutto da parte dei cattolici, sostenuti e giustificati dalla gerarchia ecclesiastica vi è lo sforzo a contrastare in maniera trasversale questa pressione. I dibattiti e le pubblicazioni si moltiplicano, gli articoli di giornale esprimono entrambe le posizioni e la polarizzazione e l'attenzione mediatica crescono sempre di più. Il 1974 è definito l'anno dell'aborto. Fino al 1978 l'aborto è ancora un reato punito dal Codice penale, sotto il titolo "Dei delitti contro l'integrità e la sanità della stirpe", poi abrogato dalla legge n. 194, approvata alla Camera dei deputati il 14 aprile e al Senato il 18 maggio, infine promulgata dal Capo dello Stato il 22 maggio.
La legge n. 194/1978 detta le norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.
Con l'art. 1 si afferma che lo «Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio. L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite». Il legislatore chiarisce subito che tale legge vuole garantire il diritto alla procreazione cosciente e non il diritto all'aborto, e va evitato che quest'ultimo sia usato ai fini della limitazione delle nascite. Gli artt. 2 e 3 stabiliscono che i centri che assistono le donne in stato di gravidanza sono i consultori familiari istituiti con la legge 29 luglio 1975, n. 405, definendone i compiti e definendo le risorse da stanziare. L'art. 4 entra propriamente nel merito dell'interruzione volontaria di gravidanza che è lecita:

> «entro i primi novanta giorni [se] la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico […] o a una struttura sociosanitaria a ciò abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia».

L'art. 6 afferma che l'interruzione volontaria di gravidanza entro i 90 giorni può essere effettuata solo in due casi: «quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna [e] quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna».

[1045] Pasta, S., *La storia della Confederazione*, in https://cfc-italia.it/chi-siamo/

Tale interruzione volontaria dev'essere – secondo l'art. 8 – «praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale» dopo la verifica dell'«inesistenza di controindicazioni sanitarie». L'art. 9 disciplina l'obiezione di coscienza.
Il dibattito antecedente e appena posteriore l'emanazione della legge n. 194/1978 e le posizioni assunte da parte delle Chiese cattolica e valdese e dell'UCEI sono approfonditi nel paragrafo 4.2.

4.1. Enti ecclesiastici, assistenza sanitaria delle confessioni religiose e riforma ospedaliera.

La legge n. 132 del 1968 è anche nota, in modo specifico per l'assistenza ospedaliera degli enti ecclesiastici, per aver favorito il passaggio di competenza dal ministero dell'Interno al ministero della Sanità[1046]. La nuova legge permette che gli enti ecclesiastici, tra cui quelli cattolici, che operano nel settore ospedaliero e assistenziale, svolgano la loro attività in due ambiti: da un lato possono contribuire al servizio pubblico, partecipando agli obiettivi generali del sistema sanitario nazionale, rientrando nella disciplina del quinto comma dell'art.1 della legge n. 132 diventando così ospedali classificati (e questo è l'elemento di novità); dall'altro, come era stato fino a quel momento, esercitano una professione sanitaria privata attraverso ambulatori, centri di assistenza e consulenza – come i consultori – case di cura e cliniche. Il meccanismo di classificazione, che spetta alle strutture in possesso dei requisiti stabiliti dalla legge n. 132 per gli ospedali pubblici, ha permesso di equiparare pienamente anche le strutture religiose. Ciò ha consentito loro, nel rispetto dell'autonomia giuridico-amministrativa, di essere integrate nella pianificazione ospedaliera e di usufruire dei finanziamenti pubblici previsti dal fondo ospedaliero[1047].
Gli enti ecclesiastici non diventano propriamente enti ospedalieri. Gli enti ospedalieri propriamente detti, infatti, sono definiti dalla legge enti pubblici ospedalieri[1048]. Per quanto riguarda il contributo al servizio pubblico, il lavoro svolto dagli enti ecclesiastici che svolgono attività ospedaliera e quello svolto dagli enti pubblici ospedalieri, pur avendo differenti fini, «devono convergere verso obiettivi generali rispondenti alla governance statale»[1049]. In questo modo, nel settore delle politiche sanitarie si concretizza l'orientamento pluralista alla base dell'ordinamento costituzionale italiano, con un sistema ospedaliero-assistenziale in cui, pur mantenendo lo Stato un ruolo predominante, è stata riconosciuta e integrata l'assistenza privata per valorizzare un campo di interesse pubblico[1050].
Un aspetto di particolare rilievo riguarda l'autonomia degli enti ecclesiastici che gestiscono strutture ospedaliere. Il quinto comma dell'articolo 1 della legge n. 132 del 1968 stabilisce chiaramente che, fatta salva la vigilanza tecnico-sanitaria attribuita al Ministero della Sanità, non si apportano modifiche alle normative esistenti relative al quadro giuridico e amministrativo degli istituti e degli enti ecclesiastici riconosciuti civilmente che erogano servizi ospedalieri.
L'autonomia amministrativo-gestionale di cui si può fruire in questi casi deriva certamente dal riconoscimento di un ordine autonomo, distinto e separato da quello dello Stato. In questo contesto, generalmente e nel complesso, non è consentita alcuna ingerenza da parte dello Stato, principalmente

[1046] Dammacco, G., *Diritto ecclesiastico "sanitario" ed enti ecclesiastici ospedalieri*, in Dammacco, G., (a cura di), *Diritto sanitario e fenomeno religioso,* Bari, Cacucci editore, 2005, p. 26.
[1047] Attolino, S., *Fede, cura, sanità. Contributo allo studio degli ospedali religiosi nel sistema sanitario nazionale*, Bari, Cacucci editore, 2020, p. 38.
[1048] Stefanì, P., *L'attività ospedaliera degli enti ecclesiastici*, in Dammacco, G., (a cura di), *Diritto sanitario e fenomeno religioso,* Bari, Cacucci editore, 2005, pp. 103-118, p.
[1049] Dammacco, G., cit., p. 26.
[1050] Attolino, S., cit., p. 37.

a causa della natura ontologicamente diversa dei principi e delle norme religiose che regolano la vita degli enti ecclesiastici. In qualche modo, questa configurazione, che definisce l'ambito dell'autonomia, si basa anche sul principio di laicità dello Stato, che tutela e riconosce il valore dell'indipendenza delle strutture ecclesiastiche. L'autonomia sotto il profilo giuridico e gestionale deve essere in piena conformità a quanto previsto dalle intese bilaterali di tipo concordatario, le quali costituiscono il quadro di riferimento nel quale si devono individuare e definire dettagliatamente i contenuti concreti di tale autonomia. Infatti, oltre al Concordato con la Chiesa cattolica, l'eventualità dell'istituzione delle Intese con le altre confessioni religiose è già iscritta nell'art. 8 della Costituzione e in questi anni sono in cantiere diverse bozze già sottoposte al ministero dell'Interno dalla Chiesa valdese; così come è attuale la discussione sulla revisione del Concordato tra Stato e Chiesa cattolica. La specifica formulazione del quinto comma dell'articolo 1 della legge n. 132 deve essere interpretata in modo coerente con le previsioni concordatarie di origine bilaterale, che ne costituiscono il contesto di riferimento. Il rimando ad un accordo bilaterale in cui verrà fatto esplicito riferimento alla normativa statale in materia evidenzia la peculiarità della situazione degli enti ecclesiastici che gestiscono strutture ospedaliere. Tale condizione si distingue per l'autonomia completa attribuita loro, limitata alla sola vigilanza "tecnico-sanitaria" esercitata dal Ministero competente[1051].

4.1.1. La Chiesa cattolica.

Grazie soprattutto al grado di autonomia che viene lasciato agli enti ecclesiastici che svolgono assistenza ospedaliera, la Chiesa cattolica vede con favore la creazione dell'assistenza pubblica in questi anni, considerandola una proiezione di principi cristiani nella sfera del diritto pubblico e della organizzazione dello Stato. Anche se continua a temere che si realizzi un potenziale predominio dello Stato nel settore dell'assistenza, specie dei poteri locali dopo la legge 22 luglio 1975, n. 382 sul decentramento alle Regioni di gran parte delle competenze su sanità e assistenza. La Chiesa cattolica si impegna ugualmente a mantenere una presenza attiva e a collaborare con risorse proprie al miglioramento in Italia dei servizi sociali e assistenziali[1052].
Come questa ricerca ha dimostrato, la storia degli enti ecclesiastici cattolici che svolgono attività ospedaliera e assistenza sanitaria in Italia è antica e capillare, sopravvivendo alle leggi giurisdizionaliste post-unitarie, al regime fascista e alla Seconda guerra mondiale. La riforma ospedaliera del '68 e la riforma sanitaria degli anni Settanta sono un altro snodo importante della loro storia che porta modifiche importanti al settore ma anche nuova linfa, portando negli anni successivi a un incremento nel numero degli enti e, in alcuni casi virtuosi, a eccellenze affermate a livello internazionale, come gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.
La presenza della Chiesa cattolica e l'esercizio del proprio diritto di libertà di religiosa nella sanità italiana non si limita agli enti ecclesiastici che svolgono attività ospedaliera e assistenziale: la sua missione si intreccia in modo complementare all'ambito sanitario pubblico attraverso le convenzioni che permettono al personale religioso di prestare servizio assistenziale negli enti ospedalieri pubblici, e attraverso l'assistenza spirituale alle persone ricoverate.
Per quanto riguarda le convenzioni tra enti religiosi ed enti ospedalieri per le attività prestate da personale religioso in ospedali pubblici, sono dispositivi utilizzati fin dai primi passi della sanità pubblica e molto utilizzati ancora nel XXI secolo. Con la riforma sanitaria avviata e la riforma

[1051] Dammacco, G., cit, pp. 33.
[1052] Caruso, A., *La Chiesa italiana e l'assistenza,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 130, v. II, 5 maggio 1979, p. 279.

ospedaliera, l'aumento nel numero degli ospedali pubblici e l'ingrandirsi del servizio prestato alla società, questo tipo di convenzioni sono diventate ancora più importanti per mantenere in vita il servizio pubblico ospedaliero nazionale. L'art. 42 della legge n. 132 del 1968 dispone che i Consigli di amministrazione degli enti ospedalieri possono stipulare convenzioni con gli Ordini religiosi, per l'espletamento di particolari servizi con personale idoneo alle funzioni rispettivamente assegnate. Per la maggior parte si tratta di suore, il cui lavoro è prezioso per gli enti ospedalieri, soprattutto in questo periodo di rodaggio di tutta la macchina sanitaria in costruzione, in quanto molto economico e di massimo rendimento[1053]. Con la stipula di queste convenzioni l'obbligo dell'ordine religioso è uno soltanto: far sì che un determinato numero di suore presti servizio nell'ospedale per tutta la durata della convenzione, generalmente annuale, ma rinnovabile.

Il numero delle suore viene definito al momento della conclusione dell'atto e non può essere mutato per tutta la durata della convenzione. Possono cambiare, invece, le singole suore addette all'ospedale, in quanto si prevede la possibilità, per la suora superiora, di sostituire in qualsiasi momento le singole suore su indicazione dell'amministrazione dell'ospedale, se ricorrano gravi motivi, o di propria iniziativa[1054].

Gli obblighi spettanti l'ospedale, che sono quasi tutti retributivi, vanno distinti: alcuni hanno specificatamente natura di retribuzione e altri «rappresentano piuttosto un accessorio del corrispettivo»[1055] dovuti al particolare status giuridico delle suore.

L'accordo[1056] che stabilisce la somma mensile da versare alle suore non rappresenta un rapporto di lavoro tra queste e l'ospedale. Si tratta piuttosto di un'intesa tra l'ordine religioso e l'ospedale, adottata come una disposizione che, di per sé, non richiede un corrispettivo equo o una compensazione diretta[1057]. L'alloggio fornito alle suore comprende l'uso di adeguati spazi, includendo sia il vitto che l'accesso a locali idonei, progettati per tutelare la loro dignità e riservatezza. Inoltre, in questi spazi, è consentito alle suore di accogliere temporaneamente altre consorelle che non lavorano presso l'ospedale, anche per soggiorni di breve durata. Insieme a tali servizi, si prevede anche la fornitura di vestiario e degli strumenti necessari affinché le suore possano svolgere adeguatamente le proprie mansioni. Tra le prestazioni accessorie, è previsto l'obbligo dell'ospedale di allestire e mantenere una cappella con gli arredi essenziali, affinché, a proprie spese, possano essere officiate le messe quotidiane. Inoltre, l'ospedale si impegna in modo categorico a garantire alle suore la possibilità di adempiere ai loro riti giornalieri, rispettando così le esigenze derivanti dal loro stato religioso[1058].

La gerarchia delle suore che prestano attività nell'ambito ospedaliero è, in genere, la seguente: vi sono una madre superiora (capo religioso di detto personale); una suora vigilatrice (con funzioni ispettive sull'impiego ospedaliero di detto personale); una suora capo-sala (infermiera professionale dirigente ogni reparto o servizio); una suora infermiera (infermiera generica aiutante); una suora assistente (addetta ai servizi senza diploma di infermiera)[1059].

[1053] Furino, P., cit., p. 64.

[1054] Finocchiaro, M., *Convenzioni tra enti religiosi ed enti ospedalieri per le attività prestate da personale religioso in ospedali pubblici. Parte prima,* in «Il diritto ecclesiastico», anno 77, parte I, 1966, pp. 87-88.

[1055] Ibi, p. 87.

[1056] L'autore si riferisce a convenzione stipulata dall'Istituto Regina Elena in Roma con le Suore Minime del S. Cuore in data I° gennaio 1964, art. 4.

[1057] Finocchiaro, M., *Convenzioni tra enti religiosi ed enti ospedalieri per le attività prestate da personale religioso in ospedali pubblici. Parte prima,* cit., pp. 87-88.

[1058] Ibi, p. 88.

[1059] Furino, P., cit., p. 64.

Le disposizioni organizzative prevedono che, tra le suore, tutte tranne una siano impiegate in diverse funzioni all'interno dell'ospedale. L'unica senza compiti specifici si occuperà della gestione del guardaroba delle consorelle, mentre le restanti saranno assegnate ai vari incarichi, in base alle esigenze, su indicazione della madre superiora in accordo con la direzione dell'ospedale. In particolare, a determinate suore sarà assegnato il compito di distribuire il materiale sanitario, mentre ad altre sarà affidata la gestione delle cucine e delle dispense. Queste religiose, in base alle necessità, potranno essere supportate da personale laico nell'esecuzione delle loro funzioni.
Le suore incaricate forniranno assistenza ai degenti e saranno impiegate anche nelle sale operatorie, tutte munite di un regolare diploma di infermiera. Inoltre, svolgeranno attività nelle unità radiologiche. È stabilito in modo definitivo che queste religiose non siano tenute a effettuare turni notturni né a svolgere compiti particolarmente gravosi, come il trasporto delle barelle o la pulizia dei padiglioni[1060]. Le convenzioni sono accordi liberamente stipulati, tra due soggetti di diritto, aventi come fine la regolamentazione reciproca di un rapporto giuridico patrimoniale[1061].
L'art. 19 della legge n. 132 del 1968 afferma che gli ospedali per essere classificati, oltre a soddisfare le esigenze dell'igiene e della tecnica ospedaliera, devono avere un certo numero di requisiti. Tra questi vi è il servizio di assistenza religiosa. Con questa legge si istituisce ufficialmente, per tutti gli ospedali pubblici, il servizio di assistenza religiosa. Per quanto sia consentito ai ministri delle altre confessioni di fare assistenza religiosa, su richiesta delle persone ricoverate, solo con la Chiesa cattolica si instaura e, in certi casi intensifica, un servizio di assistenza religiosa stabile all'interno degli ospedali pubblici italiani, erogato da personale religioso, dotato anche di luoghi di culto e strutturato tramite convenzioni di natura inedita, tra pubblico e privato religioso, che stabiliscono una presenza fissa e capillare di religiosi e religiose cattoliche negli ospedali pubblici[1062].
Per l'art. 39 della legge, infatti, il personale degli enti ospedalieri è costituito anche dal personale di assistenza religiosa. Questo per il medesimo articolo è costituito dai ministri del culto cattolico per gli infermi della medesima confessione. Si tratta dei cappellani immessi nel personale di ruolo degli enti ospedalieri. Con questo articolo si istituiscono i cappellani ospedalieri, non previsti nel codice canonico del 1917, che prevedeva solo il cappellano militare, in quanto in ospedale non si rendeva necessario un cappellano, essendo la religione cattolica da sempre all'interno della maggior parte degli ospedali italiani, in quanto la maggior parte erano sotto il diretto controllo dell'autorità ecclesiastica. Solo con l'attuazione di questa legge e quindi dell'intervento diretto dello Stato nella gestione degli ospedali, la Chiesa cattolica si è posta il problema della sua presenza in tale struttura[1063]. Attraverso la legge in esame «si istituisce un servizio della p.a. avente a oggetto prestazioni che non hanno carattere ospedaliero, ma integrano compiti ascrivibili alla competenza esclusiva dell'autorità ecclesiastica»[1064]. Al contrario, gli infermi di altre confessioni hanno diritto all'assistenza dei ministri dei rispettivi culti, ma non vengono (generalmente) immessi nei ruoli degli enti[1065]. Questo meccanismo è alla base, anche, del D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri" che va meglio a specificare la materia dell'assistenza religiosa in

[1060] Finocchiaro, M., *Convenzioni tra enti religiosi ed enti ospedalieri per le attività prestate da personale religioso in ospedali pubblici. Parte prima,* cit., p. 88.
[1061] Ibi, p. 91.
[1062] Finocchiaro, M., *Convenzioni tra enti religiosi ed enti ospedalieri per le attività prestate da personale religioso in ospedali pubblici. Parte prima,* cit, p. 95.
[1063] Lo Giacco, L., M., *Il servizio di assistenza religiosa negli ospedali e negli istituti di ricovero e cura*, in Dammacco, G., (a cura di), *Diritto sanitario e fenomeno religioso,* Bari, Cacucci editore, 2005, pp. 45-46.
[1064] Ibi, p. 46.
[1065] Ibi, p. 64.

ospedale; all'art. 35 si afferma che «gli ospedali devono disporre di un servizio di assistenza religiosa» (comma 1) e che «l'ordinamento del servizio di assistenza religiosa cattolica è determinato dai regolamenti interni, deliberati dagli enti ospedalieri, d'intesa con gli ordinari diocesani competenti per territorio» (comma 2) distinguendo in questo modo l'assistenza religiosa cattolica da quella delle altre confessioni. L'organizzazione di tale servizio «è stabilita d'accordo con la direzione sanitaria, in modo che qualsiasi cerimonia o manifestazione religiosa sia coordinata con i servizi ospedalieri» (comma 3). Diversamente, per le confessioni religiose non cattoliche non è previsto un servizio stabile: pertanto, è la direzione sanitaria a reperire i ministri di culto su richiesta degli infermi. L'onere del servizio stabile cattolico come del servizio a chiamata per gli infermi di altre confessioni religiose è «a carico dell'ente ospedaliero» (commi 5 e 7). La gratuità o il costo per l'ente ospedaliero pubblico del servizio di assistenza religiosa, è tema di contesa e di rivalsa tra le diverse confessioni religiose nel momento della revisione del Concordato e della stipulazione delle Intese.

4.1.2. La Chiesa valdese.

4.1.2.1. Crisi del personale e vocazionale nelle opere assistenziali valdesi.

I primi decenni del dopoguerra sono difficili: la problematica della mancanza di personale nelle opere assistenziali valdesi non è stata risolta e si mostra sempre di più come un problema strutturale innestato nella vita degli enti.
Nel 1959 la richiesta di infermiere professionali evangeliche da parte dell'Ospedale valdese di Torino diventa l'opportunità per la Chiesa valdese di interrogarsi sul tema del personale qualificato all'interno delle proprie opere assistenziali. Per tali enti si tratta di un momento in cui la richiesta di ricovero è sempre più alta: di conseguenza, essi si ingrandiscono, ma la fonte a cui fino a questo momento si attingeva per il personale, la Casa delle Diaconesse, è in forte crisi vocazionale, aggravatasi quest'anno per la fine del servizio di tre diaconesse emerite non sostituibili[1066].
Dopo la guerra molte giovani valdesi sono andate a lavorare come infermiere in Svizzera negli ospedali psichiatrici, perché il compenso era alto e non erano richieste qualifiche. Volendo trovare impiego negli ospedali valdesi, non sono potute rientrare perché in Italia si richiede una qualifica. Gli ospedali valdesi delle Valli e di Torino, per via di questa forte carenza di personale qualificato, offrono alle giovani che vogliono fare le infermiere un posto retribuito e la possibilità di cominciare a fare pratica in ospedale prima di andare a scuola per ottenere in due anni il diploma di infermiere. Anche a quelle che vorrebbero rientrare in Italia dalla Svizzera si offrono un posto retribuito e la possibilità di frequentare corsi che permettano loro di avere un titolo riconosciuto in Italia. La CIOV si preoccupa molto di mantenere il carattere evangelico delle opere che gestisce, come quando vi erano numerose diaconesse a prestarvi servizio[1067].
Nel luglio dello stesso anno, è il Rifugio "Re Carlo Alberto" a richiedere urgentemente un aiuto: il personale è numeroso ma mai sufficiente e il carico di lavoro è sempre troppo elevato. Qualche volontaria svizzera offre un prezioso contributo nei momenti più duri ma la comunità valdese si

[1066] *Commissione Istituti Ospitalieri Valdesi*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 89, fasc. 23, 4 giugno 1959, p. 1.
[1067] Pons, C., *Cercansi infermiere*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 89, fasc. 17, 24 aprile 1959, p. 3.

interroga sul perché le giovani valdesi delle Valli non siano interessate a una tale opera di «vero amore cristiano»[1068].
Questa crisi di personale viene presentata come spirituale, dovuta all'isolamento degli istituti dalla vita della Chiesa. La relazione del sinodo del '58 descrive bene questo momento:

> «La crisi, se così possiamo esprimerci, non ci sembra essere di natura economico finanziaria, ma spirituale. I nostri Istituti non soffrono di mancanza di fondi ma di solitudine. Quello che pesa non ci pare essere solo l'incubo del deficit ma l'isolamento spirituale. Il sentirsi trasformare lentamente in un meccanismo, se non in una macchina di cui non si percepisce più il fine. Questa solitudine accresce in modo veramente tragico il lavoro che il personale, pensiamo in particolare alle [diaconesse], deve compiere in un ambiente anormale. È infatti doveroso rendersi conto che quasi tutti gli istituti assistenziali sono ambienti anormali perché raccolgono una parte della comunità umana e sempre la stessa, la parte ammalata o impotente. Ed il contatto con questa umanità è logorante fisicamente e spiritualmente. È utopistico ma indispensabile che il personale abbia lunghi periodi di riposo o di contatti, e possibilità di aggiornamento per poter potenziare e rinnovare il proprio lavoro. L'aspetto di stanchezza, di rassegnazione, di sfiducia che qua e là traspare è l'indice di questo isolamento: i nostri istituti sono in parte, in gran parte quello che la Chiesa li fa essere»[1069].

Il problema è sentito con ancora più urgenza al sinodo del 1959, con il Rifugio "Re Carlo Alberto" che non prende più pazienti per mancanza di personale e l'Asilo per vecchi di San Germano nel quale cinque delle otto persone che ne costituiscono il personale, compresa la direttrice, lasciano il posto di lavoro[1070].
Si raggiunge un risultato durante il sinodo del 1967, che determina importanti linee di lavoro per arrivare alla soluzione del problema del personale, costituendo un rapporto diretto comunità-presidenza, per diminuire il senso di isolamento e spingere il sentimento vocazionale, e istituendo una scuola per infermiere evangeliche, con la prospettiva di una vicinanza con le comunità di origine, senza alcuna spesa da parte delle allieve, in ambiente evangelico e con un massimo di 8-9 ore di studio e lavoro al giorno. In questo modo si intende intercettare vocazioni diaconali (nel campo sanitario) e fare in modo che l'istituzione Chiesa possa aprirvi vie di servizio[1071].
Nel 1972 il problema del personale, quantomeno negli ospedali, sembra essere risolto: esso è sufficiente per le attuali strutture ed usufruisce di trattamento economico che sfiora quello dei dipendenti degli ospedali pubblici, comprendente le varie voci contrattuali: l'orario è di 40 ore settimanali, per lo più dal lunedì al venerdì ed il periodo di ferie è quello del contratto nazionale[1072].
Infine, per far fronte ad una sempre più disperata carenza di personale nelle altre opere, specialmente le case di riposo, si approva quest'ordine del giorno:

> «La Conferenza del Primo Distretto, esprimendo il proprio rammarico per le condizioni logoranti nelle quali lavora il personale addetto alle case di riposo per anziani, riconoscendo l'esigenza di aumentare l'organico; deplorando l'assenteismo delle comunità in genere; biasimando tutti coloro che cercano di approfittare delle nostre opere servendosi dei nostri Istituti senza assumere gli oneri finanziari pur essendo in grado di farlo, invita la CIOV a non accettare rette inferiori al minimo da lei fissato; invita le comunità

[1068] *Urge un aiuto al "Rifugio Carlo Alberto"*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 89, fasc. 23, 4 giugno 1959, p. 4.
[1069] *Chiese ed Istituti*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 89, fasc. 21, 22 maggio 1959, p. 2.
[1070] G., C., *Istituti Ospitalieri Valdesi*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 89, fasc. 39, 2 ottobre 1959, p. 4.
[1071] *I nostri istituti assistenziali e il loro futuro,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 97, fasc. 38, 29 settembre 1967, p. 4.
[1072] *Alcune notizie dall'Ospedale valdese di Torre Pellice,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 102, fasc. 1, 7 gennaio 1972, p. 1.

a provvedere esse stesse ad integrare la retta di quei membri di chiesa che non potessero coprirla integralmente con mezzi propri»[1073]

4.1.2.2. Le opere assistenziali evangeliche negli anni Sessanta e Settanta.

Nonostante le difficoltà dovute alla mancanza di personale qualificato nelle opere delle Valli, gli enti di assistenza sanitaria valdese ed evangelica continuano a sorgere e incrementare il loro impegno su tutto il territorio nazionale. La stampa valdese sottolinea che gli istituti ospedalieri valdesi sono un'opera di assistenza e di testimonianza che non si limita ai valdesi, ma si estende oltre i limiti delle loro parrocchie in favore di persone di altra confessione e, per fare ciò, superano molti ostacoli logistici[1074].

Nel 1959 il vecchio stabile dell'Ospedale di Pomaretto, più che secolare, necessita di un restauro radicale per renderlo adatto alle esigenze dei nuovi tempi. Il progetto, pronto da anni, prevede di riorganizzare interamente i servizi igienici e sanitari, rendere i vari locali indipendenti gli uni dagli altri, creare un nuovo reparto maternità ed una nuova sala operatoria sopraelevando leggermente la parte ovest dell'ospedale per portarla al livello della costruzione centrale. Questo permette di aumentare il numero delle camere private di degenza, sempre molto richieste, e di offrire assistenza a convalescenti e a persone anziane ammalate che fino a questo momento non hanno ricevuto parere positivo dall'amministrazione dell'ospedale[1075].

Tra il 1959 e il 1960 la popolazione valdese delle Valli critica l'operato della CIOV perché molti devono essere ricoverati in ospedali lontani e non evangelici, come l'Ospedale Agnelli a Pinerolo[1076] o l'Ospedale di Luserna S. Giovanni[1077]. Le colpe imputate alla CIOV sono la mancanza di accordi con i medici di base per il ricovero negli ospedali valdesi e il dilungarsi di quelli con la mutua dei coltivatori diretti per permettere il ricovero negli ospedali di Torre Pellice e Pomaretto. A tali problematiche si troverà un rimedio parziale solo negli anni successivi.

Il 12 novembre 1960 viene inaugurata una nuova ala dell'Ospedale evangelico valdese di Torino, mentre continuano i lavori nella sede che fino adesso ospitava l'Ospedale. All'inaugurazione, a cui sono presenti il Prefetto e il Sindaco di Torino, viene ricordato che la presenza valdese a Torino ha avuto la sua spinta proprio da questa iniziativa di assistenza in quanto l'Ospedale è nato dieci anni prima della costruzione del tempio[1078].

Il 16 e 17 settembre 1961 si tiene ad Agape (Prali) la seconda assemblea dell'A.I.M.E. (Associazione Italiana Medici Evangelici). Oltre alle questioni organizzative e alle problematiche inerenti alla mancanza di personale negli ospedali evangelici si discute di due argomenti in particolare: la prossima riforma ospedaliera con la necessità di adeguamento degli ospedali evangelici e la collaborazione tra medici e pastori nell'assistenza agli infermi. In merito al primo tema, si vota per una proficua collaborazione tra medici e amministrazioni degli ospedali per far fronte alla riorganizzazione necessaria che la riforma prevederà. Quanto al secondo, si auspica una migliore collaborazione tra

[1073] *Gli Istituti assistenziali e il servizio diaconale nelle Valli Valdesi,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 102, fasc. 27-28, 14 luglio 1972, p. 1.
[1074] Ibidem.
[1075] U., B., *I nostri ospedali*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 89, fasc. 21, 22 maggio 1959, p. 3.
[1076] E., G., *Mutua e C.I.O.V.*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 90, fasc. 50, 16 dicembre 1960, p. 2.
[1077] *Una proposta alla CIOV* , in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 89, fasc. 35, 4 settembre 1959, p. 4.
[1078] F., S., *Inaugurata a Torino la nuova ala dell'Ospedale Evangelico Valdese*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 90, fasc. 46, 18 novembre 1960, p. 1.

medici e pastori affinché i primi, occupati dagli aspetti diagnostici e terapeutici nel rapporto con i pazienti, ricevano un aiuto nel considerare l'aspetto spirituale della malattia che integri la visione medica in ogni singolo caso[1079].

Al sinodo del 1961, si entra nel merito della riforma ospedaliera, ormai prossima, che gli ospedali valdesi dovranno affrontare. Secondo la proposta di riforma presentata in Parlamento dal ministro Giardina si prevedono tre categorie di ospedali e la soppressione delle "infermerie" per malati gravi. Il problema è che gli ospedali valdesi sono in quel momento classificati proprio come "infermerie" e dunque in pericolo di scomparire. Si decide quindi di coinvolgere l'ufficio legale della Tavola valdese e l'Ospedale valdese di Torino, che da alcuni anni ormai non intrattiene rapporti con la CIOV[1080]

Nell'agosto del 1962 è ormai prossimo all'apertura il Centro di Assistenza Medico-infermieristico evangelico di Firenze. La Comunità fiorentina, formata da Chiese di diverse denominazioni, grazie alla concessione di ampi locali da parte dell'Istituto Gould, sta aprendo il suo moderno e funzionale poliambulatorio medico, istituito per le molteplici necessità terapeutiche e di profilassi e rivolto in particolare alla popolazione giovanile. Inoltre, si prosegue, con mezzi idonei, l'impegno che il Centro Evangelico di Solidarietà si è assunto nei confronti di tutte quelle fasce di popolazione che restano fuori dal sistema mutualistico[1081].

Al sinodo del '62 la Chiesa valdese torna ad interrogarsi sul futuro delle sue opere assistenziali e discute sul problema non risolto della mancanza di personale qualificato, dovuto soprattutto al poco interesse che i giovani valdesi hanno verso un impiego sanitario, di cui si è già detto sopra, oltre alla mancata vocazione per l'impegno diaconale; su quanto è stato fatto dal versante dell'adeguamento strutturale dei vari istituti, come l'Asilo per vecchi di S. Germano e l'Ospedale di Torre Pellice, e su quanto, invece, andrebbe fatto per esempio all'Ospedale di Pomaretto. Quest'ultima è molto difficile, essendo i lavori fermi e non conoscendone le sorti nel prossimo futuro, con la riforma ospedaliera ferma in Parlamento.

Infatti, se il progetto di legge venisse approvato imporrebbe un radicale ridimensionamento degli ospedali valdesi: nel 1962 soltanto l'Ospedale evangelico valdese di Torino risponde alle caratteristiche per essere considerato ospedale. Poiché uno dei requisiti è il numero minimo di ricoverati annui di 700 persone, con uno sforzo di rete anche l'Ospedale di Torre Pellice potrebbe raggiungere questo obiettivo avendo registrato, nel 1961, 548 presenze. Gli altri, come quello di Pomaretto, dovrebbero essere considerati "convalescenziari", collegati con l'Ospedale di Torino.

Il sussidio statale al progetto di rifacimento dell'Ospedale di Pomaretto è vincolato alle sorti della riforma, riguardando un istituto confessionale di una minoranza religiosa. La CIOV vota per richiedere un finanziamento bancario per portare avanti tali lavori, anche se la Commissione d'esame si dice contraria a un tale gravoso piano, non sapendo se le sorti di questo istituto saranno quelle di ospedale o di convalescenziario, tra i quali c'è molta differenza. Ad ogni modo, è sempre più urgente uno stretto coordinamento tra gli ospedali delle Valli e l'Ospedale di Torino, e nel '61 è costituita una commissione di studio. Come ordine del giorno il Sinodo vota per prorogare di un anno ancora il mandato di tale commissione. Il Sinodo di quell'anno rivela anche la necessità di non soffermarsi a discutere unicamente degli istituti ospedalieri delle Valli, non interessando necessariamente tutte le

[1079] A., E., *La seconda assemblea annuale dei medici evangelici (A.I.M.E.)*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 91, fasc. 41, 20 ottobre 1961, p. 2.

[1080] *I nostri istituti una responsabilità per tutti. L'assistenza*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 91, fasc. 35, 8 settembre 1961, p. 2.

[1081] *Verso un ambulatorio medico-sociale*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 92, fasc. 32, 10 agosto 1962, p. 2.

Chiese d'Italia, e di trattare di tutti gli altri Istituti, come l'Asilo Italia o quello di Vittoria o "Villa Olanda". Ci si domanda inoltre se non sia il caso di discutere degli ospedali di Torre Pellice e Pomaretto nella conferenza del I Distretto, che interessa in modo particolare il territorio delle Valli[1082].
Il 28 ottobre 1962 viene inaugurata la nuova Casa di riposo per evangelici di Vittoria, in Sicilia, una delle poche opere sociali valdesi del Sud Italia[1083].
Il 7 dicembre dello stesso anno, viene finalmente inaugurato il Centro di Assistenza Medico-infermieristico evangelico di Firenze; si tratta di un complesso di tre stanze, servizi igienici e accessori su 100 mq. Quest'opera sociale non ha un carattere esclusivamente ambulatoriale, ma vuole essere un centro medico sociale al centro di Santo Spirito, all'epoca uno dei quartieri più popolari di Firenze. Si prevede, infatti, anche un servizio di assistenza domiciliare gratuita per coloro che risultano privi di ogni assistenza medica. La direzione dell'opera e la gestione dell'ambulatorio sono tutte affidate ad evangelici appartenenti alla comunità fiorentina[1084].
Al sinodo del 1963, viene lanciato un appello per sostenere finanziariamente gli istituti, in particolare preoccupano i bilanci passivi degli ospedali, anche se il problema maggiore resta sempre quello del personale. In quella sede si annuncia anche il nuovo direttore della CIOV, che per la prima volta è un laico, dunque non un pastore, che occuperà un ruolo diaconale. La direzione della CIOV viene vista come un compito diaconale in quanto non si tratta solo di un compito meramente amministrativo ma si tratta, dal punto di vista della Chiesa valdese, di un'opera in cui il credente esprime la sua fede e la sua sollecitudine fraterna per gli altri, in questo caso il personale degli istituti e i ricoverati[1085].
Si continuano a ricercare soluzioni e fondi per riuscire a risolvere i problemi che affliggono il Rifugio "Re Carlo Alberto". Si ritiene che essi siano il risultato della scelta iniziale e delle circostanze tanto particolari che li fecero nascere, dovute anche ad un clima isolazionista. Infatti, la scelta di costruire un istituto per malattie incurabili, come il Rifugio, in un posto immerso nel verde e lontano da tutti quei servizi, che negli anni '60 si reputano essenziali, sembrava potesse essere la sola possibilità. Negli anni, tutti gli aggiustamenti, gli ammodernamenti e aggiornamenti delle pratiche non hanno fatto altro che innestarsi su quel nucleo originale che risente di quella scelta obbligata che continua a marginalizzarlo, nonostante i cambiamenti adottati. Da alcuni anni ci si sforza di trovare una soluzione che permetta ad operatori e utenti di passare dal padiglione Arnaud (di costruzione successiva) al nucleo centrale del Rifugio e viceversa. Se come prima risposta si pensa a un passaggio coperto, come soluzione migliore e meno dispendiosa, alla fine del '63 prevale invece la proposta di costruire una vera e propria ala che colleghi i due fabbricati esistenti[1086].
Il sinodo del 1963 delibera di fare esaminare il Rapporto della CIOV e la corrispondente Controrelazione dalla Conferenza del I Distretto, anziché dal sinodo stesso come in passato[1087].
Su sollecitazione dell'Assessore all'Igiene della Provincia di Torino, la Commissione dell'Ospedale evangelico valdese di Torino istituisce un convitto specializzato per minori con disabilità psichiche

[1082] *Validità dei nostri istituti assistenziali,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 92, fasc. 36, 14 settembre 1962, p. 3.
[1083] Scuderi, G., *Inaugurata a Vittoria, la "Casa di riposo per Evangelici"*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 92, fasc. 45, 16 novembre 1962, p. 2.
[1084] *Il nuovo ambulatorio evangelico a Firenze*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 92, fasc. 50, 21 dicembre 1962, p. 6.
[1085] G., *Il Sinodo esamina l'attività della C.I.O.V.,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 93, fasc. 37, 20 settembre 1963, p. 3.
[1086] G., *Il Rifugio C. Alberto. Un antico focolare, un istituto essenziale,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 93, fasc. 48, 6 dicembre 1963, p. 2.
[1087] Gay, C., *Una innovazione,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 94, fasc. 17, 24 aprile 1964, p. 2.

all'Uliveto di Luserna S. Giovanni. Inizialmente, si ha disponibilità per 20 posti letto che sono assegnati a minori di età compresa tra i 6 e i 9 anni. Di norma essi possono restare nel convitto fino all'età di 14 anni. La permanenza è completamente gratuita, grazie ad una convenzione con la Provincia. L'assistenza è curata da maestre, possibilmente con diploma di tipo montessoriano, mentre i controlli sanitari specialistici sono seguiti direttamente dalla Direzione psico-medico-sociale della Provincia. Inoltre, essendosi l'Amministrazione provinciale fatta promotrice, il Provveditorato agli studi istituisce classi differenziate presso le scuole pubbliche. Trattandosi di un Istituto strettamente specializzato, l'ente di controllo ha l'ultima parola sull'accettazione dell'utenza e sulla gestione[1088].
Nell'aprile del 1966 finalmente, hanno inizio i lavori per l'ammodernamento dell'Ospedale di Pomaretto. Nell'incombenza della scelta tra la ristrutturazione o la chiusura, per il momento la CIOV ha lasciato da parte l'esito sulla sovvenzione statale e richiesto un finanziamento bancario. All'Ospedale di Pomaretto si riconoscono non solo la sua validità sociale e umanitaria, come unico ospedale di tutta la Val Chisone e Val Germanasca, ma anche la responsabilità valdese nella zona, in quanto lasciarlo chiudere significherebbe rinunciare ad una delle testimonianze valdesi più valide e concrete nel campo dell'assistenza[1089].
Il sinodo del 1967 è un importante snodo per il futuro delle opere assistenziali valdesi. Come primissima azione, dopo il confronto tra la Tavola valdese, la CIOV e la Commissione d'esame si afferma la necessità che il sinodo si assuma la responsabilità di nominare all'ufficio della presidenza della CIOV una persona a tempo pieno e coadiuvata da nuovi consiglieri, essendo diventata insostenibile la mole di lavoro[1090]. Le questioni affrontate in seguito sono la direzione-amministrazione; l'organizzazione tecnica, del personale e delle finanze; il tema spirituale, che è alla base di tutto l'operato della CIOV.
In merito alla prima, è necessario aggiornare gran parte degli statuti delle opere valdesi, essendo queste diversamente configurate dal punto di vista giuridico e regolate da norme statutarie quasi centenarie. Inoltre, è diventato indispensabile che ci sia una amministrazione centrale unica a livello direttivo che si occupi delle linee generali di tutte le opere e dei problemi di fondo, demandando tutte le questioni pratiche a comitati locali, provvisti di una certa autonomia, per alleggerire il carico della CIOV. In questa nuova configurazione si inserisce la nuova presidenza a tempo pieno, con il compito di unione e coordinamento, e di rapporto diretto con le diverse comunità, composte da tutto il personale di ogni singola opera e dai suoi assistiti, con le quali il presidente può instaurare un rapporto diretto e fare da guida, anche spirituale.
Per quanto riguarda il personale, come riportato sopra, è con questo Sinodo che si afferma l'intenzione di costituire un rapporto diretto comunità-presidenza e di istituire una scuola per infermiere evangeliche.
Sull'adeguamento tecnico, sono soprattutto gli ospedali ad essere attenzionati. Essi vivono le difficoltà di tutti gli ospedali di provincia, essendo quelli grandi cittadini diventati centri di attrazione di fondi e personale. Nell'attesa della legge n. 132/1969, che decreterà le sorti degli ospedali valdesi, la situazione nel raggio di 70 km è di due ospedali da potenziare (Torre Pellice e Torino) e di uno rifatto nuovo (Pomaretto) da riaprire.

[1088] *Una nuova opera della Chiesa Valdese,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 95, fasc. 33, 20 agosto 1965, p. 1.
[1089] Armand-Hugon, A., *L'Ospedale valdese di Pomaretto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 96, fasc. 17, 28 aprile 1965, p. 1-2.
[1090] *I nostri istituti assistenziali e il loro futuro,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 97, fasc. 38, 29 settembre 1967, p. 4.

Il problema di fondo, quello spirituale, è proprio quello su cui verte la preoccupazione più grande del Sinodo, che ribadisce che le opere valdesi hanno significato e diritto di esistenza nell'«annunzio concreto del Regno»[1091].

Il 1° luglio del 1968 riapre l'Ospedale valdese di Pomaretto, dopo tre anni di lavori. La CIOV ha dovuto prendere una scelta sulla configurazione del nuovo ospedale per far in modo che quanto prima il servizio alla popolazione tornasse attivo. Inoltre, i gravi problemi di bilancio, dovuti ai mutui contratti per la ricostruzione e per le previste spese di gestione, impedivano che l'Ospedale rimanesse ancora chiuso. Una chiusura ulteriormente prolungata avrebbe trascinato in pochi mesi anche l'Ospedale di Torre Pellice in una situazione fallimentare. Inizialmente, si è pensato di aprire solo un piano, per una capienza di 25 persone e con l'assunzione di personale sufficiente a tale carico, ma la situazione si è capovolta quando tre infermiere evangeliche hanno richiesto l'assunzione, il che ha permesso di portare quasi subito il numero di ricoverati a 41 presenze giornaliere[1092].

L'Ospedale di Pomaretto riprende le attività precedentemente svolte da quello di Torre Pellice, mentre nell'ottobre del '68 il reparto di maternità viene chiuso in modo da poter riorganizzare il servizio ostetrico ospedaliero. La chiusura ha un tempo indefinito e per le giovani partorienti, ma per tutta la popolazione della Val Pellice che ha bisogno di cure e visite ostetriche, le soluzioni più vicine diventano Luserna San Giovanni o Pinerolo. Questo, peraltro, significa rinunciare alla specificità evangelica delle cure in un ambito d'intervento sanitario molto carico dal punto di vista simbolico, etico e religioso[1093].

Il 20 ottobre 1968 viene inaugurato l'Ospedale evangelico di Napoli, nel quartiere Ponticelli. Si tratta di un progetto interdenominazionale come quello di Genova. È stato acquistato un terreno e costruito un palazzo sotto gli auspici della Federazione delle Chiese Evangeliche d'Italia e l'aiuto di varie Chiese. La costruzione è iniziata nel '64 per 100 posti letto ma ha dovuto interrompersi nel '66 per mancanza di fondi. L'ospedale inizia a funzionare dal 1° novembre 1968 all'interno del quadro della riforma ospedaliera e, nello spirito di non discriminazione, dà assistenza a chiunque[1094]. Al momento dell'inaugurazione i ricettari sono ancora a nome del direttore, il dott. Teofilo Santi, e dopo molte visite ispettive non è ancora stato dato il permesso ufficiale per l'avvio dell'attività. Secondo il direttore uno dei motivi di titubanza delle autorità potrebbe essere proprio il nome "Ospedale evangelico" anche se le leggi danno garanzie a tutti. Ponticelli, il quartiere di Napoli in cui sorge, sembra essere particolarmente problematico, con la popolazione in aumento e il più vicino ospedale a 8 km, mettendo il servizio di assistenza evangelico in seria difficoltà, ancora prima della sua inaugurazione, per quanto riguarda la possibilità di prestare cure a tutti. In prospettiva, per l'Ospedale si intende mantenere la denominazione evangelica e dunque la sua autonomia giuridico-amministrativa e allo stesso tempo però cogliere ogni possibile occasione di servizio che si può rendere nel piano della programmazione sanitaria nazionale[1095]. Il personale infermieristico dell'Ospedale evangelico di Napoli, al momento dell'inaugurazione, è composto da infermiere evangeliche tedesche, la cui intenzione è di rimanere quanto necessario per formare infermiere

[1091] Ibidem.

[1092] *Riaperto l'Ospedale valdese di Pomaretto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 98, fasc. 33-34, 30 agosto 1968, p. 3.

[1093] Aime, E., *Torre Pellice. Ospedale valdese,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 98, fasc. 43, 1° novembre 1968, p. 2.

[1094] *L'Ospedale evangelico di Napoli,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 98, fasc. 41, 18 ottobre 1968, pp. 1 e 4.

[1095] *Un'opera evangelica di servizio in uno dei quartieri "bassi" napoletani,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 98, fasc. 41, 18 ottobre 1968, pp. 3-4.

evangeliche italiane e poi tornare a prestare servizio in Germania. Alla fine del 1968, sebbene l'Ospedale non sia formalmente aperto e diverse attrezzature per farlo funzionare manchino, la presenza delle infermiere permette di tenerlo pulito e pronto una volta ottenuta l'autorizzazione a partire con le attività[1096].

L'intenzione della direzione, infatti, è quella di aprire quanto prima una scuola di infermieristica e una pre-scuola per formare chi non ha i titoli. Inoltre, si vuole istituire un servizio di diaconia e assistenza medica presso ogni sede pastorale, in modo che ogni pastore possa seguire adeguatamente i propri fratelli infermi. Per quanto riguarda il personale, problema che assilla gli ospedali valdesi come ampiamente osservato, l'alto tasso di disoccupazione della zona permette di non dover fare appelli per la bassa manovalanza, mentre per il personale qualificato si preferisce che sia evangelico ma non si escludono infermiere cattoliche: alcune infatti sono già state assunte. Sul servizio di cappellania, non ancora istituito, il direttore assicura che sarà rispettata la libertà religiosa di chi non è evangelico[1097].

Nel luglio del 1969 riapre il reparto di maternità di Torre Pellice, dopo un ammodernamento strutturale e tecnico e con una nuova responsabile all'ostetricia. Inoltre, non essendo più adeguato alle esigenze sanitarie contemporanee, il padiglione viene convertito per ospitare 20 pazienti con malattie psichiatriche, provenienti da ospedali psichiatrici e originari delle Valli. Il padiglione, così rivisto nelle sue funzionalità, opera in maniera autonoma e indipendente dall'Ospedale[1098].

Le opere assistenziali evangeliche continuano a sorgere, e particolarmente attive sono le comunità toscane. Il 17 ottobre 1971 viene inaugurata la Casa di Riposo "il Cignoro" vicino Firenze[1099].

Del 1974 è la relazione della Commissione d'esame sull'operato della CIOV che mette in evidenzia due problematiche: la prima è la "medicina preventiva" che deve essere attuata dall'Ospedale di Pomaretto, riguardante non solo la diagnosi precoce, ma anche la direzione dell'Ospedale, con le proprie attrezzature e personale, di un'azione di sensibilizzazione sociale della tematica sanitaria che comprende la salubrità delle abitazioni, dei luoghi e dei metodi di lavoro in tutta la vallata. La seconda è la necessità di intensificare l'azione pastorale del presidente della CIOV, come decretato con l'elezione del presidente Aime all'ultimo Sinodo, sul personale di tutte le istituzioni assistenziali[1100].

Nel giugno del '75 durante la Conferenza del I Distretto si è parlato dell'ampliamento dell'Ospedale di Torre Pellice. La Conferenza Distrettuale invita la CIOV da un lato, in vista del prossimo Sinodo, a informare sul progetto tutte le Chiese, anche quelle fuori dalle Valli, predisponendo la documentazione necessaria, e dall'altro, a classificazione avvenuta, a promuovere con i Comuni e la Comunità Montana della Val Pellice, incontri pubblici per coinvolgere la popolazione nei problemi della salute pubblica. Infine, la Conferenza, convinta dell'importanza dell'assistenza sanitaria svolta dall'Ospedale di Torre Pellice, ritiene che il suo ampliamento mediante l'utilizzo dell'edificio dell'ex-convitto maschile valdese rappresenti una soluzione valida. Quindi, invita la CIOV con la

[1096] *Da Berlino a Ponticelli,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 98, fasc. 41, 18 ottobre 1968, p. 3.

[1097] *Un'opera evangelica di servizio in uno dei quartieri "bassi" napoletani,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 98, fasc. 41, 18 ottobre 1968, pp. 3-4.

[1098] *Torre Pellice. Novità all'Ospedale valdese,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 99, fasc. 29-30, 25 luglio 1969, p. 7.

[1099] S., *È stata inaugurata la casa di riposo "Il Cignoro",* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 101, fasc. 44, 29 ottobre 1971, p. 5.

[1100] Sonelli, A., *Il dibattito sulla CIOV. Medicina preventiva e disponibilità pastorale,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 104, fasc. 27-28, 12 luglio 1974, p. 6.

Tavola Valdese a far partecipe la Regione Piemonte di tale proposta per ottenere l'autorizzazione al progetto di ampliamento[1101].
Nel giugno del 1976, vengono informate le comunità valdesi che il progetto di ampliamento dell'Ospedale di Torre Pellice nei locali dell'ex-convitto maschile valdese è stato bocciato per vari motivi, ma è prevista una ristrutturazione della sede che in quel momento lo ospita. Il progetto definitivo, però, è subordinato alla esatta delimitazione della zona di servizio che verrà assegnata all'Ospedale[1102].
Nel 1978 la Comunità valdese si interroga sul senso delle sue opere di assistenza, in un periodo di crisi come mai prima. Una delle valutazioni che esponenti della Comunità operano è che la crisi delle istituzioni assistenziali sia dovuta al fatto che esse risultano più esposte in quanto sono alla frontiera dell'evangelismo. In tale situazione appare più significativo dare una risposta evangelica ai problemi della convivenza sociale in Italia, tra la gestione dominante dell'ambito caritativo da parte della Chiesa cattolica, una gestione pubblica dominata dalla lottizzazione del potere e un privato selvaggio. L'ipotesi alternativa che la comunità evangelica formula è il rinnovamento nella gestione della salute pubblica attraverso le proprie strutture assistenziali. In questo periodo storico, le opere valdesi sono strette tra il diventare industrie efficienti come cliniche per benestanti o cessare le loro attività perché sono venute meno le condizioni che le avevano generate. Le comunità però non si rassegnano a tale destino e rimangono legate sentimentalmente alle proprie opere. Questo rifiuto del cambiamento è dovuto al fatto che le opere assistenziali evangeliche sono parte integrante della missione delle Chiese, tanto quanto la Tavola valdese, la Facoltà di Teologia o la casa editrice Claudiana. La scelta di proseguire le proprie attività in modo immutato, di privatizzarsi, ovvero di pubblicizzarsi o ancora di chiudere può dipendere solo da motivi vocazionali, e non tecnici. Tali istituti sono testimonianza della presenza evangelica in Italia e, decadendo, verrebbe a mancare il terreno su cui si innesta il discorso evangelico e la sua incidenza nel sociale[1103].

4.1.2.3. La riforma ospedaliera e gli Ospedali valdesi.

Il 6 febbraio 1968 alla Camera si vota per la tutela dell'autonomia giuridico-amministrativa degli Ospedali evangelici. L'ordine del giorno porta la firma degli onorevoli Rossi, Gonella, La Malfa, Bozzi e Cariglia, che si definiscono «quattro laici di varia colorazione politica e un eminente cattolico, egualmente preoccupati della tutela di un principio caro a tutti: quello della pari libertà e dignità de' i cittadini a qualunque religione essi appartengano»[1104]. Gli onorevoli chiedono un chiarimento all'On. Mariotti in merito al quinto comma dell'art. 1 della legge sulla riforma ospedaliera in approvazione alla Camera, volendo essere rassicurati che l'espressione "istituti ed enti ecclesiastici" comprenda, oltre a quelli cattolici anche quelli civilmente riconosciuti di confessioni diverse. Si sostiene infatti che, dopo l'entrata in vigore dell'articolo 8 della Costituzione, nel diritto ecclesiastico devono rientrare anche le norme riguardanti confessioni diverse dalla cattolica[1105]. La precisazione viene richiesta per evitare incertezze interpretative; viene richiesto specificatamente che i quattro

[1101] *Ampliare l'Ospedale di Torre Pellice, perché e come,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 105, fasc. 22, 6 giugno 1975, p. 4.
[1102] *Ospedale valdese di Torre Pellice, aggiorniamo la situazione,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 106, fasc. 23, 4 giugno 1976, p. 6.
[1103] Tourn, G., *Testimonianza evangelica e assistenza pubblica,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 108, fasc. 5, 3 febbraio 1978, p. 4.
[1104] Atti Parlamentari, Camera dei Deputati, Discussione, IV legislatura, seduta del 6 febbraio 1968, p. 43114.
[1105] Ibidem.

ospedali evangelici e l'Ospedale israelitico «tutti civilmente riconosciuti e tutti funzionanti in modo veramente egregio» godano dello stesso trattamento di quelli cattolici[1106].
In particolare, gli onorevoli citano come esempio l'Ospedale valdese di Torre Pellice in quanto fu riconosciuto e autorizzato già dai duchi di Savoia e il re di Sardegna in epoca di dure persecuzioni religiose. Sottoporre oggi ospedali come quello di Torre Pellice a un trattamento diverso da quello previsto per gli enti ecclesiastici cattolici sarebbe «discriminatorio [e] quasi incivile»[1107].
A tal riguardo, il Ministro della Sanità Luigi Mariotti risponde:

> «[…] saranno trasformate in enti ospedalieri tutte le opere pie; a proposito degli enti religiosi che sono riconosciuti civilmente, che mantengono oggi il loro statuto e il loro consiglio di amministrazione, il problema è stato studiato per cercare di accontentare le richieste.
> Per quanto concerne l'impegno chiesto al Governo di applicare agli ospedali appartenenti a religioni diverse dalla cattolica lo stesso regime giuridico stabilito per gli enti e gli istituti ecclesiastici civilmente riconosciuti (articolo 1 del disegno di legge), occorre precisare che presupposto generale agli effetti del riconoscimento giuridico delle varie categorie degli enti ecclesiastici è l'appartenenza del singolo ente all'organizzazione giuridica della Chiesa cattolica. […] Da tale premessa discende l'impossibilità di riservare lo stesso trattamento giuridico ad organismi che per mancanza dei presupposti non possono essere inquadrati, in base al nostro diritto positivo, tra gli enti ecclesiastici»[1108].

Pur precisando che gli enti non cattolici non rientrano quelli ecclesiastici, aggiunge:

> «[…] il disegno di legge non muta la natura giuridica degli enti che esplicano l'assistenza ospedaliera, nel senso che essi continueranno a vivere sotto un regime pubblico o privato a seconda delle norme che attualmente li disciplinano, non possono derivare che due conseguenze. La prima è che, se gli istituti di cura sono gestiti da persona giuridica privata, saranno assoggettati alla disciplina propria delle case di cura private e nei loro confronti non vi sarà altro che un controllo igienico-sanitario, salve l'autonomia e la disciplina statutaria. Se, per converso, siffatta categoria di ospedali è gestita da enti pubblici già sottoposti al regime giuridico previsto dalla legge 17 luglio 1890 sulle opere pie, essa sarà vincolata al rispetto delle norme contenute nel provvedimento. Del resto, ciò vale anche per gli ospedali retti da religiosi cattolici se tali ospedali sono pubblici: perché in tal caso essi si inquadrano nell'ambito delle norme della legge ospedaliera; mentre, se sono privati, conservano la loro autonomia»[1109].

Infine, afferma che:

> «[…] tra ospedali gestiti da ecclesiastici cattolici ed altri ospedali; possono essere trasformati in enti ospedalieri solo istituti che hanno carattere di opera pia, perché in caso contrario, ripeto, tali istituti manterranno la loro autonomia, la loro struttura giuridica, ed avranno la possibilità di scegliere il consiglio di amministrazione che crederanno. Tutti gli istituti che attualmente sono opere pie, pertanto, rientrano in questo provvedimento, sia che si tratti di istituti gestiti da ecclesiastici cattolici, sia che si tratti di istituti gestiti da ecclesiastici di altre confessioni»[1110].

[1106] Ibi, p. 43115.
[1107] Ibidem.
[1108] Ibi, p. 43131.
[1109] Ibidem.
[1110] Ibidem.

L'On. Rossi insiste che il quinto comma dell'articolo 1 deve giovare anche agli istituti appartenenti a enti non cattolici, purché civilmente riconosciuti. L'On. Mariotti risponde che su questo non ci sono dubbi[1111]. L'ordine del giorno, posto in votazione, è infine approvato[1112].
I rappresentanti di tutti gli ospedali evangelici si riuniscono in Commissione Interospedaliera a Genova, il giorno dopo tale votazione, per esaminare la condizione che potrà essere riservata agli ospedali evangelici in sede di regolamento di attuazione della "Legge Mariotti". Anzitutto, si ribadisce che non verranno fatte discriminazioni, pur notando che cosa accadrà veramente sarà da vedere con la prossima Legislatura[1113].
Approvata la legge n. 132/1968, gli ospedali vanno via via sempre più statalizzandosi. Questo incide sul lato finanziario, in quanto non è più possibile che siano fornite cure non saldate, come capitava quando le Chiese di appartenenza coprivano la retta di degenza di chi non poteva permettersela. Da questo momento a pagare sono le varie mutue o i Comuni per chi è fuori da qualsiasi contratto mutualistico: dunque, con una amministrazione accorta non può esserci possibilità di fallimento finanziario. Inoltre, questa maggiore statalizzazione dell'assistenza rende ancora più importante i presidi ospedalieri valdesi dal punto di vista morale e spirituale, in quanto dispensatori di un'assistenza cristiana[1114].
I pastori e deputati delle Chiese valdesi, riuniti in sinodo il 28 agosto 1969, hanno approvato la relazione della CIOV. È stata ratificata la richiesta di inserimento degli ospedali di Torre Pellice e Pomaretto nel quadro della Programmazione ospedaliera regionale, salvaguardando, però, la loro autonomia in conformità con il mandato del Sinodo 1968. In attesa di tale inquadramento, è stato deliberato che la CIOV prosegua l'opera iniziata per l'adeguamento degli istituti alla necessità dell'assistenza alle popolazioni locali e che le Chiese si impegnino a sostenere l'opera[1115].
Per l'Ospedale evangelico di Torino si è sempre più decisi a proseguire sulla strada della riforma ospedaliera, per far sì che sia un servizio a tutta la popolazione e non settario, in quanto si ritiene, in ambito valdese, che la salute non possa essere un fatto unicamente privato. Al Concistoro si è dibattuta la questione del direttore amministrativo, in quanto la legge n. 132/1968, sugli ospedali di zona esige tale figura. Nel frattempo, la Commissione direttiva adegua lo statuto e il regolamento dell'ospedale alla legge generale sui complessi sanitari[1116].
Agli inizi del 1973 l'Ospedale di Pomaretto è il solo ospedale della Provincia di Torino dedicato all'assistenza dei pazienti lungodegenti. A quattro anni dall'emanazione della riforma ospedaliera non è ancora stato costruito nessun ospedale di questo tipo in Piemonte. L'Ospedale di Pomaretto, in questo modo, ha un incremento delle domande di ricovero, oltre le possibilità ricettive. Nell'ambito delle malattie di competenza nosologica dell'Ospedale viene data la preferenza assoluta alla popolazione valligiana. Questo incremento costante dei ricoveri mantiene alta la necessità di nuove assunzioni, soprattutto di personale infermieristico, ma questo sembra quasi introvabile in quegli

[1111] Ibidem.
[1112] Ibi, p. 43133.
[1113] Ayassot, E., *L'autonomia degli ospedali evangelici,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 98, fasc. 7, 16 febbraio 1968, p. 1 e 8.
[1114] Pons, C., *A che punto sono le nostre opere assistenziali?,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 98, fasc. 29-30, 26 luglio 1968, p. 5.
[1115] V., D., *L'evolversi della questione ospedaliera,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 99, fasc. 37, 19 settembre 1969, p. 2.
[1116] Gay., C., *All'Ospedale evangelico valdese di Torino, riforma sanitaria in atto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 100, fasc. 24, 12 giugno 1970, p. 7.

anni. Così, vengono istituite quattro modeste borse di studio da offrire a giovani valligiane per formarsi in infermieristica e diventare in futuro parte del personale dell'Ospedale.
Tutte le mutue, a eccezione di quella dei coltivatori diretti, sono convenzionate con l'Ospedale; dunque, oltre ai ricoverati interni anche molti pazienti esterni vengono ad effettuare esami e visite e questo crea un ulteriore problema dovuto all'insufficienza dei servizi di laboratorio, radiologia e ambulatorio per mancanza di locali. Si avverte anche la necessità di aumentare il servizio poliambulatoriale di specialità, come programmato per gli ospedali lungodegenti[1117].
Dopo l'entrata in vigore della legge n. 132/1968, si pone la difficile questione per gli ospedali evangelici se entrare a far parte del pubblico o diventare casa di cura privata. Nel primo caso, la preoccupazione è quella della possibile perdita di autonomia amministrativa, ragione per la quale in sede di dibattito parlamentare si era votato favorevolmente per l'ordine del giorno che la garantiva. Tale ordine del giorno però resta lettera morta e gli ospedali evangelici non diventano ancora enti pubblici ospedalieri, seppur rientrati nella programmazione ospedaliera nazionale. Nell'attesa che la riforma ospedaliera si realizzi anche negli ospedali evangelici inizia a ipotizzarsi la possibilità di disciplinare la questione tramite l'Intesa con lo Stato come da art. 8 della Costituzione, di cui sono in preparazione diverse bozze[1118].
Questo stato d'incertezza sull'autonomia degli enti ospedalieri valdesi viene a cessare con la legge 26 novembre 1973, n. 817, recante Estensione agli ospedali religiosi acattolici il trattamento e inquadramento previsto dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132.
L'art. 1 recita:

> «Gli ospedali evangelici di Genova, Napoli, Torino, Pomaretto e Torre Pellice e l'Ospedale Israelitico di Roma, allorché siano in possesso del decreto ministeriale di cui all'articolo 129 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, sono eretti, a domanda dei competenti organi deliberanti, in enti ospedalieri con decreto del presidente della regione, sentita la giunta regionale, entro tre mesi dalla domanda»[1119].

L'art. 2 specifica che, fino all'entrata in vigore della legge di riforma sanitaria[1120], il consiglio d'amministrazione è formato nei modi stabiliti dagli statuti degli ospedali integrato da un membro nominato dal consiglio comunale competente per territorio. L'art. 3 afferma che i rapporti degli enti ospedalieri con gli organismi sanitari locali e con gli altri enti ospedalieri si svolgono nel rispetto delle autonomie e dovranno essere disciplinati dalla legge di riforma sanitaria.
L'art. 5 afferma che il personale in servizio presso gli ospedali in oggetto alla data del 31 dicembre 1972 passa alle dipendenze dell'ente ospedaliero e viene inquadrato nei rispettivi ruoli conservando le posizioni giuridiche ed economiche acquisite al momento del trasferimento.
Del 4 agosto 1974 è la relazione dell'Ufficio Medico Provinciale sulla visita effettuata alcune settimane prima all'Ospedale di Torre Pellice per il cambio di classificazione da *infermeria* ad *ospedale*. Il parere è positivo e constata le ottime condizioni igienico-sanitarie; consiglia la classificazione in ospedale generale di zona o ospedale di zona per lungodegenti, in considerazione

[1117] V., D., *L'Ospedale di Pomaretto: per un nuovo tipo di assistenza,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 103, fasc. 2, 12 gennaio 1973, p. 7.
[1118] Giampiccoli, F., *Una "leggina" su misura,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 104, fasc. 15, 12 aprile 1974, p. 7.
[1119] Pubblicata nella «Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana» del 28 dicembre 1973, n. 332.
[1120] In questo caso si fa riferimento, in previsione, ad una legge che disciplinerà tutta la materia sanitaria. Questo compito verrà assolto in futuro dalla legge n. 833/1978 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale".

della grave carenza di strutture del genere in Piemonte e della possibilità di procedere alla fusione con l'Ospedale di Pomaretto, anch'esso gestito dalla Tavola Valdese, così da realizzare un unico ospedale per lungodegenti da 150 posti letto. Dopo questo parere tecnico positivo e quelli economico e organizzativo espressi dall'IRES (Istituto di Ricerca Economico Sociali) manca solo l'avvallo da parte della Regione Piemonte[1121].

Nel gennaio del 1975, l'Ospedale di Pomaretto inizia a sentire gli effetti dell'espansione delle sue attività interne ed esterne, con le difficoltà finanziarie ed amministrative che ne bloccano lo sviluppo. In particolare, il numero dei ricoveri giornalieri è al limite e le prestazioni di alcuni reparti, come quello di radiologia, sono aumentati del 25%. Serve personale da aggiungere all'organico, ma le assunzioni sono bloccate dalle leggi anti-congiunturali, le quali richiedono la soluzione dei problemi economici. La crisi finanziaria dell'Ospedale però è sempre più acuta, specialmente per i milioni di interessi bancari che si devono pagare per gli anticipi di cassa necessari a coprire i mancati pagamenti delle rette riconosciute da parte delle Mutue e dei Comuni. Contemporaneamente, però, si intensifica l'attività di medicina sociale, soprattutto legata all'ambito minerario; l'Ospedale di Pomaretto continua a visitare i lavoratori oltre quanto richiesto per legge, grazie anche al sostegno della Comunità Montana e i delegati sindacali delle miniere di talco e grafite[1122].

Nell'aprile 1975, la situazione per gli Ospedali valdesi delle Valli è drammatica: c'è il rischio che non riescano più a garantire una normale assistenza ospedaliera se la Regione non provvede allo stanziamento dei fondi entro le immediate scadenze stipendiali. Infatti, dal 1° gennaio 1975 le competenze economiche degli Ospedali spettano alla Regione Piemonte. Al riguardo, si pensava che tale passaggio portasse al termine le insolvenze da parte delle Mutue e dei Comuni in debito con gli ospedali di Pomaretto e Torre Pellice per 806 milioni, facendo pagare moltissimi interessi alla Cassa di Risparmio che ha fornito i finanziamenti per far fronte a tale buco. Esaurite le disponibilità di cassa, utilizzati gli utili e non essendo più rinnovabili gli anticipi da parte dell'istituto di credito, l'amministrazione degli Ospedali si trova, stante la situazione critica delineata sopra, a fare l'ennesimo appello ai Comuni e alla popolazione[1123].

L'11 agosto 1975 l'Assessore alla Sanità comunica alla CIOV l'avvenuta classificazione dell'Ospedale valdese di Torre Pellice in Ospedale di lungodegenti e convalescenti. Diventa così di competenza della Comunità Montana della Val Pellice e della Regione estendere il piano sanitario. Nel piano di sviluppo socioeconomico che la Comunità Montana si è impegnata a redigere nel breve periodo, è incluso anche il programma assistenziale ospedaliero che comprenderà anche la valutazione e la determinazione della zona di servizio di competenza dell'Ospedale di Torre Pellice. Nel frattempo, la classificazione permette e impegna l'Ospedale di Torre Pellice ad avere un'organizzazione sanitaria stabilmente riconosciuta; ad aprire servizi diagnostici alla popolazione esterna; a programmare, d'intesa con gli enti locali, interventi di medicina sociale carenti nella Val Pellice; a garantire posti di lavoro e aprire nuove prospettive occupazionali[1124].

Secondo la Delibera Regionale del 30 aprile 1975 si predispongono i servizi di Pronto Soccorso, come previsto con la legge n. 132 del 1968. Così, nella Regione sono stati riconosciuti gli Ospedali

[1121] Varese., D., *Ospedale di Torre Pellice: per un nuovo tipo di assistenza,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 104, fasc. 31-32, 9 agosto 1974, p. 6.

[1122] *L'Ospedale di Pomaretto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 105, fasc. 3, 24 gennaio 1975, p. 6.

[1123] *Ospedali valdesi,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 105, fasc. 13, 4 aprile 1975, p. 7.

[1124] *Classificato l'Ospedale di Torre Pellice,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 105, fasc. 31, 22 agosto 1975, p. 4.

che saranno sede dei Dipartimenti d'emergenza di primo e secondo livello. Per la zona delle Valli, un Dipartimento d'emergenza è stato istituito all'Ospedale civile di Pinerolo. La Delibera regionale però prevede il servizio di pronto soccorso anche in quegli ospedali in cui mancano divisioni essenziali come la chirurgia o l'ostetricia, nei quali tale servizio deve essere espletato dai sanitari in presenza continuativa e rendendo sufficiente la dotazione delle attrezzature minime alla rianimazione. Presso l'Ospedale di Pomaretto detto servizio funziona già da alcuni anni, mentre in quello di Torre Pellice tale servizio è istituito non appena i posti d'organico dei sanitari sono coperti[1125].
Nel marzo del 1976 arrivano due importanti notizie per l'Ospedale di Pomaretto. La prima riguarda l'idoneità rilasciatagli dallo Stato italiano come sede di tirocinio pratico dei neolaureati. La seconda è l'approvazione data dalla Regione Piemonte per l'istituzione, dopo un anno di iter burocratico, del servizio di geriatria, concretizzatosi grazie ai rapporti tra l'Ospedale e la Comunità Montana. Con questo servizio, ogni giorno, cinque anziani secondo un servizio di prenotazione svolto dalla Comunità Montana vengono visitati dai sanitari dell'Ospedale e, dopo accertamenti, rinviati ai sanitari curanti, superando in questo modo anche la settorialità dell'intervento[1126].
Nel 1977 la Giunta Regionale del Piemonte approva la Delibera n. 55 – 9232 con la quale viene fatta una Proposta d'Intesa con le confessioni religiose del Piemonte in ambito socio-assistenziale. Nel quadro di una ristrutturazione dei servizi in materia, attraverso l'istituzione delle USL la Regione chiede alle confessioni religiose di superare una concezione meramente privatistica che comporta una visione di netto separatismo istituzionale alla quale può seguire una divisione tra la popolazione, e di accettare un rapporto di corretta collaborazione con i pubblici poteri, sia per ciò che attiene l'intervento delle autonomie locali in settori a lunga tradizione privatistica, ma sempre più importanti per la collettività, sia per ciò che riguarda gli indirizzi e i controlli pubblici necessari per la formazione di un nuovo rapporto tra istituzioni private e istituzioni pubbliche. Su queste premesse, la Giunta Regionale ritiene necessario compiere un'azione atta a riconoscere l'utilità sociale delle esperienze presenti sul territorio al fine di confrontare e collegare queste esperienze, gli operatori che queste esperienze hanno compiuto, e quelle in atto o programmate dagli enti locali nell'ambito delle Unità Locali dei Servizi. Ciò sarà opportuno, secondo quanto scritto nella Delibera, anche al fine di concordare un programma che, facendo salvi i principi esposti, chiarisca i termini del passaggio dalle IPAB alla comunità civile[1127].
In questo periodo storico, la strada delle opere assistenziali evangeliche le conduce a unirsi alle comunità e allo stesso tempo a collegarsi allo Stato, alla Regione e alle organizzazioni del territorio. La legge n. 132/1968 introduce una scelta alle opere evangeliche, sia per quanto riguarda la loro collocazione nella realtà territoriale, sia per la conseguente individuazione del ruolo che gli stessi istituti devono assumere nei confronti delle strutture operative pubbliche. La scelta fatta in quegli anni è di andare nella direzione del servizio pubblico, arrivando a quella zona di frontiera, al di là della quale non rimane altro che la statalizzazione totale e quindi la rinuncia da parte della Chiesa al mantenimento delle istituzioni. Il problema affrontato negli anni in esame è quello di conciliare l'autonomia istituzionale ecclesiastica degli enti con i relativi poteri gestionali, con la vocazione

[1125] Varese, D., *All'Ospedale di Torre Pellice, servizio di Pronto soccorso?,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 105, fasc. 45, 28 novembre 1975, p. 6.
[1126] Varese, D., *Ospedale valdese di Pomaretto, servizio di geriatria,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 106, fasc. 12, 19 marzo 1976, p. 6.
[1127] *Proposta d'intesa con le confessioni religiose del Piemonte,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 107, fasc. 31-32, 5 agosto 1977, p. 6.

pubblica che si traduce in un rapporto di complementarità operativa fra i servizi ospedalieri evangelici e la rete nosocomiale di un dato territorio[1128].

4.1.3. L'Unione delle Comunità israelitiche italiane.

4.1.3.1. L'assistenza sanitaria ebraica negli anni Sessanta e Settanta. I casi di Roma e Torino.

All'inizio degli anni Sessanta, la comunità ebraica nell'ex ghetto di Roma si trova in una condizione difficile dal punto di vista economico e sociale. In città, la Deputazione, soggetto incaricato dell'assistenza alla comunità, si occupa di coordinare le iniziative di assistenza in collaborazione con altri enti, quali l'OSE e l'Ospedale Israelitico. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, negli anni della sanità mutualistica, questa attività è strutturata in modo da garantire un sistema di supporto suddiviso per tre categorie di soggetti bisognosi di aiuto (A, B e C).
Per la categoria A sono previsti il ricovero ospedaliero, le visite mediche ambulatoriali e domiciliari gratis, medicinali ed altre prescrizioni pure gratuitamente; alla categoria B spettano: il ricovero ospedaliero, le visite mediche gratuite; medicinali ed altre prescrizioni con il 50% di riduzione; alla categoria C appartengono coloro che già usufruiscono di assistenza sanitaria attraverso altri enti e ricevono assistenza integrativa secondo parere medico.
Il libretto sanitario A viene rilasciato a tutti coloro che ricevono assistenza finanziaria, a famiglie con tre bambini ed oltre e a persone sopra gli 80 anni i quali non abbiano un introito mensile superiore al fabbisogno base fissato dalla Deputazione (per esempio gli inabili al lavoro). Se gli introiti sono superiori viene rilasciato il libretto B anche se si tratta di persone anziane o famiglie numerose. Questo è rilasciato anche alle famiglie con due bambini; se i genitori superano i 35 anni l'assistenza viene estesa a tutto il nucleo familiare, in caso contrario si limita ai figli. Coniugi giovani con un bambino non ricevono assistenza; anche le persone singole che non raggiungono i 45-50 anni, salvo casi di malattia particolarmente grave[1129].
Nel dicembre 1961, venendo a scadere l'impegno di quindici anni che la "OSE-Italia" si era assunto all'atto della sua fondazione, si tiene a Roma l'assemblea dei soci e dei fiduciari dei vari Comitati. Si decide che l'OSE continui la sua attività limitatamente all'assistenza dell'infanzia, lasciando alla cura delle singole Comunità tutte le altre istituzioni di assistenza e sanitarie (ambulatori, consultori medici, ospedali, ecc.) e riservandosi la gestione delle colonie create dall'O. S.E. nel corso di quei quindici anni.
A Torino, la situazione non cambia molto, perché da anni l'attività prevalente del Comitato è rivolta a coordinare, con il Comitato centrale di Roma, l'avvio dei bambini in colonia ed a raccogliere i fondi necessari. Il Comitato di Torino dell'OSE, creatosi nel 1946, con denaro inviato dal Comitato centrale, ha provveduto ad allestire l'Ambulatorio Medico presso la Casa di Riposo; con la decisione presa all'assemblea soci di Roma, viene a mancare un modesto contributo dato dalla capitale all'ambulatorio medico, che tuttavia continuerà, a partire da questo momento, a funzionare per merito del medico della Casa di riposo[1130].

[1128] Ramella, F., *La Comunità, le Opere e lo Stato,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 108, fasc. 5, 3 febbraio 1978, pp. 4-5.
[1129] R., P., *C'era una volta un ghetto… L'attività della Deputazione di Assistenza di Roma*, in «Ha Tikwa'», novembre 1959, p. 7.
[1130] *L'O.S.E. e le sue colonie*, in «Notiziario della Comunità Israelitica di Torino», n. 6, maggio 1962, p. 2.

Tra i più importanti compiti nel campo sociale della Comunità ebraica di Torino, c'è l'assistenza dei correligionari bisognosi. Esso si concretizza anche nella distribuzione di medicinali, attraverso prestazioni di assistenza medica[1131] e la gestione delle colonie estive.
Le colonie gestite dall'OSE sono tre:
- La colonia marina, che sorge tra Rimini e Riccione, e può accogliere 120 bambini per turno, dai sei ai dodici anni.
- La colonia montana "Enzo sereni" di Gorla di Veleso (Como), a circa 800 metri, immersa in un bosco di castagni, che accoglie un centinaio di bambini per turno.
- La "Casa a mare Lazzaro Levi", a Caletta di Castiglioncello (Livorno) per ragazzi dai tredici ai sedici anni. Si tratta dell'antica colonia che già esisteva prima della guerra, distrutta dai bombardamenti e ricostruita 1960. Può ospitare contemporaneamente sessanta ragazzi. Viene descritta come elegante e funzionale, adeguata anche per le famiglie agiate che mandano i loro figli in collegio all'estero[1132].
La casa di riposo "Salomon e Augusto Segre" di Torino, che nel 1963 compirà 100 anni, nel 1962 dà ospitalità a circa 55 persone fra uomini e donne, avendo ancora molti posti disponibili. L'istituzione dispone di un servizio di ambulatorio e di assistenza medica gratuito quotidiano. Nella struttura non esiste nessuna differenza di trattamento tra gli ospiti, molti dei quali sono indigenti o pagano un piccolo contributo. Grazie al lascito ereditario del dott. Silvio Segre, deceduto in un lager nazista, e altre offerte di privati la casa di riposo ha la possibilità di sostenere molte spese relative al ricovero e all'assistenza degli ospiti, compreso il servizio di assistenza sanitaria[1133].
La legge n. 132 del 1968 interessa anche l'Ospedale Israelitico di Roma, rimasto l'unico servizio ospedaliero confessionale ebraico in Italia, e inserito nell'ordine del giorno del 6 febbraio 1968 alla Camera dei deputati dove si è votato anche per la tutela della sua autonomia giuridico-amministrativa[1134]. Viene ricordato insieme a quello valdese di Torre Pellice come l'ospedale che «ebbe autonomia e protezione dai Papi, i quali di solito sceglievano come archiatra pontificio un medico ebreo che si fosse già fatto le ossa in quell'ospedale»[1135].
Prima come ospedale ecclesiastico e poi come ospedale classificato, inizia ad operare nel sistema pubblico. Nel 1970, l'Ospedale Israelitico ricerca personale medico e sanitario di religione ebraica in concomitanza dell'apertura della nuova sede vicino al quartiere della Magliana, mentre l'edificio storico sull'Isola Tiberina si trasforma in un poliambulatorio[1136]. Viene definitivamente inquadrato nella legge n. 132 del 1968 con la legge 26 novembre 1973, n. 817[1137].
Con la legge n. 944 del 20 ottobre 1971 viene estesa l'assistenza sanitaria dell'I.N.A.M. ai congiunti dei caduti, dei dispersi e delle vittime civili di guerra. Molti cittadini di religione ebraica rientreranno nelle categorie interessate da questa legge[1138].

[1131] *Assistenza*, in «Notiziario della Comunità Israelitica di Torino», n. 4, marzo 1962, p. 2.
[1132] *L'O.S.E. e le sue colonie*, cit., p. 3.
[1133] *Casa di riposo "Solomon e Augusto Segre"*, in «Notiziario della Comunità Israelitica di Torino», n. 4, marzo 1962, pp. 1-2.
[1134] Atti Parlamentari, Camera dei Deputati, Discussione, IV legislatura, seduta del 6 febbraio 1968, p. 43114.
[1135] Ibi, p. 43115.
[1136] *Personale per Ospedale Israelitico di Roma*, in «Notiziario della Comunità Israelitica di Torino», n. 49, gennaio 1970, p. 2.
[1137] *Legislazione civile. Estensione agli ospedali religiosi acattolici del trattamento e inquadramento previsto dalla legge i2 febbraio 1968, N. 132 (Legge 26 novembre 1973, n. 817, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 28 dicembre 1973, n. 332, p. 8413),* in «Il diritto ecclesiastico», anno 85, parte II, 1974, pp. 80-81.
[1138] *Assistenza sanitaria I.N.A.M.*, in «Notiziario della Comunità Israelitica di Torino», n. 62, marzo 1972, p. 2.

4.1.3.2. Peculiarità degli enti di assistenza ebraica e trasferimento delle IPAB.

Anche gli enti ecclesiastici ebraici rientrano nella disciplina della legge 22 luglio 1975, n. 382 in cui viene disposto il trasferimento ai Comuni delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza con la sola esclusione di quelle che svolgono in modo precipuo attività inerenti alla sfera educativo-religiosa.
A fine del 1977 con l'emanazione del Decreto di attuazione della legge n. 382 del 1975 che stabilisce il passaggio ai Comuni e alle Province di alcune competenze, mette in allarme le comunità israelitiche italiane per quanto concerne la gestione delle Opere pie. Infatti, con questa legge si prevede l'attribuzione ai Comuni di tutte le funzioni amministrative relative all'organizzazione e all'erogazione dei servizi di assistenza e beneficenza, con trasferimento agli stessi delle funzioni, del personale e dei beni delle istituzioni operanti in ambito regionale. La preoccupazione delle comunità ebraiche è che, se questa nuova disciplina legislativa venisse interpretata in modo estensivo, potrebbe coinvolgere le sue istituzioni, anche se dispongono di autonomia amministrativa. Se ciò dovesse accadere snaturerebbe il loro profilo ebraico, venendo così a sottrarre alla minoranza ebraica il diritto costituzionalmente garantito di vivere secondo le norme della loro tradizione religiosa.
Questo tema è rilevante anche perché fa emergere il bisogno molto sentito da parte delle comunità ebraiche di un'Intesa con lo Stato italiano secondo il terzo comma dell'articolo 8 della Costituzione. Infatti, nella bozza d'Intesa sottoposta dall'Unione delle Comunità alla Commissione governativa si prevede proprio che sia assicurato agli ebrei il diritto al mantenimento all'assistenza e alla beneficenza pubblica presso istituzioni ebraiche, e che in ogni caso siano salvaguardati il fine, il carattere ebraico e l'autonomia delle istituzioni o enti amministrativi o vigilati dalla Comunità[1139].
Con successivi decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri sono stati approvati gli elenchi delle IPAB escluse dal trasferimento. In particolare, il decreto 29 agosto 1978 ha escluso una serie di Opere pie israelitiche sparse su tutto il territorio nazionale.
L'esclusione ha generato dubbi soprattutto tra gli ambienti laici, sia sotto il profilo giuridico, poiché appare poco plausibile che le attività dell'Ospedale Israelitico di Roma, delle Case di Riposo per anziani di Roma, Torino e Firenze, o delle Congregazioni israelitiche di carità e beneficenza possano essere considerate parte dell'ambito educativo-religioso, sia da un punto di vista più ampio di natura politica. In particolare, si vede nell'esclusione di alcuni enti israelitici dalla municipalizzazione un precedente pericoloso, che potrebbe aprire la strada alla futura esclusione di analoghi e più numerosi istituti confessionali[1140].
Le comunità ebraiche hanno esaminato la legge n. 382/1975 alla luce di quanto stabilito dalla Costituzione, in particolare gli artt. 19 e 38. Per l'ebraismo, la libertà religiosa si manifesta in molte pratiche che trascendono le funzioni della sinagoga, coinvolgendo aspetti concreti della vita quotidiana come l'alimentazione, la gestione delle stoviglie e il riposo durante le festività, che costituiscono un vero e proprio diritto tutelato dall'articolo 19. Per le comunità ebraiche, se lo Stato, le Regioni e i Comuni sono in grado di garantire il rispetto di questo diritto e di collaborare con un rabbino, allora non vi sono ostacoli a che le opere caritative e le attività religiose siano svolte dallo Stato, rassicurando così le comunità ebraiche sul rispetto delle proprie tradizioni e diritti.

[1139] *La legge 382 e le Opere pie Israelitiche*, in «Ha Keillah», anno III, n. 1, ottobre 1977, p. 3.
[1140] Fubini, G., *I.P.A.B. e libertà religiosa*, in «Ha Keillah», anno IV, n. 2, dicembre 1978, p. 1.

Le comunità ebraiche sono coscienti che l'esclusione di determinate attività comporterebbe l'assegnazione di un trattamento speciale; tuttavia, ritengono che tale situazione non sia in contrasto con i principi fondamentali dell'ordinamento giuridico italiano, che all'articolo 8, comma 3 della Costituzione riconosce il ruolo delle intese come metodo di regolamentazione dei rapporti tra lo Stato e le confessioni religiose diverse dalla cattolica. Infatti, l'art. 15 della bozza d'Intesa predisposta dalla Commissione dell'Unione delle Comunità dispone:

> «Le istituzioni ebraiche con fini di assistenza e beneficenza e le opere pie israelitiche provvedono al soddisfacimento dei diritti previsti dall'art. 38 della Costituzione, secondo le tradizioni e la legge ebraica. […] Nessuna trasformazione, ristrutturazione, fusione, scioglimento o assorbimento di istituzioni o enti amministrati o vigilati dalle Comunità o dall'Unione potrà essere disposta dalle pubbliche autorità senza l'approvazione della Comunità competente e dell'Unione. In ogni caso vanno salvaguardati il loro fine e carattere ebraico e la loro autonomia»[1141].

4.2. Nascere, vivere, morire: le confessioni religiose italiane di fronte all'evoluzione sociale e ai progressi della medicina.

Negli anni Sessanta e Settanta, anche in Italia, come nel resto dei paesi occidentali, il progresso scientifico porta la società e quindi anche le confessioni religiose a interrogarsi sull'etica di tale cammino, esprimendo un giudizio sulla veloce ascesa che la medicina sta avendo sulla manipolazione e il controllo degli elementi che caratterizzano la nascita, la qualità della vita e la morte. Gli ambiti e le pratiche, che in questi anni si sviluppano maggiormente, raggiungendo mete solo immaginate in precedenza, e che ricevono attenzione privilegiata dalle confessioni religiose, sollevano urgenti interrogativi sulla concezione che la società ha sul naturale scorrere del ciclo vitale. Nel prosieguo, si esaminerà la posizione delle confessioni religiose italiane interessate da questo studio su tali temi di bioetica, mettendone in luce analogie e differenze e sottolineandone l'influenza in ambito legislativo e, quindi, medico.

4.2.1. La Chiesa Cattolica.

4.2.1.1. La procreazione come fine del matrimonio. Contraccezione, aborto e fecondazione assistita nella dottrina cattolica.

Nel capitolo precedente, si è trattato della controversia tra esponenti cattolici e psicanalisti di stampo freudiano. Da un lato, specialisti della psicanalisi accusavano la Chiesa cattolica e la sua dottrina in merito alla sessualità per le ripercussioni che esse avevano su una sana maturazione psichica dell'essere umano; dall'altro lato, la Chiesa cattolica accusava la teoria freudiana e, in particolare, gli psicanalisti che la mettevano al centro del mirino, di diffondere una morale sessuale incontrollata e deviante. Una risposta data dalla Chiesa cattolica ai suoi accusatori era stata una leggera apertura in materia sessuale, post-matrimoniale, attraverso l'annuncio della liceità del metodo di sterilità temporanea naturale della donna secondo la teoria di Ogino-Knaus.
Gli anni '60 rappresentano un momento di ripresa significativa degli studi sulla dottrina di Freud. La psicoanalisi si rivela un campo estremamente fertile da diverse prospettive filosofiche, tanto che si

[1141] Ibidem.

susseguono tentativi di armonizzare l'analisi dell'inconscio con il paradigma della fede, proponendo collegamenti che coinvolgono ambienti teologici. Non è un caso che, in questo contesto, gli ambienti vaticani mostrino nuovamente attenzione e preoccupazione, come dimostra il provvedimento del 15 luglio 1961 del Santo Uffizio, che condanna l'uso della psicoanalisi[1142].
L'ammonizione della Suprema S. Congregazione del Sant'Offizio recita:

> 1) I Vescovi, i presidi delle facoltà teologiche, i rettori dei seminari e delle scuole di religiosi esigano da coloro che sono incaricati di insegnare la teologia morale o analoghe discipline, che si conformino esattamente alla dottrina tradizionale della Chiesa (can. 129); […] 3) Ai chierici e ai religiosi si interdice l'attività psicanalitica secondo le disposizioni del canone 139 par. 2; 4) È da disapprovare l'opinione di coloro, i quali ritengono che un previo esame psicanalitico sia senz'altro necessario per ricevere gli ordini sacri, o che il cosiddetto esame psicanalitico e le relative investigazioni siano necessari per i candidati al sacerdozio e alla professione religiosa. Il che vale anche se si tratti di indagare l'attitudine richiesta per il sacerdozio o la professione religiosa. Parimente i sacerdoti e religiosi di ambo i sessi non ricorrano a psicanalisti se non permettendolo, per grave motivo, il proprio Ordinario[1143].

L'incremento degli studi sulla teoria di Freud, i cambiamenti del costume sessuale, soprattutto tra i giovani, gli importanti progressi scientifici e, di grande rilievo, l'emergere della depenalizzazione dell'aborto come male maggiore e supremo da contrastare in ogni circostanza fanno incrementare gli interventi della Chiesa cattolica sul tema della contraccezione.
Si è visto che dalla fine degli anni Cinquanta diverse proposte di legge hanno cercato di abrogare l'art. 553 c. p., sempre contrastate in Parlamento dalla Democrazia Cristiana favorevole al divieto della propaganda a pratiche anticoncezionali perché contraria al buon costume, come afferma anche la Corte costituzionale in un primo momento, e alla libertà individuale «così gelosa negli affari di sesso e di educazione morale nell'ambito della famiglia e della società»[1144].
Nella fase preparatoria del Concilio Vaticano II (1960-1962), si predispone e si invia a tutti i vescovi il testo *De castitate*, *matrimonio*, *familia*, *virginitate*. Dal titolo si può subito intuire «il punto di vista tradizionale, celibe, agostiniano con cui i problemi matrimoniali venivano affrontati»[1145]. Si sostiene che l'obiettivo primario del matrimonio è la procreazione, anteponendolo a ogni altro scopo; si condannano le pratiche anticoncezionali e si propone un elenco di errori, tra cui spiccano le teorie che vedono l'amore coniugale come un fine primario rispetto alla finalità principale del matrimonio[1146]. Come vedremo più avanti, la questione su "quale sia il fine del matrimonio", anche da un punto di vista delle Sacre Scritture, vede le posizioni delle tre confessioni religiose prese in esame divergere tra di loro.
Come già osservato, una delle principali motivazioni che portano maggiormente alla riflessione sulla contraccezione, ma anche sull'aborto, è la preoccupazione per l'incremento demografico mondiale e alle incombenze future che tale scenario può determinare. Tra la prima e la seconda sessione del Vaticano II, nella primavera del 1963, tre mesi prima di morire, Giovanni XXIII nomina una commissione di tre teologi e tre laici con l'incarico di studiare approfonditamente il problema della "popolazione, la famiglia, la natalità". I membri nominati dal pontefice sono esperti di demografia e l'intenzione del papa è promuovere una riflessione che approfondisca primariamente il tema più circoscritto della natalità. In questo periodo il tema demografico è il problema più pressante e discusso

[1142] Pazzelli, F., *La genesi dei colloqui. Una prospettiva su Enrico Castelli*, Pisa-Roma, Fabrizio Serra Editore, 2018, p. 163.
[1143] *Cronaca Contemporanea. Santa Sede,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 112, v. III, 5 agosto 1961, p. 325.
[1144] *Cronaca Contemporanea. Italia,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 116, v. I, 6 marzo 1965, pp. 512-513.
[1145] Pattuzzi, A., cit., p. 50.
[1146] Ibidem.

dall'opinione pubblica internazionale. La commissione, che procede autonomamente rispetto ai lavori del Concilio, si riunisce per la prima volta a Lovanio, in Belgio, nel settembre 1963, quando il papa è già Paolo VI. La relazione finale di questo incontro indica nel metodo dell'astinenza periodica «l'unica soluzione accettabile e conforme alla dottrina morale della Chiesa per la risoluzione del problema demografico»[1147]. Nel frattempo, l'Assemblea generale delle Nazioni Unite, il 18 dicembre 1962, ha approvato una risoluzione che auspica «un'azione di assistenza intergovernativa per lo sviluppo socio-economico e per la regolazione dell'andamento demografico»[1148]; Il 9 maggio 1965, l'Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha proclamato che tra i suoi compiti fondamentali vi è quello di aiutare i vari Paesi nelle attività di ricerca ed assistenza medica nel campo della regolazione delle nascite.

Tra tutti gli eventi sociali e i dibattiti politici e parlamentari di quegli anni, è soprattutto la "pillola di Pincus" a catturare l'attenzione della Chiesa cattolica sul tema. Gregory Goodwin Pincus, medico statunitense, aveva sviluppato nel 1955 un farmaco a base di ormoni capace di ostacolare l'ovulazione e di conseguenza la fertilità femminile e la fecondazione. Nel maggio del 1960, questo contraccettivo orale è immesso sul mercato negli Stati Uniti. Dal 1961, la sua diffusione si estende anche in alcuni Paesi europei, e in Italia è disponibile dal 1965, sebbene la pubblicità sia illegale e sul foglietto illustrativo del prodotto si menzionano solo le funzioni diverse da quelle contraccettive[1149].

La posizione della Chiesa cattolica in merito alla pillola e alla contraccezione in generale è affermata nell'enciclica *Humanae Vitae* in cui il pontefice Paolo VI si esprime così:

> «È parimenti da escludere, come il Magistero della Chiesa ha più volte dichiarato, la sterilizzazione diretta, sia perpetua che temporanea, tanto dell'uomo che della donna.
> È altresì esclusa ogni azione che, o in previsione dell'atto coniugale, o nel suo compimento, o nello sviluppo delle sue conseguenze naturali, si proponga, come scopo o come mezzo, di rendere impossibile la procreazione.
> Né a giustificazione degli atti coniugali resi intenzionalmente infecondi, si possono invocare, come valide ragioni, il minor male o il fatto che tali atti costituirebbero un tutto con gli atti fecondi che furono posti o poi seguiranno, e quindi ne condividerebbero l'unica e identica bontà morale. In verità, se è lecito, talvolta, tollerare un minor male morale a fine di evitare un male maggiore o di promuovere un bene più grande, non è lecito, neppure per ragioni gravissime, fare il male, affinché ne venga il bene, cioè fare oggetto di un atto positivo di volontà ciò che è intrinsecamente disordine e quindi indegno della persona umana, anche se nell'intento di salvaguardare o promuovere beni individuali, familiari o sociali. È quindi errore pensare che un atto coniugale, reso volutamente infecondo, e perciò intrinsecamente non onesto, possa essere coonestato dall'insieme di una vita coniugale feconda»[1150].

Nel 1968, la Chiesa cattolica tramite le parole del pontefice ribadisce la propria posizione sulla pillola vietando la "sterilizzazione diretta anche temporanea" e ribadisce che non è mai lecito pianificare la vita coniugale con lo scopo di limitare le nascite, in quanto il primario scopo del matrimonio, come abbiamo visto, è la procreazione. Il papa aggiunge, rispondendo a chi considera il controllo delle nascite un mezzo moralmente discutibile ma destinato a un fine virtuoso, quali un rimedio all'aumento demografico mondiale o una vita coniugale serenamente feconda, seppur pianificata, che non è mai lecito fare il male affinché venga il bene. La Chiesa insegna:

[1147] Ibi, p. 51.
[1148] Risoluzione n. 1719 (XVI) 1962.
[1149] Pattuzzi, A., cit, p. 49.
[1150] *Lettera enciclica «Humanae vitae» di S.S. Paolo VI sulla retta propagazione della vita umana*, in «Il diritto ecclesiastico», anno 79, parte I, 1968, p. 386.

> «[…] essere allora lecito tener conto dei ritmi naturali immanenti alle funzioni generative per l'uso del matrimonio nei soli periodi infecondi e così regolare la natalità senza offendere i principi morali.
> […] La Chiesa è coerente con sé stessa quando ritiene lecito il ricorso ai periodi infecondi, mentre condanna come sempre illecito l'uso dei mezzi direttamente contrari alla fecondazione, anche se ispirato da ragioni che possano apparire oneste e serie. In realtà, tra i due casi esiste una differenza essenziale: nel primo caso i coniugi usufruiscono legittimamente di una disposizione naturale; nell'altro caso essi impediscono lo svolgimento dei processi naturali»[1151].

L'enciclica prosegue con il richiamo del papa a diversi soggetti. Ad esempio, vi è l'appello ai pubblici poteri, principali responsabili del bene comune, che devono provvedere a una politica familiare e a un'educazione rispettosa della legge morale se vogliono contribuire alla soluzione del problema demografico, invece di introdurre nelle famiglie pratiche contrarie alla legge naturale e divina[1152].
Il 23 agosto 1974, durante la Terza Conferenza Mondiale sulla Popolazione delle Nazioni Unite a Bucarest, un delegato della Santa Sede, riferendosi al piano d'azione mondiale sulla popolazione oggetto di dibattito, ribadisce: «Non sorvoliamo sul fatto che i brani del Piano relativi alla contraccezione e ai metodi per prevenire le nascite non sono per noi accettabili. Non sono accettabili per quanto riguarda i contraccettivi, circa i quali la Chiesa cattolica ha già preso chiaramente la sua posizione ed è cosciente di dover riaffermare e mantenere i suoi insegnamenti senza ambiguità»[1153].
Tale posizione, anche all'interno di un consesso internazionale e riguardo un tema mondiale, come quello della crescita problematica della popolazione, si fonda su un netto divieto, diversamente da quella protestante, soprattutto in relazione alla tematica demografica, come vedremo più avanti.
Alla 25ª assemblea generale della Federazione Internazionale Farmaceutica, tenutasi nel settembre del 1974, Paolo VI ribadisce la dottrina ferma e costante della Chiesa circa i gravi problemi concernenti il concepimento umano, e respinge senza ambiguità tutte quelle pratiche contrarie al rispetto dovuto alla vita umana, quali l'aborto, la sterilizzazione e la contraccezione ottenuta con mezzi che non rispettano le leggi della vita[1154].
Negli anni Sessanta, la rivoluzione culturale e scientifica è motivo dell'emersione di un altro grande tema bioetico, l'aborto, un tema antropologico antico che diviene motivo ed espressione della lotta per l'emancipazione femminile e di classe. Inoltre, grazie agli sviluppi della medicina, trova sempre maggiore accoglienza nella società secolarizzata, rassicurata dalle possibilità di metodologie che causano sempre meno effetti collaterali. Il tema dell'interruzione di gravidanza che si pone trasversalmente ai temi della vita e della morte, conteso dai domini naturale e culturale, non può non interrogare il profilo religioso delle persone e conseguentemente provocare risposte dalle autorità religiose.
Ai sensi del Canone 2350 del Codice di Diritto Canonico del 1917 la scomunica *latae sententiae* è comminata a coloro che procurano l'aborto. Tale posizione, come visto nel secondo capitolo, è ribadita da Pio XI con l'enciclica *Casti connubii* nel 1930 e nuovamente da Pio XII, ed è rimasta ferma sino ad oggi. Fatta questa premessa, ripercorriamo qui il confronto che la Chiesa cattolica ha avuto con l'opinione pubblico e nel dibattito politico e con le altre confessioni religiose, in un periodo in cui l'aborto diventa una pratica socio-sanitaria legale in diversi paesi; in più, osserveremo la strategia che la Chiesa cattolica adotta negli anni per sostenere la sua posizione in un neonato sistema

[1151] Ibi, p. 387.
[1152] Ibi, p. 390.
[1153] Cit. in Caprile, G., *Paolo VI difensore della vita nascente,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 126, v. II, 5 aprile 1975, p. 70.
[1154] Caprile, G., *Paolo VI difensore della vita nascente,* cit, p. 67.

di sanità pubblica, che integra infine il servizio di interruzione volontaria di gravidanza tra le sue prestazioni come diritto alla salute del cittadino.
Il Concilio Vaticano II, come noto, «ha integrato con importanti elementi di giudizio la dottrina cattolica, ma non a tal punto da cambiarne i termini sostanziali»[1155]. La Costituzione pastorale *Gaudium et spes* afferma che «Dio, padrone della vita, ha affidato agli uomini l'altissima missione di proteggere la vita: missione che deve essere compiuta in modo degno dall'uomo. Perciò la vita deve essere protetta con la massima cura fin dal momento della concezione: l'aborto come l'infanticidio sono abominevoli delitti»[1156].
Equiparare l'aborto all'infanticidio è una delle peculiarità della posizione cattolica in materia: diversamente da valdesi ed ebrei, i cattolici definiscono il feto come persona, non solo in potenza, la cui interruzione di sviluppo equivale a un omicidio.
Il 29 ottobre 1966 Paolo VI incontra i partecipanti del 52° congresso nazionale italiano dei ginecologi ed ostetrici, e in tale sede afferma:

> «vi è un punto in cui le due competenze, la nostra e la vostra, potrebbero venire a contatto e insieme dialogare. Vogliamo dire la questione della regolazione della natalità; questione vastissima, questione delicatissima e questione nella quale, noi stessi, per le sue implicazioni religiose e morali, abbiamo titolo, obbligo anzi, di prendere la parola. Questione d'attualità. Sappiamo che si attende da noi, sì, una parola decisiva circa il pensiero della Chiesa sulla questione stessa»[1157].

Paolo VI osserva che la Chiesa cattolica è in una fase di studio sul delicato tema: dopo aver incaricato una Commissione internazionale, sta ancora meditando sul responso che in molti attendono dall'istituzione cattolica, come integrazione di istanze dottrinali e pastorali, sorte negli ultimi anni, confrontate con i dati della scienza e dell'esperienza che da ogni campo sono presentati, specialmente quelli medico e demografico[1158].
Nel 1968, con l'enciclica *Humanae vitae*, riafferma:

> «Dobbiamo ancora una volta dichiarare che è assolutamente da escludere, come via lecita per la regolazione delle nascite, l'interruzione diretta del processo generativo già iniziato, e soprattutto l'aborto direttamente voluto e procurato, anche se per ragioni terapeutiche»[1159].

Ancor prima che in Italia, la Chiesa cattolica deve fronteggiare la questione della depenalizzazione dell'aborto negli Stati Uniti, dove quello che accade fa da scuola per tutti i cattolici degli altri paesi, come l'Italia, in cui tale minaccia emerge negli anni a seguire[1160].
La Conferenza episcopale degli Stati Uniti si è già pronunciata contro alcuni programmi governativi «giudicati lesivi del diritto fondamentale di ogni uomo alla vita»[1161], e nell'adunanza tenuta a San Francisco dal 21 al 23 aprile 1970 i vescovi pubblicano una dichiarazione in cui si afferma:

[1155] *Cronaca Contemporanea. Santa Sede,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 117, v. IV, 19 novembre 1966, pp. 389-390.
[1156] Testo in https://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_it.html
[1157] *Discorso rivolto da S.S. Paolo VI ai partecipanti al 52° Congresso nazionale della Società italiana di ostetricia e di ginecologia,* in «Il diritto ecclesiastico», anno 77, parte I, 1966, p. 392.
[1158] *Cronaca Contemporanea. Santa Sede,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 117, v. IV, 19 novembre 1966, pp. 389-390.
[1159] *Lettera enciclica «Humanae vitae» di S.S. Paolo VI sulla retta propagazione della vita umana*, in «Il diritto ecclesiastico», anno 79, parte I, 1968, p. 386.
[1160] Caprile, G., *I vescovi statunitensi e l'aborto,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 121, v. III, 18 luglio 1970, p. 276.
[1161] Ibidem.

> «A causa dei tentativi di abrogare ogni proibizione dell'aborto dal nostro sistema legale, la vita dell'innocente, ancora nel seno materno, non gode più di una totale protezione da parte delle leggi del nostro paese. Inoltre, l'assenza di ogni limitazione legale costituisce una facilitazione per la donna ad accettare l'aborto come mezzo conveniente per porre fine alla vita della propria creatura e alle responsabilità dell'esserne madre»[1162].

Manifestazioni e proteste si hanno anche da parte di organizzazioni cattoliche, a sostegno dell'episcopato: a Portorico l'arcivescovo, insieme con altri capi religiosi non cattolici e con uomini politici, guida una marcia silenziosa di protesta a cui partecipano circa quarantamila persone; ad Annapolis, nel Maryland, la Conferenza cattolica e gli ostetrici e ginecologi degli ospedali cattolici della zona di Washington-Baltimora manifestano pubblicamente in difesa del diritto alla vita; a Filadelfia, tre organizzazioni di laici, due delle quali di orientamento cattolico, si uniscono per ottenere che al Jefferson Hospital sia proibita la pratica dell'aborto secondo le nuove disposizioni; nelle parrocchie del Maryland si raccolgono decine di migliaia di firme chiedendo un referendum nel caso in cui il governatore dello Stato abolisca le presenti restrizioni all'aborto; anche in Florida la Catholic Conference agisce per impedire riforme legislative.
Gesti significativi si sono avuti anche nell'ambiente medico oltre a quelli sopra citati: un medico cattolico si è dimesso dall'ufficio di primario ostetrico allo Yonkers General Hospital di New York, e il direttore del Centro della famiglia dell'United States Catholic Conference ha prospettato la triste necessità in cui verrebbe a trovarsi la Chiesa cattolica, vale a dire la chiusura dei suoi ospedali e centri medici, nel caso in cui l'aborto volontario sia approvato dall'American Medical Association. Questi dispongono di più d'un terzo di posti-letto sul totale nazionale e nel solo 1969 hanno accolto circa 5 milioni e mezzo di malati[1163].
Il problema è sentito anche in altri paesi; anche l'episcopato inglese e canadese hanno rilasciato delle dichiarazioni nel 1968; anche la Segreteria di quello francese richiama le autorità pubbliche ai principi della Chiesa al riguardo[1164].
Nei primi anni Settanta dopo la liberalizzazione dell'aborto in alcuni Stati, tra cui Gran Bretagna, Canada e Germania, prima a scopo terapeutico, poi estendendo la legislazione e concedendolo in certi casi alla semplice domanda della richiedente, il pensiero cattolico resta saldo su alcune linee di principio: in nessun caso e per nessun motivo è lecita l'uccisione volontaria e diretta del bambino prima della nascita e si possono autorizzare soluzioni contrarie alla dignità umana, alla legge morale, all'etica professionale. Molti degli inconvenienti, addotti come motivi sufficienti ad autorizzare l'aborto, possono essere evitati con una coraggiosa, tempestiva e vasta politica di assistenza sociale, estesa ai problemi della sanità, della famiglia, della casa, del lavoro. I cattolici non negano i gravi inconvenienti derivanti dagli aborti clandestini, enormemente diffusi, ma l'esperienza suggerisce che anche con l'auspicata liberalizzazione gran parte di essi non scomparirà. A questa posizione devono aderire i cattolici di quegli stati in cui l'aborto non è ancora stato liberalizzato, come l'Italia. Ma anche nei casi in cui il legislatore permettesse la pratica dell'aborto e la cooperazione diretta ad esso, questi rimarrebbero ugualmente vietate dalla coscienza cristiana, giacché dal punto di vista cattolico non tutto ciò che la legge permette o tollera diventa per ciò stesso moralmente giusto e buono.

[1162] Ibi, p. 277.
[1163] Ibi, p. 278.
[1164] Ibi, p. 277.

Un cattolico, perciò, ha il diritto di opporsi, sostenuto dalla Chiesa, con tutti i mezzi che la vita democratica di un paese gli consente[1165]. In questo modo si inizia ad affilare l'arma dell'obiezione di coscienza all'aborto, possibilità di cui i cattolici, diversamente dai valdesi e dagli ebrei, si avvarranno.
Negli anni Settanta, la Chiesa ribadisce la sua netta condanna verso tutte le pratiche abortive, qualunque sia il grado di sviluppo del feto[1166]. L'interruzione del processo generativo è condannata anche dalla Chiesa valdese ma non viene definita infanticidio come per la Chiesa cattolica. Questo elemento teorico distintivo si basa sul pensiero cattolico che il feto da subito è un essere distinto e autonomo dalla madre[1167]. Per i cattolici la "forma" dell'uomo è l'anima umana, questa è presente sin dalla fecondazione. «Sino a fecondazione ultimata, ovulo e spermatozoo sono due individualità distinte, che si cercano e si attirano per fondersi. Quando la fusione è avvenuta, non si hanno più due individui distinti, ma una nuova individualità, che contiene l'intero "programma" del suo sviluppo»[1168].
Per la Chiesa cattolica la presenza dell'anima spirituale è presente sino dalla fecondazione. E, nel dubbio che fin dall'inizio esista l'anima spirituale, sotto l'aspetto etico si deve agire come se si fosse sicuri. Per il pensiero cattolico le opinioni che ritengono che il feto non possieda la dignità umana fino a tanto che non ha l'esercizio della coscienza o non è riconosciuto "uomo" dagli altri, non sono accettabili. Seguendo tale ragionamento se si dovesse aspettare l'esercizio della coscienza per ammettere che un individuo umano sia tale, si dovrebbero negare i diritti imprescrittibili e inalienabili inerenti al bambino, fino allo svegliarsi della ragione, e anche all'adulto nel periodo di un'assenza comatosa o delirante[1169].
Dunque, se il feto è una vita umana, l'aborto per un cattolico non può non essere un crimine, condannato dal diritto naturale e dalla legge divina[1170].
Un altro elemento, che distingue la posizione della Chiesa cattolica dalle posizioni delle altre confessioni religiose, sono i dati statistici relativi all'aborto, la differenza sta sia nella diversità delle fonti utilizzate sia nella motivazione del loro uso, nel caso dei cattolici questi vengono utilizzati per denunciare lo sproposito dei numeri veicolati dalla propaganda abortista e quindi disinnescare la portata drammatica utilizzata a favore della liberalizzazione. Paolo VI definisce le statistiche sui numeri degli aborti illegali i "pretesti" del movimento abortista[1171]. I dati sui quali c'è scontro si riferiscono appunto: al numero di aborti illegali praticati in Italia e la mortalità delle madri per pratiche abortive.
La Civiltà Cattolica, prendendo in prestito l'espressione del pontefice, definisce pretesti anche il numero sulle nascite di prole tarata e sui "casi pietosi", dove l'aborto è avvenuto in seguito a un abuso[1172], con i quali si giustifica l'interruzione di gravidanza, non tenendo in conto, a loro dire, che legalizzare l'aborto aggraverebbe tutte queste problematiche invece di porvi rimedio[1173].
Nel 1971 la Chiesa cattolica è preoccupata per il largo consenso che anche in Italia sta prendendo la pratica dell'aborto, alcune testate giornalistiche iniziano a parlarne, accennando appunto, al problema sociale degli aborti clandestini e delle sue conseguenze. Il Movimento di liberazione femminile cerca

[1165] *Cronaca Contemporanea. Vita delle Chiesa,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 122, v. I, 20 febbraio1971, p. 492.
[1166] Marcozzi, V., *La liberalizzazione della legge sull'aborto*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 122, v. II, 3 aprile 1971, p. 23.
[1167] Ibi, p. 19.
[1168] Ibi, p. 20.
[1169] Ibi, p. 21.
[1170] Ibi, p. 22.
[1171] Ibi, p. 26.
[1172] Ibi, p. 28.
[1173] Ibi, p. 29.

consenso su questo tema e tre senatori del PSI presentano alla camera un progetto di legge per l'aborto limitato a casi ben determinati[1174].

L'11 febbraio 1973, l'on. Loris Fortuna ha presentato al Parlamento, a titolo personale, una proposta di legge sulla "disciplina dell'aborto", come è detto nella relazione che l'accompagna, non è un'iniziativa di un singolo deputato, ma impegna il partito socialista nel suo insieme. È firmata da 33 (su 61) deputati del PSI. Mancano le firme del segretario del PSI, on. De Martino, e quella del sen. Nenni, ma ci sono le firme dei due sottosegretari Mosca e Craxi. Per i cattolici questa proposta di legge rende molto facile la pratica e ne favorisce la propaganda e quindi un mercato dell'aborto, le motivazioni restano discrezionali e non si specificano nel dettaglio le casistiche che restano in questo modo troppo ampie, rendendo il controllo e vagliatura praticamente inefficaci[1175]. Le motivazioni addotte dall'on. Fortuna, a detta degli opinionisti cattolici, sembrano una «raccolta disorganizzata e raffazzonata di argomenti vari e di provenienza diversa»[1176]. Tra le argomentazioni, ci sono i dati statistici sui decessi per aborto illegale, che vengono contestati perché gonfiati[1177], c'è l'affermazione di sociologi laici che non considerano il feto un essere umano e quindi gli negano il diritto alla vita contestato invece dalla visione cattolica[1178]; c'è, in accordo con il Movimento di liberazione femminile, che la scelta deve essere della madre, in questo caso sempre contestato dal pensiero cattolico che non fa dell'aborto un scelta della madre perché il feto è una persona, seppur in potenza, dunque non spetta unicamente alla madre la decisione come se il feto fosse parte di essa[1179]. La proposta riporta anche alcune citazioni di alcuni esponenti cattolici a favore o non contrari all'aborto, ma in merito viene ribadito che la posizione della Chiesa sull'aborto è quella della gerarchia cattolica e non quella di qualche studioso o teologo.

Per i cattolici italiani vale l'insegnamento del magistero pontificio veicolato attraverso l'episcopato italiano. L'11 febbraio, proprio in concomitanza con la presentazione al Parlamento della proposta di legge Fortuna sull'aborto, il Consiglio Permanente della CEl, prendendo in esame "l'avanzata proposta di legalizzare l'aborto", ha dichiarato:

> «La questione della illiceità morale dell'aborto, che i Vescovi ribadiscono con fermezza, assieme al costante magistero pontificio e a quello unanime ed anche recente degli altri episcopati, venne già trattata nel Documento dell'11 gennaio 1972, dal titolo "Il diritto a nascere".
> In esso veniva fra l'altro affermato, senza alcuna incertezza, che l'aborto, inteso come interruzione volontaria e direttamente perseguita del processo generativo di una vita umana, non può non urtare la coscienza di ogni uomo, che sia illuminata dalla retta ragione e animato da una volontà, tesa al vero bene. L'aborto si presenta così come un crimine contro la vita cristiana, ma anche ad ogni coscienza umana e razionale, non solo ad ogni coscienza. […] Quanto poi alla legalizzazione dell'aborto, non si può non riconoscere che porta a conseguenze deleterie anche di ordine sociale. Anziché provvedere alla eliminazione di mali personali e sociali, prevedendone le cause, ne aumenta l'incidenza sul piano educativo, favorendo l'immunità di chi attenta alla persona, specialmente innocente e indifesa, allargando il disprezzo della vita e della dignità dell'uomo, consentendo il prevalere del già dilagante egoismo. […] Questa proposta si inserisce poi in un contesto di crescente e generalizzata permissività, che mentre distrugge rapidamente il sentimento religioso e il senso morale, porta alla eliminazione di quegli autentici valori per i quali ha significato la vita individuale e collettiva. […] D'altra parte, la stessa proposta di legalizzare l'aborto, speciosamente presentata come indice di modernità e di progresso, pone invece in evidenza un

[1174] *Cronaca Contemporanea. Vita delle Chiesa,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 122, v. III, 4 settembre1971, p. 406.
[1175] *Cronaca Contemporanea. Italia,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 124, v. III, 17 marzo 1973, pp. 587-590.
[1176] Ibi, p. 590.
[1177] Ibi, p. 591.
[1178] Ibi, p. 592.
[1179] Ibi, p. 593.

> altro grave problema della nostra società: la violenza contro l'uomo, di cui l'aborto stesso è espressione, anche se meno avvertita, gravissima»[1180]

All'inizio degli anni Settanta, due importanti scoperte nel campo della scienza dello sviluppo umano hanno rivoluzionato la prospettiva sull'aborto, considerato come intervento terapeutico. La prima, la diagnosi prenatale attraverso l'amniocentesi, che permette di individuare, già in epoca fetale, anomalie serie, molte delle quali di origine genetica. La seconda si basa sul fatto che, attraverso l'aborto spontaneo, il corpo elimina circa il 70% degli embrioni, molti dei quali portatori di gravi difetti genetici. Da queste scoperte, una ulteriore questione etica alimenta il dibattito sull'aborto. La questione si sostiene su questo dilemma: sarebbe forse compito dell'essere umano intervenire per favorire il completamento di questo processo naturale, intervenendo con aborto indotto sul restante 30% di feti che, sebbene presenti le stesse condizioni dei primi 70%, potrebbero superare la gravidanza e nascere? Tuttavia, tali bambini, in questo caso, porterebbero evidenti segni di anomalie gravi e persistenti, che li renderebbero gravemente affetti e fortemente debilitati.
Su questo dilemma il dibattito è polarizzato su due posizioni forti: la prima, che è anche quella cattolica, di definire questa pratica aborto eugenico essendo un intervento volto a eliminare un nascituro che, a causa di difetti intelligibili, non avrebbe le normali condizioni di sviluppo; la seconda, che definisce questa pratica aborto terapeutico finalizzato non a salvaguardare la salute della madre, ma ad interrompere la gravidanza di un feto destinato a svilupparsi in un soggetto con gravi anomalie[1181].
In questi anni, sempre più spesso si attribuisce all'aborto eugenetico il ruolo di un dovere e di un diritto imprescindibile sia per i genitori che per la società, quest'ultima considerata responsabile di tutelare la salute delle generazioni attuali e di quelle future. Nel rapporto redatto dal Working Committee on Church and Society, riunito sotto l'egida del Consiglio Mondiale delle Chiese a Nemi, presso Roma, dal 20 al 26 giugno 1971, si può trovare la formulazione più esaustiva di questa visione[1182]. Nel rapporto si afferma:

> «Le Chiese dovrebbero essere preparate a sostenere il diritto personale dei genitori a scegliere un aborto indotto per prevenire la nascita di un bambino gravemente difettoso. Qualora le leggi di uno Stato rendessero ciò illegale, le Chiese dovrebbero fare pressione per una modificazione della legge [...]. Riconoscendo la libertà dei genitori di decidere definitivamente circa la nascita dei loro figli, noi tuttavia chiediamo se non è personalmente e socialmente irresponsabile introdurre nel mondo un essere che prima della ventesima settimana di gravidanza si sa gravemente difettoso, cioè ogni volta che le nostre conoscenze possono far si che ogni nato sia capace di vivere senza seri difetti mentali e fisici. Noi proponiamo che il diritto fondamentale della riproduzione non è il diritto a procreare ma il diritto del bambino a un patrimonio genetico sano»[1183].

Sempre il Consiglio Mondiale delle Chiese organizza un comitato internazionale di scienziati, teologi, giuristi e politici per studiare gli aspetti etici dell'aborto eugenetico, dal 25 al 29 giugno 1973[1184].
Nella seconda metà del 1973, per quanto sia passata in seconda linea sul piano politico, la questione dell'aborto si accende nella stampa e nelle iniziative civili[1185]. In campo cattolico le iniziative sono

[1180] Cit. in *Cronaca Contemporanea. Italia,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 124, v. III, 17 marzo 1973, pp. 596-597.
[1181] Serra, A., *Aborto eugenetico: diritto-dovere o delitto?*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 124, v. IV, 20 ottobre 1973, p. 111.
[1182] Ibi, p. 118.
[1183] Ibi, pp. 118-119.
[1184] Ibi, p. 112.
[1185] *Cronaca Contemporanea. Vita delle Chiesa,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 125, v. I, 2 febbraio 1974, pp. 278-279.

diverse, vengono tenute tavole rotonde dall'Unione Italiana Stampa Cattolica su *Aborto e diritto alla vita* e *Aborto come problema etico.* Viene largamente diffuso un opuscolo redatto dal Centro Nazionale Cooperatori Salesiani dal titolo *Aborto problema d'oggi*. Anche l'Azione Cattolica romana ha organizzato una tavola rotonda sulla legalizzazione dell'aborto in cui è intervenuto anche il prof. Nino Pasetto, dell'università di Roma. Inoltre, sono stati pubblicati un numero notevole di articoli da parte della stampa cattolica[1186].
Il 13° Congresso nazionale dei medici cattolici ha come tema *La difesa della vita* in cui venne ribadito che:

> «I medici considerino la vita umana come sacra fin dal momento del concepimento e che ogni pratica abortiva corrisponde alla soppressione di una vita umana, per cui né il segreto professionale né la situazione emotiva della madre possono attenuare la responsabilità del medico, del genitore e di quanti vi sono coinvolti»[1187].

In questi mesi si esprimono contro l'aborto anche le Conferenze episcopali di Toscana, Sicilia, Campania e Sardegna[1188], così come i vescovi delle maggiori città italiane o durante importanti omelie o tramite lettere pastorali ai fedeli[1189].
Il tema dell'aborto è oggetto anche del Congresso del Comitato internazionale cattolico infermiere ed assistenti medico sociali (CICIAMS), tenutosi a Roma a maggio del 1974 sul tema *L'ostetrica a servizio della vita*, nonché del Convegno *Medicina e morale*, promosso a Roma da mons. F. Angelini, delegato del Vicariato per gli ospedali e le cliniche; la sua seconda giornata è stata tutta dedicata a *Le responsabilità mediche intorno a una vita che nasce* e a *I diritti della vita nascente*[1190].
L'anno seguente, di rilevante interesse per questa materia è la sentenza n. 27 del 18 febbraio 1975, con la quale la Corte costituzionale dichiara:

> «l'illegittimità costituzionale dell'art. 546 del Codice penale, nella parte in cui non prevede che la gravidanza possa venir interrotta quando l'ulteriore gestazione implichi danno, o pericolo, grave, medicalmente accertato nei sensi di cui in motivazione e non altrimenti evitabile, per la salute della madre»[1191].

Questa sentenza trova l'opposizione della Chiesa cattolica, anche se riconosce i meriti della Corte costituzionale per aver riconosciuto al nascituro, in base all'art. 31 e 2 della Costituzione, una proporzionata protezione costituzionale, perché soggetto di diritti.
La critica fatta dalla Chiesa cattolica alla sentenza della Corte n. 27 del 18 febbraio 1975, è fondata sul fatto che pure se al concepito è garantita protezione costituzionale, questo interesse può venire in collisione con altri beni che godono pure di tutela costituzionale di stesso valore, come la vita del nascituro e la vita della madre, sta poi alla normativa trovare una soluzione per risolvere tale conflitto. Ma con questa sentenza della Corte, si dichiara che il diritto primario alla vita del nascituro è subordinato, non tanto all'altrettanto diritto primario alla vita della madre, ma al suo diritto alla salute.

[1186] *Ibi*, p. 281.
[1187] *Ibi*, p. 281.
[1188] *Ibi*, p. 283.
[1189] *Ibi*, pp. 284-286.
[1190] Caprile, G., *Pro e contro la legalizzazione dell'aborto in Italia,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 125, v. IV, 7 dicembre 1974, p. 480.
[1191] https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COST:1975:27#:~:text=dichiara%20l'illegittimit%C3%A0%20costituzionale%20dell,per%20la%20salute%20della%20madre.

Per la dottrina cattolica l'unico criterio logico ed etico è quello «della prevalenza del diritto più fondamentale, più assoluto, più incondizionato su quello meno fondamentale, meno assoluto o meno incondizionato»[1192]. Quindi, quando il conflitto è tra il diritto alla vita del figlio e quello alla salute della madre, la giusta sentenza, secondo la dottrina cattolica è che il secondo debba cedere al primo. In questa prospettiva, la Corte costituzionale, pur non affermando che il diritto alla salute della madre sia prevalente a quello della vita del figlio, in contraddizione con questa premessa ha asserito che il nascituro non è ancora persona e di conseguenza che i suoi diritti non sono equivalenti a quelli della madre. In aggiunta, questa sentenza della Corte, secondo *La Civiltà Cattolica* ha influenzato la proposta di legge sull'interruzione volontaria di gravidanza del 1976, aggravando il giudizio cattolico in merito di chiudere i suoi ospedali e centri medici [1193].

Il 7 febbraio 1975 il Consiglio permanente della Conferenza Episcopale Italiana (CEI) ha pubblicato una "Nota pastorale" sul tema dell'aborto dal titolo *Aborto e legge di aborto*, destinata alla comunità ecclesiale. Su diverse testate giornalistiche questa nota è stata interpretata come un'apertura dei vescovi sull'aborto, quasi un incoraggiamento ai cattolici impegnati in politica a esprimersi per la depenalizzazione dell'aborto. La stampa, con varie sfumature, descrive tale nota come una cauta e imbarazzata apertura dell'episcopato, rispetto alla rigidità della posizione assunta dalla Congregazione per la dottrina della fede, evitando così il rischio dell'impopolarità e dell'isolamento ed evitando un'altra sconfitta sul piano sociale come quella avvenuta con il referendum del 12 maggio 1974 sul divorzio, creando in questo modo un clima di confronto tra cattolici e laici senza arrivare allo scontro tra posizioni inconciliabili, permettendo una legislazione favorevole l'aborto in certi casi o comunque che non lo punisca[1194].

La Nota della CEI però non sembra meno "rigida" di tutti gli altri documenti della Chiesa cattolica sull'aborto. Verranno citati dei passaggi che rendono chiara questa affermazione, in contrasto con tutti quegli articoli della stampa che ci hanno, invece, visto un'apertura.

La Nota della CEI, anzitutto, ribadisce l'assoluta condanna dell'aborto procurato, infatti dichiara:

> «L'aborto "inteso come interruzione volontaria e direttamente perseguita del processo generativo della vita umana" (CEI, Il diritto a nascere, Documento del Consiglio Permanente, 11 gennaio 1972, n. 3) è un grave crimine morale, perché viola il diritto fondamentale all'esistenza, che Dio ha impresso in ogni essere umano, anzi viola tale diritto nei riguardi di un essere umano innocente e indifeso»[1195].

La Nota della CEI afferma nuovamente il punto fondamentale, primo e maggiore elemento che separa i non abortisti e gli abortisti in merito alla pratica dell'aborto, che «il rispetto della vita umana si impone fin da quando ha inizio il processo della generazione»[1196], respingendo anche l'opinione di alcuni teologi cattolici che vorrebbero che non si parlasse di aborto prima di alcuni stadi raggiunti dall'embrione umano[1197]; e rimarcando anche l'autonomia del feto dalla madre: «dal momento in cui l'ovulo è fecondato, si inaugura una vita che non è quella del padre o della madre, ma di un nuovo essere umano che si sviluppa per proprio conto»[1198].

[1192] Lener, S., *Il progetto di legge sull'aborto*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 127, v. I, 19 gennaio 1976, p. 153.
[1193] Ibi, p. 154.
[1194] De Rosa, G., "*Apertura" dei vescovi italiani sul problema dell'aborto?,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 126, v. I, 1 marzo 1975, p. 489.
[1195] Cit. in ibi, p. 490.
[1196] Ibi, p. 491.
[1197] Ibi, p. 497.
[1198] Cit. in ibi, p. 491.

Sulla legalizzazione dell'aborto e non solo in merito ad una sua liberalizzazione, la Nota CEI ribadisce il giudizio morale negativo della Chiesa, in quanto «nessuna legge che pretendesse di legalizzarlo potrebbe renderlo moralmente lecito»[1199] e aggiunge:

> «Una legalizzazione dell'aborto, che significasse un riconoscimento da parte dello Stato di un diritto all'aborto, sia pure in casi determinati e a certe condizion, è contraria alla retta ragione, la quale esige anche da parte dello Stato l'obbligo di assicurare l'assoluto rispetto di ogni vita umana innocente, specie se indifesa»[1200].

Inoltre, pur riconoscendo il problema degli aborti clandestini «attuati spesso in situazioni di pericolosità sanitaria o di speculazione»[1201] la CEI insiste che una legge di legalizzazione non si può invocare neppure per risolvere questo, che non si eliminerebbe, ma anzi si potrebbe aggravare.
Quindi conclude la Nota della CEI: «qualsiasi normativa circa l'aborto richiede innanzitutto che la legge lo riconosca come reato. E ciò comporta, anche per ragioni educative, la previsione di pene nei confronti di chi lo commette o in qualche modo concorre a commetterlo»[1202].
Precisando che:

> «Pur essendo inaccettabile una legge che depenalizzi l'aborto, rimane però aperto il problema di una possibile revisione delle sanzioni penali, nel senso della loro entità e qualità. Al riguardo riconosciamo che è conforme a giustizia tenere in debito conto oltre le aggravanti anche le attenuanti che riducono in alcuni casi la colpevolezza e il dolo»[1203].

Questa precisazione sarebbe il punto di "apertura" di cui la stampa si è interessata, ma non cambia sostanzialmente il pensiero della Chiesa cattolica in merito all'aborto e alla sua legalizzazione.
La CEI non intende, quindi, aprire né alla depenalizzazione né alla legalizzazione dell'aborto in certi casi, né i cattolici fedeli alla dottrina morale cristiana possono andare oltre le "attenuanti" della pena[1204].
Per la CEI il problema dell'aborto, osserva la Nota in conclusione, si può risolvere solo con la prevenzione, attuando una azione educativa sul rispetto della vita. Bisogna sostituire la mentalità abortista con una mentalità dell'accoglienza, che per i cattolici ha un profondo senso religioso, oltre che umano. Questa mentalità dell'accoglienza, dettaglia la Nota, deve essere tradotta in una politica familiare che si adoperi per:

> «una maggiore protezione della gestante in difficoltà; un'assistenza adeguata alle maternità illegittime o pericolose; un soccorso tempestivo e qualificato ai minori malformati o sofferenti; una politica della casa particolarmente attenta alle condizioni dei più disagiati; un impegno economico e sociale capace di garantire occupazione e reddito per tutti»[1205].

In fine, la Nota raccomanda anche:

[1199] Cit. in ibidem.
[1200] Cit. in ibi, p. 491.
[1201] Cit. in ibi, pp. 491-492.
[1202] Cit. in ibi, p. 492.
[1203] Cit. in ibidem, p. 492.
[1204] Ibi, p. 501.
[1205] Cit. in ibi, p. 493.

> «una tempestiva opera di vera educazione sessuale e di preparazione al matrimonio, per formare a un autentico senso di paternità responsabile; indicazioni chiare circa i metodi di regolazione delle nascite, conformi alle dichiarazioni della Chiesa circa la moralità coniugale; la diffusione di consultori prematrimoniali e matrimoniali, accessibili e disponibili per tutti»[1206].

Nel 1975, il Consiglio Permanente della CEI pubblica una dichiarazione, nella quale la seconda parte si concentra sulla proposta di legge sull'aborto, allora in fase di discussione alla Camera. Questa presa di posizione da parte della Chiesa ha suscitato ampio dibattito tra l'opinione pubblica, i giornali e i partiti politici, poiché avvenne nel momento in cui il Parlamento stava discutendo la legge. La diffusione di tale dichiarazione è stata anche interpretata come un'ulteriore forma di ingerenza della Chiesa negli affari dello Stato[1207].
La risposta a queste accuse da parte de la *Civiltà Cattolica* è che la CEI non abbia contestato il potere dello Stato italiano a legiferare in materia di aborto; abbia, invece, rinnovato un giudizio morale sulla illiceità dell'aborto procurato e rivolto un appello ai legislatori[1208]. Tutto questo, rientra manifestamente nell'esercizio del potere spirituale che l'art. 1 del Concordato garantisce libero alla Chiesa e dallo stesso Concilio Vaticano II quando, nella *Gaudium et spes*, si afferma il diritto della Chiesa cattolica a «dare il giudizio morale anche su cose che riguardino l'ordine politico, quando ciò sia richiesto dai diritti fondamentali della persona e dalla salvezza delle anime»[1209] come abbiamo visto in precedenza.
Nel clima di questi anni, con l'enorme mole di informazioni veicolate si leva, in seno alla Chiesa cattolica, anche una voce di dissenso al magistero della Chiesa sull'aborto.
Ad esempio, nel 1977 la presidenza delle ACLI di Torino pubblica un documento in cui si dichiara favorevole a una legge che gestisca la problematica dell'aborto. Il Card. Pellegrino e la Gerarchia cattolica rispondono in ammonizione, così la presidenza delle ACLI nazionale si dissocia da tale posizione assunta dalla sezione torinese e anche all'interno della stessa c'è chi rivede le posizioni assunte nel documento[1210].
Come già accennato in precedenza, nel 1975 è stata promulgata la legge sui consultori familiari. Uno degli obiettivi principali, stabilito dalla legge, è anche la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento (art. 2, lettera c). Per la *Civiltà Cattolica* questa formulazione rappresenta chiaramente una posizione legislativa contraria all'aborto, confermata dal successivo comma dell'art. 2, che stabilisce che i consultori devono offrire informazioni atte a favorire o prevenire la gravidanza, lasciando intendere che l'interruzione di gravidanza non rientri tra le loro competenze o finalità[1211].
I partiti politici che avevano contribuito all'approvazione della legge n. 405, ad eccezione della Democrazia Cristiana, hanno successivamente presentato alla Camera dei deputati diverse proposte di legge volte a rendere possibile l'interruzione volontaria della gravidanza. Queste iniziative mirano a garantire un accesso regolamentato e sicuro alla procedura, nonché a favorirne l'attuazione attraverso strutture pubbliche e private. Alcune di queste proposte prevedono addirittura, sotto la gestione delle Regioni, la creazione di centri comunali simili ai consultori familiari, con l'obiettivo di promuovere la procreazione responsabile e di offrire consulenza alle donne che desiderano

[1206] Cit. in ibidem.
[1207] Lener, S., *Il progetto di legge sull'aborto,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 127, v. I, 17 gennaio 1976, p. 151.
[1208] Ibi, p. 152.
[1209] https://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_it.html
[1210] Pascal, L., *Aborto: la gerarchia all'attacco, in* «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 107, fasc. 23, 10 giugno 1977, p. 8.
[1211] Lener, S., *Costituzione dei consultori familiari*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 127, v. I, 21 febbraio 1976, p. 366.

interrompere la gravidanza. In alcuni casi, si ipotizza anche che tali centri possano, con adeguate attrezzature, praticare direttamente aborti[1212].
Per la *Civiltà Cattolica*, questa questione evidenzia una chiara contraddizione tra i principi pratici e quelli ideologici. Da un lato, si prevedono consultori all'interno dei Comuni o delle reti comunali con il compito di salvaguardare la salute del concepito; dall'altro si promuovono anche consultori o centri comunali che, invece, hanno come obiettivo quello di assistere, o addirittura di facilitare, l'eliminazione della vita ancora in grembo. Con l'adozione della legge sui consultori familiari, questa disparità si presenta in modo evidente e tangibile nel quadro normativo. Non si può riconoscere che il concepito meriti tutela legale e costituzionale, e contemporaneamente creare strutture mirate a tutelarne la salute, senza condannare esplicitamente l'interruzione di gravidanza[1213].
Non si sostiene che l'approvazione della legge n. 405, di per sé, possa abbreviare automaticamente il percorso verso una riforma più ampia delle norme penali sull'aborto, specialmente nella versione proposta dai democristiani; tuttavia, è evidente, secondo i commentatori cattolici, che questa legge introduce un nuovo elemento positivo e concreto che invita a riflettere attentamente su quale sia il contenuto appropriato della futura riforma, soprattutto per evitare le contraddizioni tra principi e strutture già evidenziate. Per la Chiesa cattolica, infatti, i consultori, invece di essere strumenti di prevenzione, potrebbero diventare, se gestiti da personale con una certa ideologia o orientamento politico favorevole all'aborto, dei centri che favoriscono piuttosto che impediscono la sua diffusione[1214].
Nella seconda metà del 1976 l'aborto torna ad essere al centro dell'attenzione mediatica dopo la fuoriuscita di una nube tossica di diossina dall'impianto della ICMESA a Seveso. Tra gli ingenti danni e le varie preoccupazioni che questo incidente suscita c'è anche la possibilità di malformazioni fetali ai nati dalle gestanti ai primi mesi di gravidanza che si trovavano nel raggio di pericolo del disastro di Seveso. Secondo la stampa cattolica questo non è stato altro che un pretesto per «abbattere le ultime resistenze razionali all'aborto in buona parte della popolazione italiana»[1215].
«La vita umana innocente è sacra, e solo Dio — e nessun altro: né lo Stato, né i medici, e neppure i genitori - ha potere su di essa»[1216].
Per i cattolici, il principio morale secondo il quale «la vita umana innocente è sacra, e solo Dio — e nessun altro: né lo Stato, né i medici, e neppure i genitori - ha potere su di essa»[1217] costituisce l'unico reale presidio in grado di difendere la vita umana, resistendo agli attacchi che minacciano di eliminarla. Una preoccupazione, seppure secondaria ma di grande valore, è che, se il divieto di sopprimere una vita innocente non fosse considerato assoluto, ma si riconoscesse che in alcuni casi questa possa essere lecita, si aprirebbe la porta a interventi ancora più gravi e massicci. Questo perché si rischierebbe di estendere, con il pretesto di eccezioni, un numero sempre più ampio di casi consentiti, rendendo così possibile un'interpretazione più permissiva. Spesso si tenta di fare un paragone con le degenerazioni del regime nazista, come esempio di quanto possa degenerare una giustificazione scientifica o ideologica per l'uccisione di vite innocenti. Naturalmente, rispettare questa norma può comportare difficoltà e sofferenze; tuttavia, la sofferenza, sia essa lieve o grave, è intrinseca alla condizione umana e non può essere eliminata in ogni circostanza e a ogni costo.

[1212] Ibidem.
[1213] Ibi, p. 367.
[1214] Ibi, p. 367.
[1215] *I cattolici e l'aborto nell'attuale situazione italiana*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 127, v. IV, 16 ottobre 1976, p. 105.
[1216] Ibi, p. 107.
[1217] Ibidem.

Esistono valori fondamentali per l'uomo, il cui mantenimento può richiedere sacrifici significativi, sacrifici dai quali nessuno può esimersi senza perdere il senso più profondo e ultimo della propria esistenza. Inoltre, nell'ottica della dottrina cattolica, la sofferenza del credente, accettata con fede, si unisce alla passione e alla morte redentrice di Cristo; così, essa assume un potere di salvezza e redenzione che non riguarda solo chi la vive, ma si estende agli altri, e in definitiva a tutta l'umanità[1218].

Durante gli anni Settanta, il Parlamento non presenta più, come in precedenza, una maggioranza contraria all'aborto; di conseguenza, la Chiesa cattolica non può più sperare di bloccare l'approvazione di una normativa permissiva in materia. Inoltre, gli emendamenti e le proposte avanzate dai partiti che sostengono il diritto all'aborto, seppur differenziandosi su alcuni aspetti anche significativi, condividono tutti l'idea che la decisione finale spetti alla donna stessa, lasciando a lei la scelta di sottoporsi o meno all'intervento abortivo. Questa convergenza comporta il rischio che l'aborto diventi una possibilità "libera", limitata solo dal decorso temporale, ma senza restrizioni sostanziali, dando così strada a una forma di aborto praticamente aperta e facilmente accessibile[1219].

Il 22 maggio 1978 viene promulgata la legge n. 194, "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza". La legge che depenalizza l'aborto viene approvata alla Camera dei deputati il 14 aprile e al Senato il 18 maggio, secondo i commentatori cattolici le date così ravvicinate dell'approvazione nei due rami del Parlamento indicano la fretta dello schieramento abortista di condurre in porto questa legge.

Le forze antiabortiste, già minoritarie in partenza, hanno tentato, senza ricorrere a tattiche di ostruzionismo, di bloccare inizialmente il disegno di legge e successivamente di apportare miglioramenti attraverso numerosi emendamenti. Tuttavia, il fronte a favore della legge ha respinto ogni tentativo di modifica, opponendosi fermamente a qualsiasi proposta di emendamento[1220].

La senatrice DC Alessandra Codazzi, ha osservato che il titolo della legge è contraddittorio perché nel contesto non si pone affatto l'obiettivo di dettare norme per la tutela sociale della maternità, ma piuttosto quello di sancire il principio dell'interruzione volontaria della gravidanza[1221].

A votare contro la proposta dell'aborto sono stati, insieme con i democristiani, anche altri gruppi politici[1222]. La fitta schiera del gruppo democristiano, intervenuta nel dibattito alla Camera dei deputati e al Senato, ha duramente commentato il testo, definendo la legge ambigua, ipocrita e sviante l'interpretazione delle norme, soprattutto per il contrasto evidente fra le premesse dell'art. 1 (soprattutto primo comma): "Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio" e la normativa degli artt. 4 e 5 che normano l'interruzione volontaria di gravidanza[1223].

La legge in questione consta di 22 articoli, l'art. 9 si occupa degli obiettori di coscienza in materia.

Per i commentatori cattolici l'autenticità della contraddizione si manifesta in modo evidente con l'art. 9: riconoscendo, per rispetto ai principi etici inviolabili di una parte significativa della popolazione, il diritto di alcune categorie di cittadini di opporsi all'applicazione della legge attraverso l'obiezione di coscienza. Concedere l'obiezione di coscienza ai cittadini, non è semplicemente una questione di fragilità o inopportunità politica di una misura legislativa ostacolata da forti opposizioni. Non si tratta

[1218] Ibi, p. 109.
[1219] Ibidem, p. 109.
[1220] Caruso, A., *Aborto: un passo indietro sul cammino della civiltà*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 129, v. II, 17 giugno 1978, p. 588.
[1221] Ibi, p. 589.
[1222] Ibi, p. 596.
[1223] Ibi, pp. 596-597.

neppure di mettere in discussione soltanto la legittimità costituzionale del provvedimento, che rimane comunque applicabile fino a quando un eventuale vizio non venga ufficialmente riconosciuto in sede giudiziaria. L'art. 9 è una limitazione intrinseca alla legge, la quale anche se legittimata dal processo democratico, essa esplicitamente riconosce di non rappresentare la volontà generale, poiché entra in conflitto con principi morali profondamente radicati nel cuore degli stessi cittadini, che non si sentono liberi di comportarsi in modo contrario. In questo apprezzamento favorevole dell'obiezione di coscienza si cela inevitabilmente anche l'attribuzione di una qualche validità—almeno sul piano sociale—ai principi su cui essa si fonda. Di conseguenza, si evidenzia una tensione tra quei principi e i valori veicolati dalla legge statale[1224].

Secondo la posizione cattolica, con il testo approvato, l'obiettore di coscienza si trova in difficoltà nel manifestare liberamente le sue convinzioni: può trovarsi stretto tra l'obbligo di collaborare con interventi programmati, come quelli preventivi o aborti terapeutici per un periodo di un mese, o di essere trasferito a causa della mobilità del personale. Di conseguenza, la sua libertà di scelta viene massivamente limitata e messa sotto pressione[1225].

Mentre l'obiezione di coscienza può essere invocata da chiunque, per ragioni etiche, al fine di astenersi dalla partecipazione all'interruzione di gravidanza, i cattolici hanno il dovere, non semplicemente morale, di esercitare questo diritto. Per loro, l'obbligo di ricorrere all'obiezione deriva direttamente dall'etica cattolica e dai protocolli ufficiali del Magistero della Chiesa, rendendo questa scelta una vera e propria responsabilità specifica di fede[1226].

La Congregazione per la Dottrina della Fede, anche allo scopo di confermare con l'autorità della Santa Sede e quindi con efficacia universale l'operato dei singoli vescovi, ha emanato una Dichiarazione sull'aborto procurato il 18 novembre 1974, con l'espressa avvertenza che essa comportava «un grave obbligo per la coscienza dei fedeli»[1227]. Specie, per quanto riguarda le proposte di legge, non diverse dalla legge in fine emanata, dopo averne confutato il fondamento e palesato la finalità, per i cattolici assurda, si precisa:

> «Deve essere, in ogni caso, ben chiaro che, qualunque cosa a questo riguardo venga stabilito dalla legge civile, l'uomo non può mai ubbidire a una legge intrinsecamente immorale, e questo è il caso di una legge che ammettesse, in linea di principio, la liceità dell'aborto. Egli non può né partecipare a una campagna di opinione in favore di una legge siffatta, né dare ad essa il suffragio del suo voto. Non potrà neppure collaborare alla sua applicazione. Non si può ammettere, per esempio, che medici ed infermieri vengano obbligati a concorrere, in modo prossimo, ad un aborto, e a dover scegliere tra la legge di Dio e la loro posizione professionale»[1228].

I Vescovi, nel ribadire la loro ferma opposizione alla legge n. 194/1978, hanno cominciato subito ad ammonire i fedeli sull'obbligo di valersi dell'obiezione di coscienza, e ad istruirli sulle modalità di esercizio di questo diritto civile e dovere religioso[1229].

L'uso dell'espressione "personale sanitario" per designare la prima categoria di soggetti ammessi all'obiezione di coscienza non convince i commentatori cattolici, perché sembra riferirsi esclusivamente ai medici che operano stabilmente in un determinato istituto e costituiscono quindi il

[1224] Lener. S., *La legge sull'aborto e l'obiezione di coscienza*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 129, v. II, 1° luglio 1978, p. 11.
[1225] Caruso, A., *Aborto: un passo indietro sul cammino della civiltà*, cit., p. 592.
[1226] Lener. S., *La legge sull'aborto e l'obiezione di coscienza*, cit., p. 12.
[1227] Ibi, p. 13.
[1228] Cit. in ibidem.
[1229] Ibidem.

personale sanitario di quella struttura. Tuttavia, la stessa normativa prevede che, nel caso di interruzione volontaria di gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna possa rivolgersi non solo a un consultorio pubblico o a una struttura sociosanitaria autorizzata dalla Regione, ma anche "a un medico di sua fiducia" (art. 4), che può essere un libero professionista. Per poter usufruire validamente, in linea generale, dell'esenzione dall'obbligo di rilascio del certificato o del documento richiesto dall'articolo 5, anche a questi medici deve essere riconosciuto il diritto (oltre che nel dovere etico) di esprimere anticipatamente la propria obiezione di coscienza, comunicandola al medico provinciale[1230].

Si discute di due, e talvolta di tre, gruppi di soggetti che hanno il diritto di esercitare l'obiezione di coscienza. La prima categoria comprende tutti i medici, siano essi specialisti o meno, anche coloro che possiedono specializzazioni del tutto estranee ai campi della gravidanza, del parto e della maternità. Contrariamente ad altre legislazioni straniere, la normativa italiana non richiede alcuna specializzazione specifica o autorizzazione pubblica particolare affinché un medico possa assistere donne che desiderano interrompere la gravidanza. La seconda categoria comprende i "paramedici" e tutti coloro che svolgono ruoli di supporto nel settore sanitario (come caposala, infermieri professionisti e non, ostetriche, vigilatrici d'infanzia, assistenti sociali, ecc.), impiegati in ospedali, case di cura, istituti religiosi con attività di assistenza sanitaria, consultori e strutture socio-sanitari (come cliniche mediche, enti delle unità sanitarie locali, organismi previdenziali e mutualistici). Questi soggetti, infatti, sono coinvolti, anche solamente in modo marginale, nelle fasi preliminari alla interruzione di gravidanza o nell'esecuzione stessa, e pertanto sono considerati parte di questa categoria.

Si può elencare anche una terza categoria, che resta implicita, i soggetti-istituzione, in particolare gli enti ecclesiastici ospedalieri. Nella pratica le persone giuridiche non hanno una coscienza propria, perciò, non gli si riconosce propriamente l'obiezione di coscienza. Però questa è praticabile a livello di struttura in due modi. Il primo modo prevede che tutti gli individui, i quali presiedono e gestiscono un ospedale o clinica religiosa, ovvero prestano in essi la loro attività medica o paramedica, sollevino obiezione di coscienza, per assicurare all'istituzione la possibilità di rifiutare ogni cooperazione con la legge. Il secondo si presenta da un particolare riferimento disposto nella stessa legge n. 194/1978 quando indica gli enti che possono praticare l'interruzione di gravidanza. Questa può essere praticata presso gli "ospedali generali" o presso ospedali pubblici specializzati ed altri istituti, enti e istituzioni "sempre che i rispettivi organi di gestione ne facciano richiesta". Solo nei primi novanta giorni essa può essere praticata "anche presso case di cura autorizzate dalla regione" (art. 8). Basta, pertanto, non fare alcuna "richiesta" e non sollecitare alcuna "autorizzazione", per essere esclusi dal novero delle strutture sanitarie presso le quali l'aborto può essere praticato. Come vedremo, gli ospedali evangelici sceglieranno di richiedere l'autorizzazione, quindi di rendersi disponibili all'applicazione della legge e di non avvalersi del diritto di obiezione di coscienza.

A conclusione dei lavori della XV Assemblea Generale della CEI, che si è svolta a Roma dal 22 al 26 maggio 1978, i Vescovi italiani hanno toccato il problema dell'aborto, spronando i cattolici a non rassegnarsi e ad attuare azioni concrete per fare ostruzione alla legge[1231].

Due sono, perciò, le linee d'azione secondo le quali i cattolici devono muoversi. La prima è la linea dell'azione a favore della vita, come l'istituzione di Centri per la vita e la partecipazione attiva a strutture già esistenti o da istituire, come i consultori. La seconda è la linea dell'educazione a favore

[1230] Ibi, p. 15.

[1231] Cit. in Caruso, A., *Aborto: un passo indietro sul cammino della civiltà*, cit., p. 598.

della vita. Si tratta, per i cattolici di impegnarsi affinché la sconfitta subita in Parlamento non si traduca in una sconfitta per la coscienza morale e la civiltà dell'Italia[1232].

In materia di procreazione medicalmente assistita, la Chiesa cattolica torna a interessarsi del tema alla fine degli anni Cinquanta, preoccupata del propagarsi anche in Italia del dibattito pubblico in merito. Come accennato nel capitolo precedente, Pio XII si era pronunciato sulla pratica che andava diffondendosi in Europa, affermandone l'illeceità, ma fino a questo momento non sembrava essere una questione che potesse penetrare nella società italiana, se non dal punto di vista zootecnico[1233]. Il primo caso deciso in giudizio in Italia è stato esaminato dal Tribunale di Roma, che ha deliberato con sentenza del 30 aprile 1956, rimasta però poco nota al grande pubblico, mentre grande clamore ha avuto il caso della fine del 1958 dove il Pretore di Padova ha assolto per insufficienza di prove una donna querelata per adulterio dal marito, che aveva anche disconosciuto la paternità della figlia nata con fecondazione assistita[1234]. Da questo momento, anche in Italia il dibattito sulla fecondazione assistita inizia ad acquisire rilevanza, specie per gli interventi della Chiesa cattolica che, in merito alla sentenza citata, afferma che tale pratica viola le leggi naturali e positive che regolano le fonti della vita umana, distrugge l'istituto del matrimonio e quindi, l'integrità della famiglia e mette in luce tanto l'inadeguatezza del diritto in Italia per regolamentare questa pratica, quanto la mancanza di formazione morale del personale medico per gestirla dal punto di vista sanitario[1235]. Secondo gli osservatori cattolici, per prima cosa manca chiarezza terminologica che, inevitabilmente, offusca o confonde le possibili opinioni in materia. Infatti, inizialmente, si parla di fecondazione "artificiale", non "assistita": lo scarto tra queste due espressioni, secondo il pensiero cattolico, è che di artificiale c'è solo il modo in cui viene eseguita l'inseminazione, essendo il resto della pratica, soprattutto le sue conseguenze, di ordine naturale. Con questo chiarimento da parte cattolica si vogliono contrastare due tendenze dominanti in questi anni, che etichettano i figli nati da tali pratiche come figli «della provetta» o «di nessuno»[1236], in quanto la realtà biologica riporta necessariamente la responsabilità sulla nascita e la maternità in seno all'essere umano[1237]. Il dibattito mette in moto la macchina politica e in Parlamento viene presentata in data 25 novembre 1958 la prima proposta di legge sul divieto della inseminazione artificiale[1238] da parte degli onorevoli Gonnella Giuseppe e Manco Clemente (MSI)[1239].

Il 3 dicembre dello stesso anno, gli onorevoli Cossiga e Sarti (DC) presentano diverse interrogazioni ai ministri dell'Interno, della Giustizia e della Sanità, l'ultima delle quali riguarda la possibilità che il governo proponga al Parlamento nuovi provvedimenti che limitino l'attuazione da parte della classe medica della pratica della fecondazione assistita[1240]. Dell'8 aprile 1959 è un'altra proposta di legge,

---

[1232] Ibi, p. 600.

[1233] Lener, S., *Una nuova insidia contro la famiglia e il matrimonio. Inseminazione artificiale e rapporto di filiazione*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 110, v. I, 17 gennaio 1959, p. 124

[1234] Ibi, p. 125.

[1235] Ibi, p. 126.

[1236] Ibi, pp. 127-128.

[1237] Ibi, p. 132.

[1238] *Attività parlamentare. Camera dei deputati: disegni, proposte di legge, relazioni. Divieto della inseminazione artificiale e sua disciplina giuridica*, in «Il diritto ecclesiastico», anno 70, parte II, 1959, pp. 234-235.

[1239] Gli onorevoli Gonnella e Manco sono gli stessi primi firmatari che nel 1960 presentano la proposta di legge n.1920 contro l'omosessualità e nel 1963 un'altra sul divieto di inseminazione artificiale. *Attività parlamentare. Camera dei deputati: disegni, proposte di legge, relazioni. Divieto della inseminazione artificiale e sua disciplina giuridica*, in «Il diritto ecclesiastico», anno 74, parte II, 1963, pp. 398-399.

[1240] Lener, S., *Una nuova insidia contro la famiglia e il matrimonio. Inseminazione artificiale e rapporto di filiazione*, cit., p. 126.

d'iniziativa dei deputati Riccio[1241], Russo Spena, Frunzio sull'illiceità dell'inseminazione artificiale[1242].
Secondo la Chiesa cattolica, l'unica modalità per disciplinare in Italia l'inseminazione artificiale è attraverso la repressione penale affiancando nuove figure di reati a quelle già disciplinate nel Codice penale «per tutelare contro la nuova insidia [al]la verità degli *status* personali, l'ordine giuridico matrimoniale, la società familiare, la sanità e l'integrità della stirpe»[1243]. L'obiettivo principale però non deve essere quello di offendere una coppia desiderosa di avere figli che ricorrono a tale pratica ma di disinnescare il pericolo preventivamente, impedendo la diffusione dell'inseminazione artificiale, colpendo tutte quelle attività in cui si concretizzano i mezzi per produrla e che la pongono alla portata dei singoli che la richiedono o organizzativamente a disposizione del pubblico. Innanzitutto, occorre rendere illecita l'alienazione e l'acquisto di liquido seminale, così come la sua raccolta e conservazione a scopi di inseminazione artificiale, colpendone il commercio. Inoltre, andrebbe repressa penalmente l'attività dei medici e di altri operatori qualificati che procedono all'attività di inseminazione artificiale[1244].
La Chiesa cattolica non si esprime contrariamente a tutti i casi di inseminazione artificiale, in particolare per quanto riguarda quella omologa: anche la morale cattolica più severa in argomento condanna solo quei procedimenti in cui si concreta una fecondazione artificiale propriamente detta[1245]. Si tratta, in conclusione, di condanna morale, severe cautele e limitazioni di natura amministrativa per l'attività dei medici, ma non reato, e tanto meno d'azione pubblica.

4.2.1.2. Fine vita, sepolture e trapianti.

Altro tema aspramente dibattuto negli anni Sessanta e Settanta è quello dell'eutanasia.
La disciplina della morte è sempre stata tra gli interessi della Chiesa cattolica, tra i temi correlati c'è sicuramente la gestione della sepoltura, che in sede di questa tesi è un tema di interesse, soprattutto per le ricadute che la tradizione cattolica in merito aveva sulle sepolture e gli spazi cimiteriali delle altre confessioni religiose, sfociando spesso nell'abuso e nell'intolleranza. Abbiamo visto anche, come la dottrina cattolica si è posizionata sempre in contrasto alla pratica emergente della cremazione.
Nel 1964 vi è la diffusione di una notizia secondo la quale la Chiesa ha modificato il suo atteggiamento riguardo la cremazione dei cadaveri. Questa notizia viene però smentita da varie fonti cattoliche, specificando però che il Sant'Uffizio ha effettivamente mitigato l'applicazione di alcune pene ecclesiastiche previste nel Codice di diritto canonico nei confronti di coloro che dispongono la cremazione del proprio cadavere. Questa azione promossa dal Sant'Uffizio e resa pubblica tramite un'istruzione ha avuto origine dal mutato atteggiamento della società nei confronti della cremazione, che quasi ovunque non riveste più un significato di rifiuto dei dogmi cristiani, ma risponde ad esigenze di carattere economico ed igienico, e anche dal riconoscimento delle tradizioni invalse

[1241] L'On. Riccio riproporrà nuovamente una proposta di legge sull'illiceità dell'inseminazione artificiale il 29 maggio 1963. *Attività parlamentare. Camera dei deputati: disegni, proposte di legge, relazioni. Illiceità dell'inseminazione artificiale*, in «Il diritto ecclesiastico», anno 74, parte II, 1963, pp. 302-304.
[1242] *Attività parlamentare. Camera dei deputati: disegni, proposte di legge, relazioni. Illiceità dell'inseminazione artificiale*, in «Il diritto ecclesiastico», anno 70, parte II, 1959, pp. 387-388.
[1243] Lener, S., *Scopo, lineamenti e limiti di una legge repressiva dell'inseminazione artificiale umana*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 110, v. IV, 21 novembre 1959, p. 339.
[1244] Ibi, p. 340.
[1245] Ibi, p. 348.

presso alcuni popoli, come quello giapponese. Tuttavia, la preferenza della Chiesa per l'inumazione resta immutata; così come la sua opposizione alla cremazione non giustificata da motivi seri. La consuetudine dell'inumazione conserva tutta la sua validità e dev'essere promossa in ogni modo in quanto richiama l'idea di una morte simile al sonno e l'attesa della resurrezione[1246].
Per quanto riguarda l'eutanasia, invece, anche se non è un tema nuovo, è sicuramente rinnovato dall'implicazione delle ultime scoperte nel campo medico della rianimazione e della farmacologia, essa è condannata dalla Chiesa cattolica, come ribadito dal Concilio Vaticano II nella *Gaudium et spes*, che la definisce, senza mezzi termini, un omicidio.
In una lettera inviata al Congresso della Federazione internazionale delle Associazioni mediche cattoliche, riunitisi a Washington dall' 11 al 14 ottobre 1970, dopo aver ricordato che la "vita umana è sacra" Paolo VI aggiunge:

> «[...] il carattere sacro della vita vieta al medico di uccidere e gli impone in pari tempo il dovere di adoperarsi con tutte le risorse della sua arte a lottare contro la morte. Ciò non significa obbligare il medico a utilizzare tutte le tecniche che gli offre una scienza instancabilmente creatrice. In tanti casi non sarebbe una tortura inutile imporre la rianimazione vegetativa nell'ultima fase d'una malattia incurabile? Il dovere del medico consiste piuttosto nell'adoperarsi a lenire la sofferenza, di voler prolungare il più possibile, a qualsiasi costo e con qualsiasi mezzo, una vita che non è più pienamente umana e che va naturalmente verso la sua conclusione: l'ora ineluttabile e sacra dell'incontro dell'anima con il suo Creatore, attraverso un passaggio doloroso che la rende partecipe della passione di Cristo» [1247].

Da questo si evince non solo l'equiparazione dell'eutanasia all'omicidio, che Paolo VI ribadisce anche nell'udienza generale del 27 gennaio del 1971[1248], ma anche l'opposizione della Chiesa cattolica alle varie forme di accanimento terapeutico.
La Civiltà Cattolica commentando il rapporto sui diritti dei malati del Consiglio d'Europa del 1976 ripropone la posizione cattolica, affermando l'illeceità dell'eutanasia.
Questo esordisce con il nuovo diritto di non soffrire, così espresso:

> «Il paziente ha il diritto di beneficiare di tutte le terapeutiche recenti per facilitare la diagnosi e la guarigione, ma anche per far cessare la sofferenza. […] Il progresso delle scienze mediche ha prolungato la durata dell'esistenza senza impedire sempre, però, la degradazione delle funzioni organiche. D'altra parte, il prolungamento di una vita senza alcuna speranza può corrispondere a una grande sofferenza non solo per lo stesso malato, ma anche per chi gli sta vicino. Occorre, allora, nel caso che la diagnosi medicalmente stabilita, continuare a prolungare una vita senza nessuna speranza, o bisogna accordare al malato il diritto, se egli è in grado di esprimersi, di essere sollevato immediatamente e senza sofferenza?»[1249].

I commentatori cattolici affermano quanto il rapporto non sia affatto chiaro sul diritto di non soffrire. Inizialmente si sostiene con fermezza il diritto a ricevere cure terapeutiche finalizzate ad alleviare la sofferenza. Tuttavia, successivamente, si limita la discussione, senza offrire una risposta definitiva, a interrogarsi se, in situazioni di assenza totale di speranza di recupero, sia necessario continuare a mantenere in vita il paziente oppure garantire a quest'ultimo un «diritto a non soffrire più». Quest'ultimo, almeno in modo implicito, viene interpretato come un diritto all'eutanasia[1250].

[1246] *Cronaca Contemporanea. Santa Sede,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 115, v. II, 20 giugno 1964, p. 604.
[1247] Cit. in Marcozzi, V., *Morte clinica e morte vera*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 121, v. IV, 7 novembre 1970, p. 249.
[1248] *Cronaca Contemporanea. Vita delle Chiesa,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 122, v. I, 20 febbraio1971, p. 483.
[1249] Lener, S., Sui diritti dei malati e dei moribondi. È lecita l'eutanasia?, in «La Civiltà Cattolica», Anno 127, v. II, 1 maggio 1976, p. 222.
[1250] Ibi, p. 223.

La maggior parte del documento si concentra sull'eutanasia, definendola così:

> «Nel presente contesto l'espressione "eutanasia" può essere utilizzata per designare qualsiasi morte che non è interamente naturale, né accidentale (ciò che suppone che una decisione sia presa coscientemente), né un suicidio (per il che, si richiede l'intervento di persona diversa dall'interessato), né un assassinio (sia dunque uccisione non contraria alla volontà dell'interessato) [...] Il dibattito si fonda ordinariamente sulla distinzione che vien fatta tra l'eutanasia attiva e l'eutanasia passiva: mentre l'eutanasia attiva implica un atto che ha per effetto di abbreviare la vita o di mettervi fine, l'eutanasia passiva consiste nell'astenersi da ogni azione che potrebbe prolungare la vita. Nella pratica può essere estremamente difficile stabilire una distanza tra le due forme di eutanasia. L'espressione "eutanasia indiretta" viene impiegata per designare i casi in cui la morte è un effetto non desiderato di una misura presa ad altro fine»[1251].

Indipendentemente da come venga definito, per *La Civiltà Cattolica* il problema si presenta ogni volta che si tratta di condurre un paziente grave, ancora in vita in qualche modo, alla morte nel senso classico e definitivo del termine; e questa questione si traduce nella valutazione sulla legittimità o meno delle azioni intraprese per raggiungere tale obiettivo. Si tratta di una questione intrinsecamente etica. Non si tratta di un'etica puramente individuale, come nel caso del suicidio, ma di un'etica collettiva, perché coinvolge almeno due soggetti: il paziente e chi agisce. L'etica in questione non è solo quella professionale, anche se i medici, di norma, sono i principali attori coinvolti, ma ha un carattere più ampio, di natura sociale, perché riguarda l'intera comunità[1252].
Per quanto, dunque, il Rapporto non parli di etica generale o umana, e nemmeno religiosa, ma della più concreta visuale dell'etica professionale, il generalissimo atteggiamento dei medici contrari per ragioni di principio a "dare la morte su domanda" o ad "abbreviare positivamente la vita", per *La Civiltà Cattolica*, sembra già valido argomento per dimostrare l'illiceità morale dell'eutanasia.
Altro tema, che coinvolge anche il tema della morte, nello specifico la distinzione tra "morte clinica" e "morte vera" è il tema dei trapianti. Soprattutto trapianti di organi vitali.
Con i primi trapianti di cuore, i quali nella maggior parte hanno successo breve si pongono secondo gli opinionisti cattolici problemi umani e morali di fondamentale importanza. I due principali sono il problema dell'esperimento umano e quello dell'accertamento della morte del donatore.
Sull'esperimento umano si è concordi che se l'operazione avviene con successo e il malato ricevente dovesse vivere maggiormente grazie al trapianto, si può emettere giudizio positivo.
Il secondo problema morale più grave si presenta con il prelievo di cuore. Il problema che si pone è se il cuore è funzionante, l'individuo da cui viene prelevato è vivo o morto?
Sono diverse le autorità religiose che su questo si sono espresse, non solo cattoliche, a proposito Pio XII ha già dischiarato "Sopprimere un'esistenza per salvarne un'altra sarebbe delitto" [1253].
Questo dilemma apre la strada al dibattito tra "morte clinica" e "morte vera", per uno spiritualista la "morte vera" si ha quando l'anima si distacca dal corpo, per gli altri un individuo è veramente morto quando i processi di deterioramento sono irreversibili[1254]. La "morte clinica" invece si ha quando non avvengono più i fenomeni fondamentali per la vita come la respirazione, la circolazione, ecc.
Il punto cruciale è di stabilire quando si realizza la "morte vera" in senso spiritualista o non spiritualista. Alcuni scienziati, alla fine degli anni Sessanta, danno per morto quell'individuo a cui si spegne l'attività bioelettrica del cervello, dunque, "morte clinica" ma sono contestati dal fatto che, il

[1251] Ibi, p. 225.
[1252] Ibi, p. 227.
[1253] Marcozzi, V., Trapianto di cuore e problemi morali, in «La Civiltà Cattolica», Anno 119, v. I, 17 febbraio 1968, p. 373.
[1254] Ibidem.

cuore, ad esempio può essere in certi casi riattivato, dunque non decretare in modo certo il decesso, dunque solo la "morte clinica" e non la "morte vera"[1255]. Così per l'attività del cervello, che in diversi casi dopo giorni di inattività, mantenendo pratiche rianimative, questo è tornato a funzionare.
Non essendoci ancora consenso generale della comunità scientifica sulla decretazione di "morte vera" il problema morale che pone la fretta necessaria di prelievo di un cuore utile al trapianto lascia la questione aperta, a cui i cattolici viene chiesta pazienza nel plaudire tali risultati della scienza prima di averne sondato tutte le implicazioni umane e morali[1256].
Non esistendo metodi per definire con certezza il momento della morte, ci sono alcuni criteri utile a definire la morte avvenuta che però non risolve il dilemma in merito ai trapianti, specie quello di cuore. Nel dubbio che un individuo sia morto, non si può porre un'azione che di natura sua produca la morte[1257].
Per l'etica cattolica in fatto di trapianti vi è un principio fondamentale: non è mai lecita un'operazione che produca direttamente la morte o cambi sostanzialmente la personalità del paziente[1258].
Considerando questo principio e i progressi compiuti negli ultimi anni nei diversi tipi di trapianto, si può affermare che il trapianto di cornee e cartilagini solitamente non solleva questioni di natura etica. Anche il trapianto di reni, di norma, non presenta complicazioni etiche rilevanti. Al contrario, il trapianto di cuore e di altri organi essenziali rimane un campo in cui i risultati ottenuti finora sono ancora insoddisfacenti o praticamente inesistenti, creando così maggiori dilemmi morali [1259].
Dalla prospettiva dell'etica cattolica, è ancora prematuro intraprendere trapianti di cuore, e in quei casi in cui essi sono stati effettuati, si può ritenere che siano stati compiuti troppo affrettatamente. Alcuni ordini professionali e diversi paesi hanno stabilito che la squadra medica incaricata di certificare il decesso del donatore debba essere distinta da quella che esegue il trapianto; inoltre, hanno definito le condizioni, basandosi sulle conoscenze mediche dell'epoca, che devono esser presenti affinché si possa avere una garanzia morale della morte del donatore[1260].
Per quanto concerne il trapianto di ovaio nella donna, assumendo che il suo comportamento sia analogo a quello osservato negli animali, l'etica cattolica non lo considera intrinsecamente illecito. Tale intervento non altererebbe essenzialmente la personalità della ricevente, integrandosi funzionalmente all'organismo naturale. Tuttavia, dato che il patrimonio genetico degli ovuli rimane invariato, si presentano problematiche giuridiche legate alla discendenza, considerando la parentela genetica tra i figli e la donatrice dell'ovario. La comparazione con la fecondazione in vitro, che alcuni avversano, non è ritenuta valida, poiché nel caso del trapianto d'ovaio la procedura avviene in modo naturale e non comporta rischi per la prole. Per quanto riguarda il trapianto del cervello, dati i molteplici ostacoli etici e la sua pura natura ipotetica al momento, non si entra nel merito della sua moralità[1261].
Per quanto riguarda le donazioni effettuate mediante prelievo da donatori vivi, il prelievo di tessuti o di parti non vitali generalmente non solleva problemi etici significativi. Se è considerato giustificato rinunciare a un proprio membro per salvare l'intero organismo, allora si può affermare che lo sia anche farlo per il bene di un'altra persona. Invocando il comandamento dell'amore verso il prossimo,

[1255] Ibi, p. 374.
[1256] Ibi, p. 375.
[1257] Marcozzi, V., *Morte clinica e morte vera*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 121, v. IV, 7 novembre 1970, p. 248.
[1258] Marcozzi, V., *Trapianti d'organo*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 122, v. I, 20 febbraio1971, p. 340.
[1259] Ibi, p. 341.
[1260] Ibi, p. 342.
[1261] Ibi, p. 341.

tali atti non sono soltanto moralmente accettabili, ma meritano anche riconoscimento e ammirazione, poiché rappresentano un sacrificio volontario compiuto a favore degli altri. Il prelievo di un secondo organo vitale non si discosta sostanzialmente dal primo, poiché anche con un unico organo di importanza vitale la vita prosegue, e l'identità personale rimane sostanzialmente invariata. Tuttavia, questa operazione comporta un aumento del rischio di mortalità e di eventuali complicazioni. Rischiare la propria vita per salvare quella di un'altra persona è considerato lecito, purché l'individuo sia pienamente consapevole e informato del pericolo che corre.
Per quanto riguarda il prelievo di un organo vitale unico e indispensabile, l'etica cattolica lo respinge categoricamente, poiché equivarrebbe ad un omicidio diretto e volontario di un innocente. Nessuno, in nessun caso, ha diritto di decidere sulla vita di un innocente, nemmeno per motivi di interesse collettivo o di una presunta utilità sociale[1262].

4.2.2. La Chiesa valdese.

Negli anni Sessanta anche il mondo evangelico italiano si confronta con i temi etici contemporanei e lo fa in modo peculiare, non solo nella posizione assunta, spesso diversa o in contrasto con quella delle altre confessioni religiose, anche per la modalità con la quale vengono espresse le diverse posizioni, spesso giudizi e affermazioni di un singolo fedele seppur influente o tramite comunicati diramati dalle organizzazioni femminili, tramite tavole rotonde o dibattiti organizzati dalle singole denominazioni o Chiese; in poche occasioni organi ufficiali italiani fanno aperte dichiarazioni e mai, in coerenza con il pensiero protestante, dommatiche. Le posizioni delle Chiese evangeliche italiane sui temi etici, in questo periodo, vengono spesso veicolate indirettamente tramite dichiarazioni di Organi ufficiali internazionali o di altre nazioni, in cui il dibattito in seno alle Chiese è iniziato prima.

4.2.2.1. Chiese evangeliche e procreazione. Nascita, contraccezione e aborto.

Un esempio di quanto affermato sopra è il documento prodotto dal Consiglio nazionale delle Chiese negli Stati Uniti, riportato su l'*Eco delle valli valdesi* nel 1961, in cui si ricorda l'approvazione da parte del Consiglio dell'utilizzazione di mezzi anticoncezionali in vista della limitazione delle nascite. Le Chiese protestanti considerano moralmente giustificati i mezzi anticoncezionali e la continenza periodica per motivi validi. Considerano gli sposi liberi, secondo la loro coscienza, di servirsi dei doni della scienza per il controllo delle nascite, con la riserva che siano mutualmente accettati e non siano pregiudizio per la salute[1263]. Implicitamente, affermano quindi che il controllo naturale basato sull'astinenza dei giorni fecondi (metodo Ogino-Knaus, l'unico riconosciuto anche dalla Chiesa cattolica) non è moralmente superiore a metodi artificiali di controllo, prodotti dalla medicina.
Il problema della rapida crescita demografica mondiale ne giustifica l'utilizzo e i protestanti italiani ne riportano, avallandolo, il messaggio[1264].
Nel 1966 la casa editrice valdese Claudiana pubblica il testo di André Dumas, *Il controllo delle nascite nel pensiero protestante.* Nella prefazione, Aldo Comba si sofferma sul grande ritardo in Italia del dibattito su questo importante tema di attualità, dovuto anche all' art. 553 del Codice penale, non ancora abrogato, che ne relega la discussione in cerchi ristretti o alla clandestinità. Ma prosegue che

[1262] Ibi, p. 343.
[1263] *In Francia e negli Stati Uniti si discute il controllo delle nascite*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 91, fasc. 11, 17 marzo 1961, p. 2.
[1264] Ibidem.

in Italia fin dagli anni Settanta del XIX secolo, secondo uno studio statistico del prof. M. Livi Bacci, in alcune zone d'Italia più aperte ai contatti con l'estero si riscontra una diminuzione del tasso di natalità che può essere fatta risalire solo a una volontà di limitare la procreazione. Inoltre, invita il lettore a non vedere a questo problema solo come questione di coscienza privata, ma come un fatto che mette in gioco il destino della nazione, se non dell'umanità. In quanto, oltre a non centrare il fuoco del problema, relegandolo tra le responsabilità del singolo si finisce per imporre alla parte più debole e povera della popolazione il peso maggiore di tale responsabilità. Dunque, invita la collettività intera a prendere coscienza del tema e a dibatterne, per non permettere a gruppi d'interesse e abitudini ancestrali di schiacciare i più deboli sotto il peso morale di questo problema.
In questo, come sul tema della crescita demografica, la posizione protestante è in contrasto con quella cattolica. Questa linea è ancora più evidente nel libro di Dumas quando riporta la visione protestante del controllo delle nascite, pur attenendosi a quello spirito ecumenico di cui le Chiese evangeliche sono intrise, evidenzia lo scarto con la Chiesa cattolica, sia per l'approccio con la materia sessuale, non presentata come «sfera prediletta del peccato […] in cui si esercitano repressioni e frustrazioni»[1265], sia per il differente punto di vista riguardo a questioni di morale, che non sviluppa da pronunciamenti formali di un'autorità gerarchica centrale, ma tramite le proposte di singoli teologi, comitati di studio e sinodi che sviluppano così un dibattito intorno ad una certa tematica dal quale sorge un consenso che diventa impegnativo «più per le sue capacità di interpretare in termini attuali la fede della Chiesa, che per sanzione ufficiale che gli venga conferita».
Un altro esempio emblematico della distanza di posizione sulla regolazione delle nascite tra le Chiese protestanti e quella cattolica è la Pillola di Pincus. A differenza dei cattolici, per i protestanti, la regolazione delle nascite attraverso la "pillola" non è moralmente condannata. Secondo il pensiero protestante il metodo di Ogino-Knaus, accettato dalla Chiesa cattolica in quanto rispettoso della legge morale emanante dalla natura umana, eluderebbe allo stesso modo l'intenzione creatrice di Dio. Le Chiese protestanti però non valutano moralmente la questione della regolazione delle nascite, la maggioranza di esse concorda che sia lecito contenere la crescita della popolazione mondiale e che il metodo da scegliere per la regolazione delle nascite deve essere un problema morale e responsabilità dei genitori, se essi scelgano di decidere se e come regolare le nascite deve essere per ragioni pratiche e non morali. Se nell'enciclica di Paolo VI si denuncia la pillola, utilizzando anche argomentazioni scientifiche, nelle analisi valdesi si ritiene uno strumento valido, invece, proprio perché dopo dieci anni dalla sua diffusione e utilizzo è il mondo scientifico stesso a dimostrarne l'efficacia e la mancanza di effetti indesiderati[1266].
Prima che il Concilio Vaticano II favorisca la distensione dei rapporti, in chiave ecumenica, con le altre Chiese in Italia, la contesa sulle anime è ancora aspra, mancando ancora lo spirito di apertura e fratellanza che sarà veicolato dal Concilio. Questa fase finale dell'aspra contesa si realizza ancora, a cavallo tra gli anni '50 e '60, all'interno dei reparti di maternità di ospedali in diverse località, in cui suore cattoliche hanno introdotto l'uso di battezzare con la massima celerità neonati, anche senza l'esplicito consenso dei genitori[1267]. Questo accaduto non stupisce, avendo documentato nei capitoli precedenti le prassi vigenti. A riportare la notizia è l'*Eco delle valli valdesi* che raccoglie le voci di

[1265] *Opinioni protestanti sul controllo delle nascite,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 96, fasc. 10, 11 marzo 1966, p. 1.
[1266] Rochat, D., *La "pillola" tra scienza e morale,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 98, fasc. 31-32, 9 agosto 1968, p. 4.
[1267] Peyrot, *Attenzione ai battesimi clandestini negli ospedali*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 91, fasc. 25, 23 giugno 1961, p. 2.

indignazione della comunità valdese e del mondo evangelico. In questi ospedali, voce accertata per quanto riguarda il Maria Vittoria di Torino, al battesimo non si provvede solo nel caso che risulti documentato in quale religione l'infante verrà battezzato a cura dei genitori, richiedendo un certificato della Chiesa in cui avverrà il battesimo. Solo così non si provvede al battesimo cattolico prima che puerpere e neonati escano dall'ospedale. Il Consiglio federale delle Chiese evangeliche interviene su questo caso, e per prevenirne altri, presso le direzioni degli ospedali e le amministrazioni provinciali perché questa pratica, lesiva della libertà religiosa delle famiglie, finisca[1268].

Una posizione sull'aborto tra protestanti italiani si forma, in ritardo rispetto alla Chiesa cattolica, quando il dibattito in Italia è già maturo e quando ha già esordito nell'opinione pubblica come un problema sociale.

A marzo del 1974 una tavola rotonda sul tema dell'aborto si svolge nell'aula magna del Collegio Valdese, organizzata dalle Unioni Femminili Valdesi di Torre Pellice. Il tema viene affrontato da diverse prospettive. Il punto di vista di un medico, che afferma che per la medicina non fa distinzione il tempo in cui è compiuto l'aborto, in ogni caso si tratta di interruzione di una vita in formazione, quindi, si tratta in ogni caso di uccidere una vita e dunque il medico è per principio contrario all'aborto, per le conseguenze fisiche e psichiche che comporta in ogni caso. Dal punto di vista giuridico viene presentata la legislazione in atto; in particolare sulla legge anti-abortista di marca fascista viene ribadito che essa è estremamente rigida e quasi totalmente disapplicata. L'inefficacia di questa legge nei confronti dell'aborto è allo stesso tempo dannosa perché impedisce una ricerca di mezzi adeguati ad affrontare il problema, perché interdice l'utilizzo di contraccettivi in quanto rimane reato procurare la sterilità, anche temporanea, della donna. Qui viene nuovamente in evidenza la diversità di posizione con la dottrina cattolica. Poi si espone anche il progetto Fortuna, che diversamente dall'avversione degli ambienti cattolici, viene visto come un primo e modesto tentativo di studiare una soluzione. Dal punto di vista morale viene ancora presa in considerazione la posizione della Chiesa cattolica e confermata la distanza, in quanto le Chiese protestanti pur affermando che la vita va difesa fin dal suo sorgere, hanno appoggiato le legislazioni che regolano la pratica dell'aborto in determinati casi. In questo periodo queste si indirizzano verso la depenalizzazione dell'aborto e l'istituzione di servizi sociali e medici che ne elimino i moventi. Il pastore Sonelli, che esprime il punto di vista morale, afferma che non si può equiparare l'aborto all'omicidio in quanto l'embrione o il feto non sono paragonabili all'uomo. Perciò l'aborto ha la sua specifica gravità morale, che non è uccidere un uomo, ma rifiuto di far maturare l'embrione. Inoltre, in ambito valdese l'aborto viene rimandato per lo più alla responsabilità e libertà della donna, in quanto la gestazione non può essere vista come una fatalità per la donna, ma come un evento che la interessa con tutto il suo essere, e solo una morale che sancisce il dominio maschile può considerare la gestazione indipendente dalla volontà femminile[1269].

Nel maggio dello stesso anno sono sempre la Federazione Femminile Valdese e altri movimenti femminili evangelici che portano avanti il dibattito sul tema multiforme dell'aborto al loro congresso interdenominazionale a Rimini[1270]. In tema di aborto emerge la differenza nello scopo del matrimonio tra cattolici e protestanti, in quanto per quest'ultimi non è visto solo in funzione della procreazione. Si ribadisce la necessità di una educazione socio-sessuale, soprattutto della popolazione maschile, in

[1268] Ibidem.

[1269] A., S., *A Torre Pellice: dibattito sull'aborto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 104, fasc. 10, 8 marzo 1974, pp. 4 e 6.

[1270] Conte, G., *L'aborto non è più un crimine, è ancora peccato?,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 104, fasc. 48, 6 dicembre 1974, p. 1.

quanto l'aborto per la Federazione Femminile Valdese «è una soluzione equivoca di un equivoco morale». Quindi viene auspicata una legge non permissiva che regoli seriamente i casi dolorosi in cui l'aborto deve essere praticato, non accettandone la liberalizzazione, ma impegnandosi come comunità per rimuovere le cause che portano all'aborto. La risposta evangelica all'aborto è l'educazione sessuale, la diffusione libera degli strumenti contraccettivi e i consultori pre e post-matrimoniali[1271].
Per gli evangelici, citando Karl Barth, «l'aborto è sempre e comunque un peccato»[1272], un peccato per cui c'è perdono, ma è necessaria una legge seria che depenalizzi l'aborto per inquadrarlo nella rete complessa delle responsabilità di tutta la società, solo in questo modo la voce cristiana potrà essere più limpida e meglio ascoltata[1273].
Nel 1974 a Monbachtal (Germania) si riuniscono professionisti medici, sociali e educativi provenienti da 14 paesi e appartenenti a diverse Chiese, tra cui quella cattolica e quella riformata. L'incontro ecumenico è organizzato dall'Ufficio per i ministeri familiari e dalla Conferenza delle Chiese Europee sul tema "Pastorale delle persone implicate dal problema dell'aborto". Questo incontro, che ha avuto risonanza anche nelle Chiese evangeliche italiane, ha mostrato la diversità di modi di affrontare il tema dell'aborto. I partecipanti hanno sottolineato in particolare le maggiori ragioni per cui si ricorre all'aborto ed evidenziato i campi d'intervento in cui le Chiese e i professionisti dovrebbero impegnarsi per evitare che si ricorra alla pratica. Inoltre, i partecipanti hanno distinto l'azione pastorale da svolgere in due tempi: pre-aborto e post-aborto. Riguardo al primo momento si è notato che le Chiese cristiane si sono spesso limitate a fare delle dichiarazioni di principio senza aver intrapreso alcuna azione preventiva e educativa. Sulla pastorale post-aborto, si tratta di occuparsi del sentimento di colpa che appare nella maggioranza dei casi, che implica non soltanto un intervento medico post-operatorio ma anche un aiuto di fronte a tutte le conseguenze che accompagnano tale situazione umana. Infine, per una pastorale sull'aborto si è messa in evidenza la necessità da parte delle Chiese di seguire attentamente anche tutti coloro che sono implicati in questo tema a causa della loro professione: medici, infermieri, ostetriche, pastori, assistenti sociali, cappellani, educatori. Dunque, non solo l'influenza delle Chiese sul pubblico o presso le autorità politiche, ma anche il lavoro quotidiano dei credenti che vivono la loro fede nell'esercizio delle loro professioni[1274].
Nel 1975 la Chiesa valdese ritorna sul tema dell'aborto, attraverso una predicazione avvenuta a febbraio nella Chiesa di c.so Oddone a Torino. Questa esortazione ha l'intento di dare un'impostazione evangelica al problema dell'aborto, accettando due presupposti: il problema dell'aborto è un disagio vissuto e prima di giudicare le situazioni in cui si attua bisognerebbe conoscere la realtà vissuta da chi la richiede. Quindi prima i fatti poi i principi. La situazione concreta i cui è vissuto il problema dell'aborto è caratterizzato da molti fattori negativi, tra i quali la disparità economica in cui si concretizza: ci sono donne ricche che possono eludere le maggiori sofferenze e anche la legge e le donne povere, le quali oltre a sopportare tutte le conseguenze mediche e sociali, subiscono anche l'applicazione di una dura legge. Un altro fattore negativo che influisce e aggrava gli atti abortivi è il patriarcato e la conseguente condizione femminile in Italia; questa dittatura coniugale che la donna subisce porta ad essere diffidenti verso ogni forma contraccettiva e alla

[1271] *Aborto. Urgenza di affrontare il problema, soprattutto come comunità,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 104, fasc. 22, 31 maggio 1974, p. 4.
[1272] Cit. in, Conte, G., *L'aborto non è più un crimine, è ancora peccato?,* cit, p. 2.
[1273] Ibidem.
[1274] Conte, G., *La Chiesa di fronte l'aborto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 104, fasc. 49, 13 dicembre 1974, p. 3.

rassegnazione dell'attesa di un figlio indesiderato. Quasi sempre le donne colpevoli di abortire sono ancora prima della gestazione delle vittime.
Oltre ad osservare la problematica da un'ottica il più concreta possibile, il secondo presupposto da accettare per dare un'impostazione evangelica a questo problema è uscire dalle ipocrisie. Le maggiori di queste sono ignorare o mascherare le reali proporzioni di questo problema e di deplorare e condannare l'aborto non facendo nulla per prevenire le nascite. Queste ipocrisie vengono prima di tutto additate all'impostazione cattolica verso il fenomeno, che maggiormente è impegnata nella difesa della vita del feto ma che secondo la visione evangelica si cura poco di difendere altre vite, ad esempio non condannando gli eserciti, l'inquinamento industriale e la mala sanità.
Accettati tali presupposti si possono indicare tre posizioni evangeliche sul problema.
La nascita di un figlio deve essere una benedizione e non un'imposizione; dunque, la prima battaglia deve essere sulla prevenzione delle nascite, che sia fatta in serenità e sicurezza, contro ogni osteggiamento della Chiesa e dei politici cattolici. In secondo luogo, la donna deve essere la sola a poter decidere circa l'accettazione o meno di un figlio. Infine, l'aborto non è una libertà ma una necessità, solo Dio afferma e mantiene il diritto di tutti alla vita.
Concludendo, l'aborto va depenalizzato e anche se è un male in certi casi è quello minore, esso è un peccato sociale prima che individuale[1275].
Per quanto riguarda i dati sull'aborto riportati dalla stampa confessionale evangelica sono diversi da quelli che la stampa cattolica riporta in merito, come anticipato. Essi sono usati nel primo caso per evidenziare la tragicità del fenomeno e nel secondo per attenuare tale tragicità. Se sulla stampa evangelica si riportano le statistiche sugli aborti, in quella cattolica invece si smentiscono i numeri sulle morti da aborto. Il dott. Mathieu dell'Ospedale evangelico di Torino, dopo aver esposto le diverse casistiche di aborto, in particolare quello terapeutico e quello eugenetico, riferisce i dati forniti dal Ministero della Sanità, dall'Unesco e dal 53° congresso di ostetricia e ginecologia di Bologna del 1968. Questi riportano numeri di aborti annui che oscillano dagli 800.000 casi ai 2-3 milioni che per il professionista valdese testimoniano la perfetta inanità della legislazione repressiva ancora in vigore in Italia[1276].
Nel 1975 il documento *Aborto e legge di aborto* del Consiglio permanente della CEI ha molta risonanza anche nel mondo valdese, che riconosce alla Chiesa cattolica un'apertura pur mantenendo la condanna dei casi di aborto[1277].
Non tutti gli evangelici sono per depenalizzare l'aborto, alcune posizioni sono per accettare l'aborto nella sola eccezione di trovarsi davanti alla scelta: "salvare la madre o il bambino". In tutti gli altri casi, per seguire il Vangelo, la vita bisognerebbe essere lasciata a disposizione di Dio. Impegnandosi solo e a pieno sul versante preventivo[1278].
Nel 1975, per armonizzare le diverse visioni di affrontare il problema dell'aborto, seguendo lo spirito del Vangelo, la Federazione delle Chiese Evangeliche in Italia, che ha inaugurato ufficialmente lo studio sul problema dell'aborto, ha pubblicato alcuni "Appunti per una riflessione". Il primo di questi, tra i fondamentali, è la parità tra tutti gli esseri umani, in particolare la non subordinazione della

[1275] Ricca, P., *L'aborto: anche i credenti devono prendere posizione,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 105, fasc. 7, 21 febbraio 1975, pp. 1 e 4.
[1276] Mathieu, G., *Sono più le donne italiane morte di aborto che i soldati caduti nella Seconda guerra mondiale,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 105, fasc. 7, 21 febbraio 1975, p. 4.
[1277] Ricca, P., *È sempre un reato ma ci sono attenuanti,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 105, fasc. 7, 21 febbraio 1975, p. 4.
[1278] Conte, G., *Il problema dell'aborto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 105, fasc. 10, 14 marzo 1975, p. 2.

donna all'uomo[1279]. «La parità uomo-donna implica che il controllo delle nascite avvenga nel momento e nelle forme in cui concerne ugualmente uomo e donna (cioè nel rapporto sessuale) e non dopo, quando è poi tutto a carico della donna»[1280]. Dunque, va compiuta una battaglia a lungo termine per la diffusione capillare dell'educazione sessuale e dei metodi contraccettivi. La seconda considerazione generale che viene fatta è sul «rispetto della vita»[1281], che non sia un monito dal carattere terroristico, per le madri che sempre e in ogni condizione debbano partorire e che sia in ogni circostanza, come sul tema guerra, altrimenti suona ipocrita. Inoltre, teologicamente, occorre chiarire «se l'essere umano è fatto per subire la vita come una serie d'imposizioni o se la vita è fatta perché l'essere umano possa goderla come un dono buono del Signore»[1282]. L'ultimo punto su cui la Federazione delle Chiese Evangeliche in Italia insiste è che non si debba fomentare l'autogestione del corpo da parte della donna, frutto di una concezione dell'uomo padrone e regolatore della vita sessuale familiare. In quanto il Nuovo Testamento invita al dono reciproco, dunque l'autogestione del proprio corpo da parte della donna non va combattuta con la repressione ma mediante una condotta in cui si realizzi la parità e la reciprocità. La donna va assistita su tutti i fronti perché l'aborto non le si presenti come scelta obbligata ma come alternativa di fronte un'altra alternativa realisticamente accettabile. In ultima battuta, la Federazione ribadisce la contrarietà delle Chiese evangeliche all'aborto come disapprovano che sia punito dalla legge, volendo però favorire la creazione di condizioni di vita migliori in cui l'aborto cada in desuetudine[1283].

Nel 1977 quando il progetto di legge sull'interruzione volontaria di gravidanza è in discussione alle camere, il pensiero evangelico si fa sentire, soprattutto in contrapposizione all'opposizione che la Chiesa cattolica sta facendo dentro e fuori le sedi politiche. La linea evangelica non è cambiata negli anni, nonostante i dibattiti e l'informazione fatta sul tema. Si continua a considerare ipocrita lo slogan in favore della vita da parte della Chiesa cattolica, in quanto non viene speso in altrettante situazioni, in certi casi ben più gravi, come in alcuni regimi autoritari, nella guerra, nelle morti sul lavoro e in altre situazioni. L'opposizione a una legge sull'aborto da parte della Chiesa cattolica è vista, dal punto di vista evangelico, come una crociata strumentale al consenso politico, nella speranza di rinsaldare l'unità ideologica e politica in un mondo cattolico in crisi. In ambiente valdese, nella coerenza evangelica e senza obbiettivi di potere, si ritiene che una legge, la quale cerca di eliminare ogni forma di condanna e repressione nei confronti della donna, non sia in contraddizione con la fede[1284].

Alla domanda se i valdesi siano abortisti, la risposta non è scontata. Infatti, ancora nel giugno del 1977 non ci sono pronunciamenti sinodali o documenti ufficiali. Gli interventi personali non trovano tutti unanimi. E pure le argomentazioni a favore del sì e del no sono state ampiamente, e coerentemente, sostenute[1285].

La voce più costante e incisiva sul tema dell'aborto del mondo evangelico continua a provenire dai gruppi femminili delle Chiese e interdenominazionali.

[1279] *Linee di riflessione sull'aborto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 105, fasc. 11, 21 marzo 1975, p. 2.

[1280] Ibidem.

[1281] Ibidem.

[1282] Ibidem.

[1283] Ibidem.

[1284] *La nuova crociata politica ha per strumento l'aborto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 107, fasc. 8, 25 febbraio 1977, p. 8.

[1285] Pascal, L., *La legge sull'aborto bloccata in Senato. Politica batte coscienza,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 107, fasc. 25, 24 giugno 1977, pp. 1-2.

Nel 1978 il gruppo FGEI donne di Torino critica la proposta di legge, alternativa a quella che si sta discutendo in Parlamento, fatta dal "movimento per la vita" e che si dice ispirata ai valori cristiani, perché mantiene un carattere punitivo nei confronti delle donne che abortiscono, non differentemente dalla legge vigente di epoca fascista, con l'aggiunta di consentire l'aborto sotto la dicitura ipocrita di perdono giudiziario. Ma il punto centrale di questa critica è il procedimento di preadozione che si pone come uno dei rimedi più concreti all'aborto. Questo concepisce la donna come macchina procreatrice e incubatrice. Questa proposta di legge mantiene il trattamento che è sempre stato riservato alle madri "irregolari" anziché eliminarlo. Inoltre, i genitori "idonei" hanno anche la facoltà di rifiutare il figlio se questo non è come richiesto in preadozione[1286].
Nell'aprile del '78 il Coordinamento nazionale delle donne del FGEI definisce la legge sull'interruzione di gravidanza appena approvata dalla Camera un grande passo indietro rispetto all'esigenza di sconfiggere l'aborto clandestino, poiché pone nuove gravi limitazioni all'autodeterminazione della donna[1287].
Approvata la legge, essa è infine accettata dal mondo evangelico per evitare mali peggiori, sebbene si ritenga che da adesso occorra lavorare su due fronti, lottare per rendere questa legge operante e allo stesso tempo battersi perché diventi inutile. Impegnarsi affinché questa legge venga applicata significa prevenire che il tentativo di renderla inefficace venga interpretato come una presa in giro, soprattutto nei confronti di quelle donne determinate a evitare drasticamente la maternità, che non riescono a trovare medici, consultori o strutture sanitarie disposti ad offrire alternative meno cruente rispetto alle pratiche in uso in clandestinità. Per realizzare questo obiettivo, come insegnato dall'etica evangelica, sarà necessario superare vari ostacoli, tra cui la forte resistenza di molti medici che, invocando l'obiezione di coscienza, finisco col disinteressarsi delle conseguenze e degli eventuali danni che tale atteggiamento può causare agli altri. Altri ostacoli derivano da chi guadagna dagli aborti clandestini, dalla mancanza di strutture, dall'indifferenza di chi dovrebbe provvedere. Ma l'ostacolo più grande che viene individuato in una opinione pubblica che costringe la donna ad abortire e poi la condanna e la disprezza[1288].
Al richiamo fatto dalla gerarchia cattolica a medici e operatori sociali a praticare l'obiezione di coscienza, rispondono diverse voci protestanti che si levano in difesa dell'applicazione della legge. Tra queste l'appello lanciato dal settimanale *Com-Nuovi tempi* e sottoscritto da infermiere, medici, operatori sociali, insegnanti e teologi perché il personale medico non si astenga dal servizio richiesto dalla legge dello Stato. In questo si afferma: «Anche noi siamo contro l'aborto, ma non contro una legge che nasce per opporsi alla realtà brutale dell'aborto, strumento magari inadeguato, ma per ora indispensabile»[1289].
Altre due prese di posizione sono quelle del Comitato Esecutivo dell'Unione delle Chiese Battiste in Italia e dell'Assemblea della Federazione regionale delle Chiese evangeliche della Lombardia e del Piemonte Orientale. Nel primo caso, viene evidenziata l'ipocrisia dell'uso del dispositivo dell'obiezione di coscienza, quando non viene usato con la stessa prontezza per il servizio militare, sottolineando l'utilizzo strumentale per mascherare grossi interessi speculativi. Nel secondo caso,

[1286] *Salvare i principi ma non le persone?,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 108, fasc. 11, 17 marzo 1978, pp. 3 e 8.
[1287] *Donne FGEI sull'aborto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 108, fasc. 16, 21 aprile 1978, p. 2.
[1288] Gay, M., *Aborto, una violenza da rendere inutile,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 108, fasc. 23, 9 giugno 1978, p. 1.
[1289] Cit. in G, E., *Contro il sabotaggio,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 108, fasc. 25, 23 giugno 1978, p. 3.

viene rifiutata la posizione assunta dalla gerarchia cattolica di cui si denuncia l'ingerenza ipocrita in salvaguardia della vita[1290].
Per gli istituti ospedalieri, in quanto enti pubblici, l'applicazione vincolante della legge n. 194/1978 è la norma, mentre l'obiezione di coscienza è eccezione riservata ai singoli operatori sanitari. Per le case di cura private e gli ospedali dipendenti da enti ecclesiastici, come anticipato, la norma invece è una esclusione dalla legge e l'eccezione è la domanda per poter praticare aborti. Per questi istituti è prevista una esplicita richiesta per poter essere ammessi ad effettuare operazioni di interruzione della gravidanza (art. 8 della legge n. 194/1978).
Il 19 giugno, il Concistoro della Chiesa valdese di Torino ha discusso della questione con la Commissione direttiva dell'Ospedale evangelico valdese che da esso dipende. Dopo questa seduta il Concistoro ha adottato una deliberazione. La prima parte, tecnica, afferma che per l'Ospedale valdese di Torino, in quanto classificato e inserito nella programmazione ospedaliera regionale, la richiesta è come se fosse implicita. Ma poiché la legge non stabilisce la distinzione tra ospedali ecclesiastici classificati e non classificati, l'esercizio delle pratiche di interruzione di gravidanza sarebbe possibile solo dietro presentazione della richiesta. Nella seconda parte della deliberazione si afferma che se non si ritiene possibile presentare tale richiesta è solo per la mancanza del servizio ostetrico-ginecologico (comunque previsto nell'Ospedale). Qualora nel piano socio-sanitario regionale risultassero indicazioni per la predisposizione di tale servizio, la domanda sarà presentata. Per il momento questa deliberazione rimane la prima assunzione di una precisa responsabilità positiva da parte di un organo ecclesiastico valdese nei confronti della legge che deve poter trovare la sua applicazione nell'ambito dell'assistenza sanitaria pubblica[1291].

4.2.2.2. La questione dell'eutanasia.

Un altro tema, insieme all'aborto, sul quale la Chiesa valdese si interroga in questi anni è l'eutanasia. Alla cappella valdese di Perosa, nel dicembre del 1970, si tiene la tavola rotonda dal titolo *Eutanasia, la morte dolce*. I tre relatori presenti sono tutti d'accordo sul rifiuto dell'eutanasia. I motivi addotti sono che prima di ricorre a un tale atto bisognerebbe provare azioni correttive del sistema attuale per determinate malattie degenerative o terminali. Ad esempio, nel caso dei bambini focomelici, affetti da sindrome di Down e dei malati gravissimi di tumore, ecc., per i quali occorre sotto il profilo medico, una perseverante preparazione dei genitori nella fase prematrimoniale; in caso di malati di tumore, invece, si richiede un'ambiente ed un'assistenza speciali, che sono quasi ovunque assenti, specialmente per il periodo più difficile; infine, rinforzare la componente spirituale dell'assistenza per affrontare l'incombenza della morte, perché la sofferenza sia di rinnovamento spirituale[1292].
Nel 1978 il referendum sul diritto a morire che si è tenuto nel Cantone svizzero di Zurigo viene commentato con preoccupazione e si spera che rimanga un caso isolato e non abbia seguito[1293]. Per i commentatori evangelici, non può esserci il diritto a suicidarsi, mantenendo con un certo rigore la

[1290] Ibidem.
[1291] Giampiccoli, F., *L'Ospedale Valdese di Torino di fronte la legge sull'aborto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 108, fasc. 26, 30 giugno 1978, p. 8.
[1292] *Tavola rotonda a Perosa. L'eutanasia, la morte dolce,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», A. 100, fasc. 51-52, 25 dicembre 1970, p. 5.
[1293] De Carli, F., *Assassinio su "richiesta",* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 108, fasc. 1, 6 gennaio 1978, p. 4.

diversità di giudizio tra eutanasia passiva e attiva[1294]. In quanto la prima può essere presa in considerazione dall'evangelico se lo stato terminale lo richiede e se l'alternativa è un doloroso accanimento terapeutico.

4.2.3. L'Unione delle Comunità israelitiche italiane e l'aborto.

A differenza della Chiese cattolica e valdese, nelle istituzioni ebraiche italiane non si discute dell'aborto prima che la legge stia per essere approvata, infatti, il primo pronunciamento avviene nel 1977 e come vedremo la visione ebraica in merito all'aborto si distingue da quelle cattolica e valdese in diversi, e centrali, elementi.
L'Assemblea dei Rabbini d'Italia, nell'imminenza dell'entrata in vigore della nuova legge sull'aborto, ritiene necessario fare un promemoria alle Comunità ebraiche italiane sui principi fondamentali, che nella tradizione ebraica disciplinano l'aborto:

> «Nella legislazione ebraica l'aborto è un atto illecito tanto più che il corpo umano non è considerato nella nostra tradizione come proprietà privata di cui si possa disporre liberamente o a cui si possano portare lesioni. Tuttavia, l'aborto non è punibile alla stessa stregua dell'omicidio in quanto il feto non è considerato un essere vivente a tutti gli effetti»[1295].

Anche nella tradizione ebraica l'aborto è un atto illecito, ma a differenza della tradizione cattolica e della linea intrapresa sul tema dalla Chiesa di Roma, esso non è infanticidio, né è paragonabile all'omicidio, come per l'impostazione valdese, perché per la tradizione ebraica il feto non è considerato un essere vivente. Questo elemento, per nulla secondario, giustifica l'aborto e lo rende lecito secondo la tradizione ebraica in alcuni casi. In particolare, questo è sempre lecito se la gravidanza pregiudica la vita della madre:

> «La conseguente differente considerazione legale può giustificare l'atto abortivo qualora il feto costituisca un pericolo (accertato dal medico competente) per la vita della madre, la cui salvaguardia non può mai essere pregiudicata da quella, ancora incerta, del feto stesso»[1296].

Riguardo all'aborto eugenetico (termine su cui insiste la Chiesa cattolica) si afferma che:

> «Ogni altra situazione (malformazioni fetali, gravidanza in seguito a violenza o incesto, problemi psichici per la madre, ecc.), in cui può essere presa in considerazione la necessità dell'aborto, costituisce sempre un caso a sé stante, da sottoporre all'esame di una competente autorità rabbinica, che dovrà tener conto di tutti i fattori concernenti il singolo problema»[1297].

Non è, invece, mai lecito l'aborto giustificato da ragioni economiche e sociali, specificando anche che in una società basata sulla Torà, tali situazioni non dovrebbero proprio essere presenti:

[1294] "*Dare" o "accettare" la morte. Nel dibattito sulla "dolce morte" è essenziale distinguere tra attiva e passiva,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 108, fasc. 22, 2 giugno 1978, p. 4.
[1295] *Ebraismo e aborto*, in «Ha Keillah», anno II, n. 5, giugno 1977, p. 5.
[1296] Ibidem.
[1297] Ibidem.

> «La legge ebraica considera con attenzione i fattori sociali ed economici, ma in generale questi da soli non sono considerati elementi sufficienti per consentire l'interruzione della gravidanza, tanto più che generalmente in una società basata sulla Torà tali situazioni non dovrebbero presentarsi. Deve quindi essere impegno di tutti (e in particolare di rabbini, maestri e chi per motivi professionali è coinvolto nel problema) affrontare la questione nelle sue radici, traducendo nella pratica gli insegnamenti della Torà e della tradizione»[1298].

Con la promulgazione della legge n. 194/1978 sull'interruzione volontaria di gravidanza, la stampa ebraica commenta la posizione ebraica in materia, senza però entrare nel merito su come e fino a che punto debba estendersi l'interessamento dello Stato, e sottolineando la difficoltà a «identificare un'indicazione ebraica ben chiara e univoca»[1299] sul problema. La stampa cattolica e valdese invece, per tutti gli anni '70, hanno espresso molto nel dettaglio come avrebbe dovuto agire lo Stato in merito.
Per quanto riguarda la questione dal punto di vista della legge ebraica, l'aborto è esplicitamente trattato solo in Es. 21-22 in cui si afferma che «Se alcuni uomini venissero a rissa e l'uno di loro urtasse una donna incinta in modo da farla abortire senz'altro sarà condannato danno, egli a pagare quell'ammenda che il marito della donna colpita avrà richiesto e i giudici avranno approvato». Da questo passo, si può evincere che l'aborto è azione riprovevole e chi lo procura ad altri è punito; il reato di procurato aborto è diverso dall'omicidio; il titolare del diritto tutelato e violato è la madre e non il feto, ed è infatti questa che viene risarcita; tale reato si configura molto similmente, e punito in modo similare, al reato di furto di beni di proprietà della donna[1300].
Per quanto riguarda l'interruzione volontaria di gravidanza, dunque aborto di donna consenziente, equivale all'azione di chi distrugge il suo bene e non è quindi reato. «Per la torah scritta, dunque, "l'utero è mio e me lo gestisco io!"» [1301].
Nel contestare la giustificazione adotta, soprattutto da parte cattolica, per la proibizione dell'aborto dal passo della Genesi: "Dio li benedisse e Dio stesso disse loro: prolificate, moltiplicatevi, empite la terra, […]", viene specificato che dal punto di vista della legge ebraica tale motivazione è criticabile da molti lati. Prima di tutto, lo stile e il contesto utilizzati nella Genesi sono similari per tutti i versetti, dunque dovrebbe essere «mitswoth [precetto o comandamento] per i pesci brulicare o per la luce essere»[1302]. Inoltre, Adamo non aveva stipulato nessun patto con Dio. Infine, la terra va riempita dagli uomini, ma in misura di quanto essa possa «decorosamente ospitare e nutrire: di più è contro la legge»[1303]. Per la legge ebraica, inoltre, non solo è falso che procreare sia un obbligo dei coniugi ma anche che la procreazione, e non l'amore coniugale, sia il fine del matrimonio.
L'*halachà* sull'aborto però non significa interpretare norme esplicite, ma di sfruttare i principi generali della torah per stabilirne di nuove. Infatti, nella torah si nota una prevalenza di tutela degli interessi e dei beni collettivi su quelli individuali. Ne consegue che la collettività ha non solo il diritto, ma la convenienza di regolamentare, o, comunque di interessarsi dell'alienazione e della distruzione di certe proprietà o certi diritti privati. Dunque, anche attenendosi alla testualità della torah per cui l'interruzione volontaria di gravidanza è affare della donna, dunque non punibile, potrebbe essere ugualmente coerente un'interpretazione, in contesto ebraico, che considera il feto come ricadente tra

[1298] Ibidem.
[1299] Tedeschi, G., *Alachà e aborto*, in «Ha Keillah», anno IV, n. 1, ottobre 1978, p. 11.
[1300] Ibidem
[1301] Ibidem.
[1302] Ibidem
[1303] Ibidem.

i beni privati di interesse pubblico, facendo così concludere che: «Si, l'utero è tuo. Ma chi sta dentro all'utero può diventare un cittadino dello stato. E ce lo gestiamo tutti quanti insieme!» [1304].
Nella stampa confessionale ebraica analizzata non sono riportate informazioni riguardanti altri temi, come la fecondazione assistita e l'eutanasia, ma non si esclude che siano stati oggetto di dibattiti interni alle Comunità ebraiche italiane o di discussioni e confronti pubblici, in cui è stato riportato il punto di vista dell'Ebraismo italiano; allo stesso tempo potrebbero non essere stati, nell'arco temporale indagato da questo capitolo, temi di loro interesse.

[1304] Ibidem.

CAPITOLO 5.
LE CONFESSIONI RELIGIOSE E IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (1979 – 2019).

5.1. Enti ecclesiastici e assistenza sanitaria delle confessioni religiose nel Servizio Sanitario Nazionale.

Il Servizio Sanitario Nazionale è il nuovo volto della sanità italiana con la quale le confessioni religiose si interfacceranno dal 1978. Le confessioni religiose, come vedremo più approfonditamente, hanno contribuito molto alla strutturazione del SSN e il costituirsi del SSN ha fatto emergere nuove possibilità, ma anche nuove problematicità, per le confessioni religiose di svolgere la loro missione nel campo della sanità. Prima di entrare nel merito si rende necessaria una introduzione a questa nuova veste sanitaria italiana e al quadro normativo che la compone.
Il 12 agosto 1974, l'on. Colombo, di Democrazia Cristiana, portava in Parlamento, il disegno di legge per l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Iniziava così il dibattito parlamentare, che teneva conto delle proposte già avanzate: quella di parte socialista (1972), quella di parte comunista e democristiana (1973); Alle quali si aggiunse una quarta, presentata nel 1975 dal presidente della FNOOMM[1305], il quale affermava di voler reagire al disegno governativo che non aveva tenuto in considerazione il parere dei medici[1306]. Si continuava a discutere delle proposte e del disegno mediante la nomina di un comitato per mediare le diverse istanze. Contemporaneamente, nell'ambito delle misure congiunturali per fronteggiare la crisi economica in cui versava il Paese, un decreto governativo, convertito in legge 386/1974, fissava le norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici verso gli ospedali e disponeva il finanziamento della spesa ospedaliera. Con l'impegno dello Stato di assumersi tutti i debiti accumulati dalle mutue nei confronti degli ospedali e con il trasferimento alle Regioni delle competenze sull'assistenza ospedaliera a partire dal 1° gennaio 1975, si determinava il blocco delle convenzioni mutualistiche con le categorie mediche e si stabiliva lo scioglimento delle mutue entro il 30 giugno 1977. «La scadenza prefissata [ha reso] improcrastinabile il varo della riforma»[1307].
In fine, la Riforma sanitaria che si aspettava da anni si realizza con la legge n. 833, del 23 dicembre 1978, che istituisce il "Servizio Sanitario Nazionale".
L'obiettivo del Servizio Sanitario Nazionale è garantire la tutela della salute e superare gli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie, mediante la creazione di una rete completa di Unità Sanitarie Locali (USL) – denominazione oggi superata dall'istituzione delle ASL – da realizzare nel Paese entro il 1° gennaio 1980. Il SSN punta a offrire gratuitamente una ampia gamma di prestazioni sanitarie a tutti i cittadini, dal medico di base all'assistenza infermieristica, dalle cure domiciliari a quelle ambulatoriali, dalle prestazioni specialistiche a quelle ospedaliere, fino ai farmaci e ai servizi integrativi, segnando una cesura decisiva dal sistema previo e dall'idea che l'assistenza fosse riservata solo agli iscritti agli enti mutualistici. La legge prevede un radicale rinnovamento del sistema sanitario, eliminando ogni differenziazione giuridica e operativa e creando una rete di servizi dedicata alla tutela della salute di tutta la popolazione.

[1305] Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
[1306] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 145.
[1307] Ibidem.

Il prodotto della riforma non è un istituto, come l'Inam a cui si sostituisce, e nemmeno una «supermutua»[1308]. È un servizio reso tramite un insieme integrato di strutture con una robusta competenza tecnico-scientifica, una significativa qualificazione del personale infermieristico e tecnico e una netta intensificazione della supervisione sui farmaci.
Tale servizio, anche se articolato a livello statale e regionale ai fini della programmazione nazionale e dell'organizzazione territoriale, è decentrato a livello locale nelle USL.
L'Unità Sanitaria Locale è un complesso di persone e strutture, medici generici e specialisti, in numero proporzionale ai bacini di utenza; consta di ambulatori e poliambulatori, consultori familiari e laboratori diagnostici, farmacie convenzionate, ospedali, istituti universitari e case di cura private convenzionate, guardia medica, oltre a strutture burocratiche e amministrative. I Comuni gestiscono le USL dopo averle organizzate sulla base di gruppi di popolazione da un minimo di 50.000 ad un massimo di 200.000; per i piccoli Comuni si rende necessario il raggruppamento in «comprensori socio-sanitari», per i più grandi la suddivisione in quartieri o circoscrizioni, al fine di rispondere adeguatamente ai bisogni degli utenti in molteplici settori — educazione sanitaria, prevenzione di malattie e infortuni, diagnostica e cure, promozione della salute, tutela della salubrità ambientale, sicurezza sul lavoro, delle malattie del sottosviluppo, oltre alla tutela della procreazione responsabile, della maternità e dell'infanzia, della terza età e della salute mentale. Cure e ricovero sono possibili tramite il medico di fiducia (dipendente o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale). La rete completa di USL, articolate in «distretti sanitari di base», dovrà fornire le prestazioni sanitarie a tutti i cittadini, per i quali sarà obbligatoria l'assicurazione-malattie; al fine di ridurre i ricoveri ospedalieri, sono previsti anche interventi domiciliari di specialisti su decisione del medico generico.
Per quanto riguarda gli enti ecclesiastici che esercitano l'assistenza ospedaliera all'art. 41 si afferma un principio sostanzialmente identico a quello contenuto nel comma quinto dell'art. 1 della legge n. 132 del 1968. La norma infatti recita che «salva la vigilanza tecnico-sanitaria spettante all'unità sanitaria locale competente per territorio, nulla è innovato alle disposizioni vigenti per quanto concerne il regime giuridico-amministrativo degli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera, nonché degli ospedali di cui all'art. 1 della legge 26 novembre 1973, n. 817[1309]».
Da questo momento, le Regioni, ed in fase successiva i Comuni, devono provvedere con leggi delegate a curare l'attuazione pratica di questa legge-quadro.
A dieci anni dall'inizio delle attività il SSN «pecca nei modi e nei tempi di risposta»[1310], come dichiarato dal ministro della Sanità on. De Lorenzo nel presentare la Relazione sullo stato sanitario del Paese nel 1988. Anche se confrontando le statistiche italiane con quelle europee risulta che l'Italia è «in linea per quanto riguarda le indicazioni programmatiche e per i livelli di salute della popolazione», la mala organizzazione però rende il sistema «inefficiente»[1311].
Per cercare di aggiustare il tiro e rimettere il SSN sui binari che si auspicava seguisse alla sua ideazione, intervengono le riforme della riforma del sistema sanità. La prima si intraprende con la legge delega n. 412 del 1992 e Decreto Legislativo n. 502 dello stesso anno, la seconda si avvia con legge delega n. 419 del 1998 e Decreto Legislativo n. 229 del 1999 - con le quali il legislatore

[1308] Ibidem.
[1309] La legge 26 novembre 1973, n. 817 estendeva agli ospedali religiosi non cattolici il trattamento giuridico e l'inquadramento previsto per gli ospedali cattolici dalla legge n. 132 del 1968. Con la stipulazione delle intese con le confessioni diverse dalla cattolica, la legge ha perduto importanza, in quanto la disciplina in materia è stata quasi del tutto assorbita nelle intese.
[1310] Cit. in, De Rosa, G., *Sanità malata,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 142, v. IV, 19 ottobre 1991, p. 181.
[1311] Ibidem.

regionalizza il sistema di governo della sanità. Nello specifico, mentre il Piano Sanitario Nazionale deve definire «gli obiettivi di salute, i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni efficaci ed appropriate da garantire a tutti i cittadini» (art. 2, primo comma, lett. Aa, L.n. 419 del 1998), il Piano Sanitario Regionale è tenuto a predisporre «il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale», anche riferendosi agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale (art. 1, tredicesimo comma, D.Lgs. n. 229/1999).
Nei provvedimenti normativi successivi alla riforma del 1978 si è accentuata l'importanza della peculiarità degli ospedali gestiti da enti ecclesiastici, accompagnata da una delineazione più precisa e operativa delle modalità di collaborazione. Così, sia la seconda riforma sanitaria introdotta dal D.Lgs 502/1992 sia il riordino contenuto nel D.Lgs 229/1999 confermano l'assetto inaugurato e tentano di favorire una maggiore inclusione dei corpi sociali intermedi nella rete sanitaria integrata, allargando la platea delle istituzioni private assimilate, pur in una consapevolezza pressante di ridurre la spesa sanitaria[1312].
Il processo di regionalizzazione del sistema di governo sanitario, sostenuto in modo significativo dal federalismo fiscale (L.133/1999 e D.Lgs. 56/2000), si completa con la legge costituzionale n. 3/2001 che ha riformato il Titolo V, Parte II, della Costituzione. L'innovazione più rilevante introdotta è l'inversione del criterio utilizzato fino a questo momento per definire le competenze legislative tra Stato e Regioni.
In tal modo, mentre la vecchia previsione dell'art. 117 Cost. enumerava in modo tassativo le materie di competenza regionale, il nuovo testo costituzionale indica con precisione quelle trasferite alla legislazione esclusiva dello Stato, poiché la potestà legislativa delle Regioni si estende a «ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato» (art. 117, quarto comma). L'aggiornamento del meccanismo di ripartizione delle competenze mantiene una continuità con il regime precedente, introducendo però una ripartizione concorrente o integrata conservata (nella nuova configurazione costituzionale) solo per un numero determinato di materie, per le quali la fissazione dei "principi fondamentali" resta riservata allo Stato (art. 117, terzo comma) [1313].
Questa revisione grava in modo rilevante anche sulla regolamentazione della sanità. Il nuovo testo costituzionale attribuisce allo Stato la funzione di stabilire i livelli essenziali delle prestazioni relative ai diritti civili e sociali su tutto il territorio nazionale (art. 117, primo comma, lett. m). La tutela della sanità, ora rubricata come materia concorrente, vede lo Stato incaricato di fissare i principi fondamentali, mentre alle Regioni spetta la quota restante della disciplina.
Così, la gestione sanitaria resta posizionata tra investitura statale e autonomia regionale: le Regioni, per la parte di competenza, possono stipulare accordi con soggetti privati e con enti ecclesiastici. Tuttavia, la competenza regionale non deve estendersi a incidere sull'organizzazione interna delle singole strutture ospedaliere, neppure quelle di natura ecclesiastica, né sul loro livello di autonomia. Infatti, un'ingerenza nell'attività gestionale dell'ente ecclesiastico sarebbe impedita dalla normativa concordataria e bilaterale, a meno che non vi sia l'assenso dell'autorità ecclesiastica o del suo rappresentante legale. Partendo da questa premessa e dalle altre tematiche tipiche dell'ecclesiasticità, la strada della convenzione risulta la più adatta a risolvere conflitti o a individuare margini di convergenza a tutela degli interessi specifici e del bene pubblico[1314].

[1312] Attolino, S., *Fede, cura, sanità. Contributo allo studio degli ospedali religiosi nel sistema sanitario nazionale*, cit, pp. 39-40.
[1313] Giovetti, G., *Commento a margine delle più recenti intese regionali di disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero,* in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 2, 2003, p. 388.
[1314] Dammacco, G., *Diritto ecclesiastico "sanitario" ed enti ecclesiastici ospedalieri*, cit, p. 36.

L'impatto innovativo della riforma, corroborato dall'intero quadro normativo successivo e integrativo, si è rivelato immediatamente come una rottura significativa: la maturazione dell'idea di prevenzione, insieme alla cura delle malattie, come fulcro di un Servizio Sanitario Nazionale moderno, capace di tutelare il benessere dell'intera popolazione indipendentemente dalle condizioni individuali o sociali, segnala una sostanziale svolta nella regolamentazione. Inoltre, una seconda direttrice evidente riguarda l'idea che la sinergia di poteri multilivello, evidenziata trasversalmente in tutta la normativa, si realizzi concretamente nell'obiettivo di innalzare gli standard di efficienza e qualità dell'intero sistema di assistenza. In quest'ottica, gli ospedali religiosi emergono per la loro elevata specializzazione, una caratteristica che rinvigorisce la loro legittimità e partecipazione al circuito del Servizio Sanitario Nazionale. Il recente riassetto normativo, che mette al centro il Terzo settore e si riflette nel nuovo codice di cui al D.Lgs 117/2017 (ancora in attuazione), coinvolge non solo le associazioni riconosciute e non, le fondazioni e altri enti non profit, ma anche gli enti religiosi civilmente riconosciuti che operano per finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale.
Finalità che coinvolgono contesti in cui l'influenza delle confessioni religiose è particolarmente rilevante, con tutte le criticità economiche-finanziarie, etiche e logistiche che la sanità religiosa comporta[1315].
Le confessioni religiose che operano nel campo sanitario si collocano all'interno di una rete di assistenza pubblica, la cui connotazione è soprattutto pubblicistica per quanto riguarda i meccanismi di finanziamento, mentre la produzione di beni e servizi resta indipendente sotto altri profili. Da questa impostazione è derivato, nel corso degli anni, un possibile freno alla crescita degli ospedali confessionali e in certi casi determinandone anche la fine; situazione che sarà approfondita più avanti in relazione alla storia degli enti delle singole confessioni religiose. Un esempio su tutti sono gli enti ecclesiastici ebraici, in gran parte soppressi con l'Intesa tra Stato e Unione delle Comunità ebraiche italiane per ragioni di natura economico-finanziaria[1316].
Gli enti ecclesiastici, ancora operativi, hanno acquisito negli ultimi anni una rilevanza crescente nel contesto sanitario, sostenuta dalla loro dimensione numerica e dal consolidato tessuto sociale. L'ampliamento dell'intervento degli enti ecclesiastici nel dominio della sanità pubblica introduce nuove questioni pratiche rispetto al passato, con particolare riferimento ai meccanismi di integrazione e di permanenza nel circuito del Servizio Sanitario Nazionale, determinati da dinamiche amministrative, gestionali e finanziarie[1317].
La pluralità degli schemi gestionali evidenzia, di fatto, il conseguimento degli obiettivi ispiratori della regolamentazione multilivello dell'assistenza sanitaria nel corso degli anni. Non tutte le strutture sanitarie religiose operano necessariamente come ospedali classificati; alcune hanno ricevuto il riconoscimento di presidi e svolgono l'attività ospedaliera tramite convenzioni con le realtà sanitarie regionali, come l'ospedale Fatebenefratelli di Roma; altre realtà si configurano come case di cura private convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, mentre altre ancora operano come organismi senza fini di lucro, per esempio la Fondazione Santa Lucia a Roma. In ogni situazione, però, il riferimento religioso si manifesta, in modo totale o parziale, tramite l'intervento nella gestione e nell'organizzazione della struttura. Esistono inoltre enti ospedalieri che operano in modo laico e autonomo, senza alcun vincolo organico-funzionale con la confessione religiosa di riferimento, pur attingendo ai valori etici e ai principi religiosi. Tra questi, l'Ospedale Evangelico Internazionale di

[1315] Attolino, S., *Fede, cura, sanità. Contributo allo studio degli ospedali religiosi nel sistema sanitario nazionale*, cit, pp. 46-47.
[1316] Ibi, p. 49.
[1317] Ibi, p. 51.

Genova e l'Ospedale Evangelico Villa Betania di Napoli ne sono esempi[1318], di cui parleremo nel dettaglio più avanti.
Prima di procedere è importante focalizzarsi per un momento su un altro comparto dello Stato che interessa le confessioni religiose nella loro missione all'interno della sanità italiana, si tratta del governo dell'assistenza e beneficenza e degli enti che la erogano, che in maggioranza sono ecclesiastici.
Come affrontato nel capitolo precedente, la legge delega 22 luglio 1975, n. 382, che fissava le linee fondamentali per il trasferimento alle Regioni delle funzioni amministrative dell'assistenza pubblica, sulla scorta degli artt, 117 e 118 della Costituzione, e il seguente DPR 24 luglio 1977, n. 616, con cui veniva resa operante l'art. 1 della legge delega n. 382, aveva preoccupato molto le confessioni religiose, in particolare la Chiesa cattolica e le Comunità ebraiche.
L'elemento di maggiore preoccupazione per le confessioni religiose si rintraccia nel quinto comma dell'art. 25 del DPR 24 luglio 1977 in cui si afferma: «le funzioni, il personale e i beni delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti nell'ambito regionale sono trasferite ai Comuni singoli o associati, sulla base e con le modalità delle disposizioni contenute nella legge sulla riforma dell'assistenza pubblica e, comunque, a far tempo dal 1° gennaio 1979».
I principali interessati capirono subito che una disposizione simile, per la sua formulazione così netta, equivaleva a una sorta di trasferimento integrale agli enti di assistenza regionali di patrimoni, strutture e persino dell'intero personale, ai Comuni: una vera e propria attribuzione che superava qualsiasi volontà dei donatori e dei fondatori. Ciò che soprattutto veniva sottolineato era il superamento compiuto dall'art. 25, comma quinto, rispetto ai poteri che la legge delega n. 382 aveva attribuito al legislatore in sede di attuazione. Un ulteriore punto critico riguardava la chiara violazione sia dello spirito sia della lettera della Costituzione. Una lettura completa della legge delega n. 382 mostra chiaramente che il legislatore, coerentemente con gli articoli 117 e 118 della Costituzione, intendeva attribuire alle Regioni (e tramite loro a Province e Comuni) le funzioni amministrative degli enti nazionali e interregionali che operavano nel campo della beneficenza, per alleggerire l'apparato centrale, accelerare le pratiche e rispondere con maggiore precisione alle esigenze locali[1319].
Anche nel suo complesso, il decreto delegato n. 616 aderisce a questa linea, centrando l'attenzione sugli enti nazionali e interregionali. Le Tabelle A e B, inserite in appendice al medesimo provvedimento e che raccolgono gli enti soggetti al trasferimento, includono unicamente enti nazionali e interregionali. Pertanto, l'art. 25, comma quinto, che riguarda anche le istituzioni di assistenza e beneficenza a carattere regionale, risulta fuori contesto e infrange apertamente i limiti della delega concessa dalla legge n. 382.
Le principali riserve riguardo al contenuto dell'art. 25, e in particolare al suo comma quinto, derivavano dal fatto che trasferire le IPAB ai Comuni e magari sopprimerle contrastava con le norme costituzionali contenute negli artt. 3, 18 e 38, che salvaguardano la partecipazione attiva dei cittadini al bene comune, la libertà di associazione e, soprattutto, la libertà dell'assistenza privata. Per quanto riguarda le Comunità ebraiche, come abbiamo visto, questo contrastava anche con l'art. 19 della Costituzione sulla libertà in materia religiosa.
Era prevedibile che un intreccio normativo di tali proporzioni finisse per essere impugnato davanti alla Corte costituzionale, al fine di chiarire il contrasto tra le varie norme. Così fu che il Tribunale di

[1318] Ibi, p. 53.
[1319] Perico, G., *Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza. Una recente sentenza della Corte costituzionale,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 133, v. I, 6 febbraio 1982, p. 285.

Milano, nel dicembre 1978 e poi nel marzo 1979, avviò l'iniziativa, sollevando la questione di legittimità costituzionale dell'art. 25, quinto comma, del DPR 24 luglio 1977, n. 616[1320]. Con la sentenza n. 173/1981, la Corte costituzionale dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 25 del DPR 616/1977. L'impatto di questa decisione emerge dal fatto che le IPAB regionali costituiscono la quasi totalità degli enti di assistenza e beneficenza di origine privata e sono gestiti principalmente da enti religiosi[1321].

Se con la legge n. 833 del 1978 si è avuto la prima rottura del sistema monopolistico sulla beneficenza retto dalla legge Crispi del 1890 (poi allargato all'assistenza dal DPR n. 2841 del 1923) sottraendo le istituzioni sorte per l'assistenza ospedaliera, nonostante l'art. 38 della Costituzione tuteli da tempo la libertà dell'assistenza privata, è rimasta immutata la situazione delle istituzioni che, sorte su iniziativa privata, svolgono altre forme di beneficenza e assistenza diverse da quella ospedaliera. Con il DPR n. 616 del 1977 è stato definito l'assetto delle istituzioni interregionali; tutte le altre, regionali e infraregionali, come detto la maggior parte delle IPAB ancora esistenti, continuano ad essere assoggettate al regime della legge del 1890 e, nonostante la loro formale pubblicizzazione, hanno ancora i requisiti per poter continuare ad esistere come persone giuridiche private. Sia perché i loro fini non sono per loro natura esclusivi delle strutture pubbliche, sia perché lo Stato e gli altri enti pubblici dove ritengano di dover realizzare certi fini di assistenza e beneficenza, possono farlo attraverso proprie strutture.

Ecco che sono venuti a mancare i presupposti della legge Crispi e del generalizzato regime di pubblicizzazione. Non essendo più aderenti con i tempi e la mutata situazione degli apparati pubblici, avendo assunto direttamente gran parte di questi compiti lo Stato, diversamente dal tempo della legge Crispi quando a garantire certi compiti era per lo più l'iniziativa dei privati al quale si rendeva necessario l'assoggettamento pubblico in vista di una "beneficenza legale". Essendo venute a mancare gli elementi che hanno portato al varo della legge Crispi non possono non essere assecondate le aspirazioni di quegli enti, sorti nell'ambito dell'autonomia privata, di vedersi riconosciuta la loro originaria natura. Queste considerazioni mettono in luce il contrasto dell'art. 38 della Costituzione con l'art. 1 della legge del 1890 che continua ad esigere un sistema di pubblicizzazione generalizzato. Per questo motivo con sentenza n. 396 del 1988 la Corte costituzionale «dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 1 della legge 17 luglio 1890, n. 6972 "Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza", nella parte in cui non prevede che le IPAB regionali e infraregionali possano continuare a sussistere assumendo la personalità giuridica di diritto privato, qualora abbiano tuttora i requisiti di un'istituzione privata»[1322], rompendo così il quasi monopolio statale in materia operato dalla legge Crispi.

Con l'Accordo di Villa Madama del 1984 (L.121/1985) e la legge n. 222/1985 recante "Disposizioni sugli enti e beni ecclesiastici in Italia e per il sostentamento del clero cattolico in servizio nelle diocesi", nonché con le norme che hanno attuato nel sistema italiano le Intese con le confessioni religiose diverse dalla cattolica – previste dall'articolo 8, terzo comma, della Costituzione e stipulate con la Tavola valdese e l'Unione delle Comunità ebraiche italiane – la regolamentazione degli enti ecclesiastici è stata ridefinita. Da questa cornice si ricava il principio secondo cui l'ente ecclesiastico, in qualunque forma, ha come tratto fondante la finalità di religione e culto[1323].

[1320] Ibi, p. 291.

[1321] Ibi, p. 282.

[1322] Corte costituzionale, *Sentenza n. 396*, *24 marzo – 7 aprile 1988* in https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=1988&numero=396

[1323] Stefanì, P., *L'attività ospedaliera degli enti ecclesiastici*, cit, pp. 106-107.

Questo nuovo inquadramento degli enti ecclesiastici, tra i quali quelli ospedalieri, un sistema civilistico di tipo privato ha imposto trasformazioni: da un lato si è riaffermata la finalità originale, dall'altro si è riconquistata la prerogativa civile di stabilire i requisiti tecnici. Ne è derivata la conversione, la soppressione o la ristrutturazione di alcune strutture che non rispondevano agli standard, inclusi alcuni enti delle confessioni cattolica, valdese ed ebraica, anche a causa delle complesse sovrapposizioni interpretative sviluppatesi nel corso del tempo[1324].
Con il nuovo millennio si procede finalmente al riordino della disciplina da parte del legislatore con il D.Lgs. 4 maggio 2001, n. 207. La disciplina viene nuovamente rivista con il già menzionato D.Lgs. 117/2017 e successive modifiche che ha aperto la possibilità agli enti ecclesiasti di partecipare al regime del Terzo settore per le attività di interesse generale ma in modo separato dalle attività di religione e di culto.
L'istituzione del Servizio sanitario nazionale introduce, dunque, un modello formalmente universalistico, fondato sull'uguaglianza nell'accesso alle cure. Tuttavia, tale trasformazione non elimina le differenze preesistenti nel modo in cui il fattore religioso si inserisce nel sistema sanitario. Le confessioni continuano infatti a interagire con il nuovo assetto secondo modalità differenziate: da un lato, forme di integrazione consolidate che tendono a mantenere una presenza strutturata all'interno delle istituzioni; dall'altro, strategie più flessibili o adattive, che si sviluppano in relazione agli spazi effettivamente disponibili. Ne deriva un quadro in cui l'universalismo del sistema sanitario coesiste con modalità plurali e non sempre simmetriche di espressione del religioso.

5.1.1. Enti ecclesiastici cattolici che operano nel Servizio Sanitario Nazionale.

Nel 1979, dopo l'attuazione della legge 382/1975 il timore che lo Stato possa monopolizzare l'assistenza scuote il mondo delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.
Tra i soggetti maggiormente interessati vi è la Chiesa cattolica che, se da un lato denuncia il pericolo di egemonizzazione statale dell'assistenza, vede, allo stesso tempo, con favore la creazione dell'assistenza pubblica, «considerandola una proiezione di principi cristiani nella sfera del diritto pubblico e della organizzazione dello Stato»[1325]. Chiedendo, però, di poter contribuire con le proprie forze al miglioramento dei servizi sociali e assistenziali, essendo parte essenziale della sua missione. Inoltre, la stessa Chiesa cattolica si dice non interessata «a mantenere in piedi enti inutili»[1326].
In quest'ottica, visti anche gli eventi politici del periodo, la Chiesa cattolica in Italia ha intrapreso un processo di revisione delle proprie opere assistenziali e di innovazione delle loro forme di intervento. A dare l'avvio a questa iniziativa è stato un censimento delle istituzioni assistenziali, realizzato dalla Caritas italiana[1327] in collaborazione con la FIRAS (Federazione Italiana Religiose Assistenza Sociale), con la CISM (Conferenza Italiana Superiori Maggiori) e con l'UNEBA (Unione Nazionale Enti Beneficenza Assistenza).
Questa indagine estesa a tutto il territorio nazionale, si riferisce esclusivamente alle istituzioni assistenziali – escludendo, per quel che interessa questa tesi, le opere di carattere prettamente sanitario e ospedaliero – che coinvolgono direttamente o indirettamente la responsabilità della Chiesa cattolica. Gli istituti raggiunti dalla ricerca sono il 90% del loro totale, queste si occupano di minori, anziani,

[1324] Dammacco, G., *Diritto ecclesiastico "sanitario" ed enti ecclesiastici ospedalieri*, cit, p. 33.
[1325] Cit., in, Caruso, A., *La Chiesa italiana e l'assistenza,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 130, v. II, 5 maggio 1979, p. 279.
[1326] Ibidem.
[1327] Organo pastorale della Conferenza Episcopale Italiana creato per promuovere lo spirito e l'esercizio della carità nella comunità cristiana.

persone con disabilità fisiche e psichiche, e altri servizi. Si rileva che quelle relative all'assistenza sono solo il 12% del totale delle istituzioni sotto la diretta responsabilità della Chiesa e che gli istituti di ricovero sono calati in cinque anni di 595 unità, mettendo in luce che delle istituzioni operanti in questi anni solo un quinto è sorta nel XIX secolo mentre la maggior parte degli istituti assistenziali ha iniziato la propria attività dopo la Prima guerra mondiale e negli anni Sessanta e Settanta. Un terzo di queste istituzioni offre assistenza agli anziani, il 7% soltanto a persone con disabilità fisiche e psichiche.
Questa ricerca fa emergere risultati importanti per l'obiettivo prefissato dalla Chiesa cattolica di rinnovare o eliminare istituzioni non più rispondenti ai bisogni del momento; ad esempio, si è rilevato che gli anziani, in seguito allo sviluppo dei sistemi previdenziali, non rappresentano più in questi anni una parte della popolazione povera. Se le case per anziani sono ancora, agli inizi degli anni Ottanta, una necessità e vanno salvaguardate, bisogna però cambiarne il sistema di ricovero, essendo autosufficienti il 67% degli anziani ricoverati. Anche la norma di istituzionalizzare le persone con disabilità è cambiata e con l'avvento della nuova normativa sulla salute mentale questa viene adottata solo come soluzione estrema, rendendo necessarie altre tipologie di iniziative di assistenza, come il sostegno alla famiglia, centri di riabilitazione ambulatoriali, iniziative di socializzazione delle persone con disabilità nella scuola, nel lavoro, nelle attività creative, ecc. Per quanto riguarda l'assistenza alle persone con disabilità la Chiesa cattolica influisce, sul totale degli istituti nazionali, per oltre il 50%, rendendo l'ambito di particolare interesse per lo svolgimento della sua missione nell'ambito sanitario.
Un altro tema che l'indagine promossa dalla Caritas nel 1979 fa sorgere è che la prevalenza del personale, pari all'83%, è femminile, con le religiose che prevalgono sulle laiche e che tra la componente maschile del personale degli istituti assistenziali cattolici la maggioranza è laica.
Questo dato ha fatto emergere la necessità di un'indicazione operativa per le congregazioni femminili e maschili, per le prime di promuovere maggiormente la presenza maschile nelle istituzioni da loro gestite e per le seconde di impegnarsi maggiormente nel lavoro diretto[1328].
Un ulteriore problematica riscontrata riguardo al personale impegnato nelle attività assistenziali è, oltre alla formazione, anche quello specifico del suo aggiornamento. Questa problematica si collega ad un altro parametro preso in considerazione da questa indagine, quello riguardante le forme innovative di intervento come segno che le esigenze sociali stanno mutando; quasi la metà di queste è concentrata in Piemonte ed Emilia-Romagna. Alcune di loro si occupano di servizi domiciliari per diversi tipi di utenza, servizi ambulatoriali e situazioni comunitarie, per fermarci a quelle rientranti nell'ambito più strettamente socio-sanitario. Queste nuove esperienze che stanno sorgendo in questi anni hanno come obiettivo principale la risocializzazione delle persone marginalizzate dalla società, un esempio di nuova utenza in questo senso sono i tossicodipendenti.
Le novità sono anche nel modo di realizzare il servizio attraverso «strutture piccole, di tipo familiare, elastiche, che danno spazio alla responsabilità individuale e alla partecipazione delle persone, ponendosi come un'alternativa alla competizione, alle formule sociali giuridiche rigide, alla gestione non partecipata»[1329].
Il 18 febbraio 1984, dopo che era stato preannunciato da molte voci, vengono apportate «modificazioni consensuali» al Concordato lateranense dell'11 febbraio 1929 con l'Accordo di Villa Madama. Le motivazioni di questa revisione risiedono sia nel processo di trasformazione politica e

[1328] Caruso, A., *La Chiesa italiana e l'assistenza,* cit, p. 284.
[1329] Ibi, p. 287.

sociale che ha interessato l'Italia negli ultimi decenni sia negli sviluppi introdotti dal Concilio Vaticano II per la vita ecclesiastica. In Italia si è prodotto un cambio di regime, è stata approvata una nuova Costituzione, e si sono modificati in profondità i modi di pensare, i comportamenti e persino la dimensione religiosa; nello stesso periodo la Chiesa ha maturato una nuova ecclesiologia e una nuova prospettiva sui rapporti tra Chiesa e comunità civile. Dato che il Concordato precedente rifletteva l'ideologia del regime fascista e l'ecclesiologia dell'epoca, era necessario introdurre modifiche radicali che, da un lato, fossero allineate ai principi costituzionali e, dall'altro, rispecchiassero le nuove posizioni del Concilio Vaticano II sulla libertà religiosa e sui legami tra Chiesa e comunità politica.

L'Accordo di revisione comprende un preambolo, 14 articoli, un «protocollo addizionale» che è parte integrante del nuovo Concordato e il protocollo di approvazione delle norme relative agli enti e ai beni ecclesiastici, approvato il 15 novembre 1984 dalle due controparti.

Ai fini della tesi interessa sottolineare le dichiarazioni della presidenza della CEI il giorno stesso dell'Accordo che avverte, per quanto riguarda il principio di collaborazione tra Chiesa e Stato, i limiti del Concordato, a suo giudizio, sono che «lascia fuori aree significative di problemi nuovi e urgenti, quali la promozione della vita e della famiglia, l'educazione sanitaria e i servizi socio-sanitari e assistenziali»[1330], dando la disponibilità dei Vescovi a collaborare su queste materie con le autorità civili.

Nella legge esecutiva dell'Accordo di Villa Madama, L.121/1985 è disciplinata secondo l'ordinamento giuridico italiano la qualifica di ente ecclesiastico per quanto concerne la Chiesa cattolica e nella legge n. 222 del 1985 che entra nel dettaglio della materia.

L'art. 7 della legge n. 121 del 1985, al primo comma, opera un richiamo all'art. 20 della Carta Costituzionale, chiarendo in principio che per i propri enti la Chiesa cattolica non vuole privilegi né svantaggi. Al comma terzo, nello stesso momento in cui prevede che «le attività diverse da quelle di religione o di culto, svolte dagli enti ecclesiastici sono soggette [...] alle leggi dello Stato concernenti tali attività», sancisce, però, che ciò dovrà tenere conto del necessario «rispetto della struttura e delle finalità di tali enti». L'ente ecclesiastico «quale esso sia ha, dunque, come caratterizzazione fondamentale la finalità di religione e di culto»[1331].

Con l'avvento degli anni Duemila la medicina e l'assistenza sanitaria hanno orami intrapreso una nuova rotta, sospinti anche dal ruolo centrale giocato dalla Chiesa cattolica in quest'ambito, nuove parole chiave ormai la descrivono, il processo normativo di decentramento alle Regioni dell'amministrazione della sanità è quasi completato e le difficoltà quasi esclusivamente di carattere economico fanno però vacillare l'impegno di molti istituti confessionali che operano nel settore. La confessione religiosa che risente in modo meno determinante questa crisi è la Chiesa cattolica, potendo contare su un numero di istituti ed enti sanitari decisamente maggiore rispetto alle confessioni valdese ed ebraica.

Una sezione sugli enti ecclesiastici cattolici che operano nel settore sanitario e assistenziale in Italia tratta dall'Annuarium Statisticum Ecclesiae del 1997 riporta un quadro così articolato: «135 ospedali; 138 ambulatori o dispensari; 2 lebbrosari; 1.787 case per anziani e invalidi; […] 529 consultori matrimoniali; […]»[1332].

[1330] *Dichiarazione della Presidenza della Conferenza Episcopale Italiana*, in «Notiziario della Conferenza Episcopale Italiana», 3, 29 febbraio 1984, p. 95.

[1331] Stefanì, P., *L'attività ospedaliera degli enti ecclesiastici*, cit, p. 106.

[1332] Cit. in, Marchesi, G., *Le istituzioni sanitarie cattoliche in Italia,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 152, v. I, 17 marzo 2001, p. 612.

Un altro censimento in materia è proposto dall'ARIS (Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari), sorta nel 1963 e dotata di un proprio statuto approvato dal Consiglio episcopale permanente della CEI, nel 2000. Lo scopo dell'Associazione è aggregare gli enti di assistenza sanitaria e socio-sanitaria legate a Ordini, Congregazioni e Istituti religiosi, nonché alle opere ecclesiastiche diocesane che svolgono attività nel campo sanitario in Italia. Non fanno invece parte della sua compagine importanti gruppi ospedalieri, quali il Policlinico Gemelli di Roma, il Fatebenefratelli all'Isola Tiberina, il San Raffaele di Milano e molti altri.
Secondo il rapporto dell'ARIS del novembre 2000, nel panorama nazionale, la rete di centri cattolici dedicati alla riabilitazione – per soggetti con disabilità fisiche, mentali e sensoriali – rappresenta circa il 90% dell'offerta complessiva, evidenziando sia un consistente aumento di numero sia una evidente evoluzione della qualità dei servizi. Riguardo le istituzioni sanitare cattoliche in Italia presenta un quadro complessivo di «283 enti» (non coincidente con le statistiche vaticane in quanto il rapporto è fatto solo all'interno delle realtà associate all'ARIS) «con 25.110 posti letto e 22.794 assistiti»[1333]. Questi numeri, anche se incompleti per quanto riguarda l'ARIS, danno l'idea della grandezza del servizio offerto dalle istituzioni cattoliche operanti in Italia nell'ambito sanitario, evidenziando la differenza di scala sulla quale si muovono le istituzioni sanitarie valdesi ed ebraiche e anche il diverso grado di incidenza e resilienza che le tre confessioni religiose hanno all'interno del SSN.
L'Ufficio Nazionale della CEI per la pastorale della sanità, nel 2000, pubblica la nota *Le istituzioni sanitarie cattoliche in Italia, identità e ruolo.* La riflessione proposta in questo testo si prefigge di stimolare, «in modo rispettoso, franco e dialogico», la società civile e le istituzioni statali, per migliorare, in collaborazione con queste, l'offerta sanitaria in Italia a beneficio di tutti. Si insiste sui principi di eticità, giustizia, solidarietà e competenza, su relazioni umane corrette, sull'attenzione globale alla persona e alle sue relazioni familiari, «superamento di interessi personali o economici, di una adeguata formazione umana ed etica di tutto il personale»[1334].
Il documento prende in esame i problemi, le sfide e le opportunità che coinvolgono le medesime istituzioni nel perseguire le loro finalità peculiari.
Il primo nodo problematico che viene affrontato riguarda il binomio solidarietà-sussidiarietà come si esprime nel modello attuale di sanità, che vede la spesa sanitaria aumentare vertiginosamente ma l'impegno di destinare fondi da parte del decisore politico in calo, rischiando la perdita di solidarietà verso il prossimo infermo. Tale nodo viene affrontato mettendo l'accento sul concetto di sussidiarietà orizzontale – la cui prima manifestazione viene attribuita dalla Chiesa cattolica. A proposito si scrive:

> «[La sussidiarietà orizzontale] nega che la difesa e la tutela degli interessi collettivi sia compito esclusivo dell'ente pubblico. Occorre dunque vigilare perché il principio di sussidiarietà (orizzontale) non venga confuso con quello di surrogazione: facciano le formazioni sociali ciò che lo Stato o gli enti pubblici non riescono a fare. Questo significherebbe pensare alla società civile come sussidiaria allo Stato, anziché allo Stato come sussidiario alla società civile, come propriamente ha da essere. Se c'è un ambito del vasto dominio del welfare in cui tale confusione si rivela particolarmente perniciosa e gravida di effetti perversi, è proprio quello della sanità»[1335].

Un secondo nodo problematico in cui le istituzioni sanitarie cattoliche si trovano coinvolte è rappresentato dalla coppia pubblico-privato. Secondo la nota: «[…] la distinzione tra pubblico e

[1333] Ibidem.
[1334] Ufficio Nazionale della CEI per la pastorale della sanità, *Le istituzioni sanitarie cattoliche in Italia, identità e ruolo*, Bologna, EDB, 2000, p. 2.
[1335] Ibi, p. 19.

privato e il loro reciproco rapporto andrebbero senz'altro ripensati. Le attuali tendenze di accreditamento dovrebbero tener presente solo la qualità delle prestazioni erogate, indipendentemente dalla natura dell'ente erogante»[1336].
Il documento poi rileva la necessità di rinnovamento delle istituzioni sanitarie cattoliche, in primis per quel che riguarda la gratificazione economica del personale, che nella gran parte dei casi soffre del troppo carico di lavoro e di retribuzioni non gratificanti. Rinnovamento anche per far fronte a una crisi vocazionale che investe anche gli istituti cattolici. Queste due problematiche sono state spesso riscontrate, in sede di questa tesi, anche dagli istituti sanitari valdesi, non si sono riscontrate, invece, notizie dalle fonti consultate per quanto riguarda le istituzioni sanitarie ebraiche.
L'ultima criticità che le istituzioni sanitarie cattoliche devono affrontare in questi anni è dover scegliere, o avere l'illusione della scelta, tra una presenza pastorale e una presenza manageriale. Il consiglio che la nota offre alle istituzioni sanitarie cattoliche, in crisi di fronte a questa scelta per la paura di tradire la propria missione, è di non vedere le due presenze in maniera antitetica ma complementare.

5.1.2. La pastorale sanitaria e l'umanizzazione dell'assistenza sanitaria.

L'11 febbraio 1985 col motu proprio «*Dolentium hominum*» il pontefice Giovanni Paolo II «venendo incontro a un'esigenza largamente sentita», istituisce una Pontificia Commissione per la pastorale degli operatori sanitari, che «funga da organismo di coordinamento di tutte le istituzioni cattoliche, religiose e laiche, impegnate nella pastorale degli infermi»[1337].
Tale iniziativa riscuote sostegno in tutto il mondo, non solo tra le Conferenze episcopali, ma anche da istituzioni laiche come l'Organizzazione Mondiale della Sanità[1338].
Il presidente pro-tempore della Commissione mons. Angelini, afferma in proposito:

> «Qualcuno potrebbe addirittura sospettare se, con questa Pontificia Commissione, non si possa trattare di un rigurgito confessionale, di una ingerenza in settori che sono sempre più di pertinenza della società civile. Mi permetto di dire che è vero proprio il contrario. Quando, in passato, per motivazioni a tutti note, la Chiesa si faceva carico quasi esclusivamente dell'assistenza agli infermi attraverso iniziative e organizzazioni caritative, mai essa intese trascurare lo specifico della sua missione e azione. Oggi, che quasi ovunque giustamente è subentrato lo Stato, la missione della Chiesa appare con maggior chiarezza. […] Assistenza e pastorale sanitaria non sono strumenti né in concorrenza né sovrapposti. Urge la loro confluenza per un servizio pieno e integrale del malato. È proprio questo sodalizio a cancellare ogni ombra di confessionalismo, senza dire dell'indicazione costituzionale che vuole la nuova Pontificia Commissione aperta all'apporto e alla collaborazione di tutti, cristiani e non cristiani, credenti e non credenti, a servizio indiscriminato di tutti»[1339].

Questa dichiarazione chiarifica e certifica il ruolo che la Chiesa vuole assolvere nei sistemi sanitari nazionali ormai secolarizzati, un ruolo di primo piano, non solo supplettivo delle organizzazioni statali. Questo ruolo si evince più nel dettaglio dai compiti che il Motu Proprio «Dolentium hominum» identifica per la Pontificia Commissione per la pastorale degli operatori sanitari, questi sono:

[1336] Ibi, p. 20.
[1337] Giovanni Paolo II, *MOTU PROPRIO. DOLENTIUM HOMINUM*, in https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/it/motu_proprio/documents/hf_jp-ii_motu-proprio_11021985_dolentium-hominum.html
[1338] Caprile, G., *Presenza della Chiesa nel campo della Sanità,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 137, v. III, 1986, p. 253.
[1339] Cit. in, ibidem.

- «stimolare e promuovere l'opera di formazione, di studio e di azione svolta dalle diverse O.I.C. nel campo sanitario, nonché dagli altri gruppi, associazioni e forze che, a diversi livelli e in vari modi, operano in tale settore»;
- «coordinare le attività svolte dai diversi Dicasteri della Curia Romana in relazione al mondo sanitario e ai suoi problemi»;
- «diffondere, spiegare e difendere gli insegnamenti della Chiesa in materia di sanità, e favorirne la penetrazione nella pratica sanitaria»;
- «tenere i contatti con le Chiese locali e, in particolare, con le commissioni Episcopali per il mondo della sanità»;
- «seguire con attenzione e studiare orientamenti programmatici ed iniziative concrete di politica sanitaria, a livello sia internazionale che nazionale, al fine di coglierne la rilevanza e le implicazioni per la pastorale della Chiesa»[1340].

Da questa iniziativa internazionale della Chiesa cattolica nasce in Italia nel 1989 la Consulta Nazionale della CEI per la pastorale della sanità che, il 30 marzo dello stesso anno, pubblica le linee operative di pastorale sanitaria.
Nell'incipit di queste linee operative della Consulta viene scritto:

> «Questa missione che la chiesa ha sempre cercato di vivere pare ancor più urgente e significativa in questo nostro tempo nel quale la mentalità secolarizzata non valorizza la vita e ne ha come paura, avendone perduto il senso. Molto sembra dovuto al timore della malattia e della morte. Lo stesso progresso medico, scientifico e tecnico, staccato da una morale e da una sapienza, rischia di porsi contro l'uomo e il suo valore. Così anche le riforme sanitarie, che pur contengono aspetti positivi, hanno bisogno di una "umanizzazione" che metta al centro l'uomo, la sua integrità. Più la chiesa annuncia e testimonia il Vangelo della sofferenza e della speranza e più favorisce la promozione umana, diventa servizio alla vita e collaborazione alla pace»[1341].

Questo avvenimento è particolarmente rilevante perché stabilisce come elemento essenziale della pastorale della Chiesa cattolica la pastorale sanitaria, affermandone il carattere di centralità nella vita e nella missione della Chiesa. I suoi compiti riaffermano e istituzionalizzano, universalizzandole, alcune prerogative storiche della Chiesa cattolica in materia sanitaria, come definirne l'etica ed educare ai suoi precetti gli operatori sanitari, senza distinzione tra cattolici e altri; o istituendone di nuovi come il fine di umanizzazione della medicina e dell'assistenza, che sarà un concetto cardine dell'impegno sanitario futuro della Chiesa cattolica ma anche uno dei paradigmi, nei decenni a venire, su cui si baserà il rinnovamento del sistema sanitario in Italia e non solo in Italia.
Tra i soggetti della pastorale sanitaria ci sono anche le associazioni professionali sanitarie cattoliche e le istituzioni sanitarie cattoliche. Alle prime, le linee operative invitano a «cooperare alla promozione del Regno attraverso l'esercizio della loro professione» e tra i compiti loro assegnati dalla pastorale c'è di aiutare i propri associati a «fare della deontologia professionale e dell'etica, ispirata ai valori autentici dell'uomo e nella fedeltà al magistero della chiesa, un punto costante di riferimento [e] cooperare con gli assistenti religiosi per assicurare un cammino di fede ai malati che lo richiedono»[1342]; alle seconde, invece, «per la loro finalità e i valori cui si ispirano, […] sono

[1340] Giovanni Paolo II, *MOTU PROPRIO. DOLENTIUM HOMINUM*, cit.
[1341] Consulta Nazionale CEI per la pastorale della sanità, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana. Linee di pastorale sanitaria*, n. 13, Bologna, EDE, 1989, p. 95.
[1342] Ibi, pp. 108-109.

chiamate a distinguersi per alcune connotazioni che ne configurano l'identità e lo stile di servizio». Alcune di queste sono: «l'assistenza integrale all'ammalato», «difesa e promozione della vita nascente, impegno per la riabilitazione dei disabili, assistenza qualificata degli ammalati morenti», «salvaguardia dell'umanità delle cure e delle prestazioni, umanizzando la tecnica e garantendo un clima nel quale gli ammalati si sentano accettati e tutelati nei loro diritti»[1343].

In questi anni, dopo l'aver posto al sicuro le proprie opere assistenziali e sanitarie, iniziando anche un percorso di rinnovamento al loro interno, e aver riaffermato alla propria comunità di fedeli la missione pastorale in favore degli infermi e il proprio ruolo all'interno della sanità, la Chiesa cattolica ha l'occasione di mettere alla prova i propri principi e strumenti rinnovati con l'esordio mondiale dell'AIDS che intreccia, nella sua diffusione per il mondo, problematiche sanitarie, sociali ed etiche. Il messaggio diffuso in Italia e altrove dai media sanitari e non sanitari sostiene che la patologia riguardi principalmente gli uomini omosessuali o gli individui che si drogano per via endovenosa. Il virus troverebbe i suoi vettori biologici principalmente nel liquido ematico e nel liquido seminale. Tuttavia, la dinamica sociale, inclusa la pluralità di orientamenti sessuali e la prostituzione, insieme all'uso di droghe e alle relative pratiche di iniezione, viene indicata come fattore sociale della diffusione. Questo si osserva bene nel 1986, con la diffusione della malattia tra il sottoproletariato urbano nordamericano e tra le popolazioni africane[1344].

La malattia sembra anacronistica, sfugge alle spiegazioni della scienza, sfida il controllo del sistema medico-sanitario. Inoltre, essendo sessualmente trasmessa e maggiormente diffusa tra gruppi sociali emarginati, è descritta come "perversa" e inconciliabile con i principi sociali dominanti. Il timore globale è fortissimo e l'Italia non fa eccezione. Si afferma anche che quest'allarmismo potrebbe avere effetti positivi, in certi casi questa espressione viene estremizzata, come fa l'arcivescovo di Genova, cardinale Giuseppe Siri, che interpreta l'AIDS come una punizione divina e ritiene la castità la miglior difesa, superiore a qualsiasi altro dispositivo profilattico. Anche il ministro della Sanità Donat-Cattin adotta questa linea, combinando la propria convinzione religiosa con l'adempimento del dovere civico e ostacolando una campagna che promuova l'uso del mezzo di protezione più semplice ed efficace, il profilattico[1345].

Con un decreto del 8 gennaio 1987 è stato costituito, dal ministro della Sanità, un organismo denominato Commissione per la lotta all'AIDS, con lo scopo di fornire proposte e linee guida e di svolgere un'integrazione di coordinamento a livello nazionale, volto a orientare l'attività del Servizio Sanitario Nazionale nella lotta alla malattia. Tra i membri esterni, prevalentemente medici, ci sono anche uno studioso di bioetica, un filosofo del diritto e un giornalista. Inoltre, presso l'Istituto Superiore di Sanità è costituito un Centro Operativo per la lotta all'AIDS, che ha l'incarico di tradurre in interventi concreti le decisioni della Commissione.

Attraverso *La Civiltà Cattolica* si precisa, secondo il punto di vista cattolico, che le raccomandazioni date dalla Commissione per la lotta contro l'AIDS di «ridurre il numero dei partner sessuali» e di «usare regolarmente il preservativo» non vanno intese come una giustificazione morale di tali mezzi, ma solo come strumenti di prevenzione in un'ottica di pluralismo ideologico per chi non intende seguire la norma morale di riservare l'atto sessuale al legittimo matrimonio. «Non sarebbe, [puntualizzano i commentatori cattolici], competenza di una commissione sanitaria [fare morale]»[1346].

[1343] Ibi, 109-110.

[1344] Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit, p. 155.

[1345] Ibi, p. 156.

[1346] De Rosa, G., *Il problema morale nella lotta contro l'AIDS*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 138, v. II, 1987, p. 79.

Secondo la morale cattolica, ritenuta «rispondente alle esigenze più alte di rispetto e di promozione della persona umana e della sua dignità»[1347] né la riduzione dei partner sessuali né l'uso del preservativo sono accettabili e leciti, e ancora meno, un'eventuale indicazione di ricorso all'aborto. Secondo la posizione cattolica in merito, «l'AIDS impone un cambiamento profondo nel modo di vivere la sessualità»[1348], ribadendo i concetti espressi dall'arcivescovo di Genova, anche se con toni più tenui. E si aggiunge, in apparenza quasi per aggiustare il tiro e contenere le critiche all'intervista fatta da mons. Siri alla rivista *Il Sabato* nel 1896, che:

> «i malati di AIDS non devono essere emarginati e segregati, come se fossero degli "appestati". […] nessuna giustificazione medica autorizza a esercitare una discriminazione nei riguardi dei malati di AIDS; anzi, una tale discriminazione è una violazione della loro dignità umana fondamentale e non è compatibile con l'etica cristiana. […] e i malati di AIDS devono essere curati al pari di tutti gli altri ammalati e la loro malattia non deve offrire pretesto a nessuna forma di discriminazione, per quanto riguarda il lavoro, l'alloggio, le cure ospedaliere»[1349].

Dunque, prestare cure agli ammalati di AIDS in una visione cattolica significa anzitutto non disumanizzare gli ammalati, non alienarli, ma stargli al fianco contro ogni marginalizzazione sociale, renderli persona contro ogni etichetta escludente, umanizzare l'intervento sanitario nei loro riguardi. L'umanizzazione della medicina e della sanità è proprio uno degli obiettivi della nuova Pontificia Commissione per la pastorale degli operatori sanitari, che promuove la seconda Conferenza Internazionale, che si svolge dal 10 al 12 novembre 1987, proprio sul tema *L'umanizzazione della medicina*. Nel presentare l'iniziativa l'arcivescovo Angelini afferma che questo tema è quanto mai attuale se si fa riferimento «al crescente dibattito in corso a tutti i livelli per l'affermazione dei diritti umani fondamentali e alla constatazione che progresso e socializzazione della medicina sono spesso accompagnati da una sua reale disumanizzazione»; in forza anche delle parole di Giovanni Paolo II che afferma a conclusione della Conferenza «la medicina è a servizio dell'uomo, di tutto l'uomo, di ogni uomo»[1350].

Questo tema è oggetto anche di una Tavola rotonda ecumenica che si tiene negli stessi giorni dal titolo *Prospettive per l'umanizzazione della medicina.* In questa sede si sono confrontati rappresentati di diverse confessioni religiose e di diversi punti di vista laici e – per quanto le posizioni e l'impegno delle confessioni valdese ed ebraica sul tema dell'umanizzazione della medicina saranno ripresi e approfonditi nei paragrafi a loro dedicati – si intende riportarne qui un'anticipazione, perché in diretto confronto con la posizioni cattolica.

Il frate Luigi Marchesi, priore generale dei Fatebenefratelli, dichiara di essere meno ottimista della professoressa Levi-Montalcini, che ha preso parte al dibattito prima di lui, sostenendo che la medicina attuale non sia meno umana di quella di una volta. Secondo Marchesi, invece, «oggi i malati spesso si trovano come schiacciati tra la loro ansia di guarigione e di assistenza e lo strapotere dell'apparato tecnologico, fino al punto da essere talvolta considerati come un incomodo che, con le loro esigenze, intralcia la ricerca. Auspica una nuova alleanza tra paziente e sistema sanitario, un "ecumenismo" della vocazione alla cura dei malati, una medicina attenta alla fondamentale unità del corpo e dello spirito»[1351].

[1347] Ibi, p. 80.
[1348] Ibidem.
[1349] Ibi, p. 81.
[1350] Caprile, G., *La medicina al servizio dell'uomo*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 138, v. IV, 19 dicembre 1987, p. 582.
[1351] Ibi, p. 588.

Elio Toaff, rabbino capo di Roma, sostiene che l'ebraismo risponde alle sfide attuali rimanendo fedele ai suoi principi storici di solidarietà tra le persone e di attenzione verso chi è sofferente. Per lui «il punto di partenza è un impegno fondamentale al rispetto della vita, che si accompagna alla concezione della scienza come strumento di avvicinamento al sacro. C'è però un'ampia fascia di problemi la cui soluzione non può essere univoca, e in ciò bisogna rispettare la diversità di cultura, laica o religiosa, che suggerisce approcci diversi»[1352].
Il dott. Eric Ram, direttore della Commissione Medica del Consiglio Ecumenico delle Chiese, evidenzia il ruolo innovativo delle Chiese cristiane nell'assistenza sanitaria, ma critica il fatto che l'attuale progresso medico non tenga conto delle istanze dei poveri, riducendo il contatto umano, che invece è una dimensione essenziale e spesso determinante nel processo di cura. Inoltre, «è anche necessario fomentare nel paziente il rispetto e la cura di sé, in modo da rendersi soggetto attivo e partecipe del processo curativo, senza essere trattato come un oggetto»[1353].
Una delle esperienze di ispirazione cristiana più significative sorte allo scopo di umanizzare l'assistenza sanitaria in Italia è l'AVO (Associazione Volontariato Ospedaliero). L'AVO anche se si definisce aconfessionale e apartitica, nasce da un preciso slancio evangelico dei suoi fondatori, infatti, all'art. 2 dello statuto afferma: «L'AVO, in obbedienza al Vangelo e con la partecipazione di tutti gli uomini di buona volontà, intende rendere a tutti coloro che non si trovano nella pienezza dei propri mezzi fisici e psichici, un servizio qualificato, volontario e gratuito»[1354].

5.1.3. Enti ecclesiastici valdesi che operano nel Servizio Sanitario Nazionale.

Al sinodo del 1979 vengono ribadite con il primo ordine del giorno l'autonomia delle opere assistenziali valdesi e la loro disponibilità. Per quanto riguarda l'autonomia si ribadisce che esse sono indipendenti dagli enti pubblici perché dipendono esclusivamente dagli organismi ecclesiastici e si ribadisce il rifiuto della dizione "opere private" in quanto non rispondono a un padrone privato che fa quello che vuole ma agli organismi della Chiesa valdese: assemblea di Chiesa e di distretto. Per quanto riguarda la disponibilità, le opere evangeliche non hanno mai scelto la via della privatizzazione ma hanno voluto inserirsi nella programmazione pubblica attraverso linee precise e rispondendo alle esigenze del territorio in cui sono inserite. Quindi le opere di assistenza non sono più al servizio esclusivo dei membri delle Chiese ma al servizio di tutta la popolazione bisognosa dell'ambito territoriale. Nelle opere di assistenza per anziani hanno la precedenza gli evangelici mentre per quelle dedicate ai minori non ci sono distinzioni confessionali. Nonostante questa linea di apertura al territorio non si snatura il valore della testimonianza evangelica che rimane prioritaria grazie al tipo di servizio offerto[1355].
Con il secondo ordine del giorno invece si dichiara, da un lato, che la Chiesa compie la propria opera senza oneri per lo Stato, dall'altro che i costi, inevitabili, dei servizi offerti dalle opere e aperti verso l'esterno debbano essere inseriti nei bilanci degli enti pubblici che gestiscono la programmazione. La modalità con la quale vengono pagati i servizi è il rimborso proporzionato alle prestazioni con la possibilità di rigorosi controlli da parte degli enti pubblici, rifiutando in questo modo una sovvenzione

[1352] Ibidem.
[1353] Ibi, p. 589.
[1354] Perico, G., *Il volontariato ospedaliero in Italia a 20 anni dal suo inizio*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 147, v. IV, 2 novembre 1996, pp. 238-249.
[1355] Platone, G., *Opere evangeliche e società civile*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 109, fasc. 41, 12 ottobre 1979, p. 1.

generica e accettando, invece, un rapporto molto preciso tra il servizio reso e il suo costo. Così l'ente non solo può controllare in che modo vengono spesi i soldi pubblici ma anche lo standard del servizio reso, confrontandolo con il programma che è stato concordato.
Con questo Sinodo la Tavola valdese annuncia l'organizzazione di una commissione diaconale, già prevista nel patto d'integrazione, che: colleghi gli istituti e le opere al territorio; mantenga i contatti con tutti gli evangelici che lavorano nelle strutture, perché la testimonianza sia fatta di persone e non di mura; il collegamento con la Chiesa e le comunità; in ultimo, la ricerca di nuovi campi d'intervento[1356].
Nel 1980 agli ospedali valdesi di Torre Pellice e Pomaretto non viene riconfermata l'inclusione nella proposta di piano socio-sanitario della Regione Piemonte ai fini dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Questo fatto innesca una serie di reazioni a livello della popolazione delle Valli; come in Val Chisone dove è in atto un'iniziativa popolare per una petizione indirizzata al presidente della Comunità Montana affinché si prendano misure atte al riconoscimento del servizio dell'Ospedale di Pomaretto. Se ne richiede non solo il mantenimento del servizio ma anche il suo consolidamento, in quanto secondo l'ipotesi del piano regionale c'è la possibilità che l'Ospedale di Pomaretto sia riconosciuto con l'applicazione di "deroghe" previste dallo stesso Piano.
Dal canto suo, il presidente della Comunità Montana rilascia un'intervista nella quale dichiara che l'Ospedale di Pomaretto deve diventare un centro di riferimento della politica sanitaria anche con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Il 26 marzo dello stesso anno la giunta della Comunità Montana e la CIOV si incontrano. La Commissione degli Istituti Ospitalieri Valdesi ha presentato un documento-proposta in cui si riporta l'operato dell'Ospedale negli ultimi sette anni e si presentano delle linee operative per reinserire l'Ospedale di Pomaretto nel Piano Regionale.
In Val Pellice, già da gennaio la CIOV ha presentato al presidente della Comunità Montana un documento sulle prospettive dell'Ospedale di Torre Pellice al fine di una corretta valutazione degli apporti che l'Ospedale reca alla popolazione valligiana nel settore della medicina interna. In attesa dell'esame delle proposte, l'Ordine Mauriziano si è dato disponibile al fine di valutare eventuali integrazioni di attività sanitaria per un piano organico teoricamente valido e l'Assessore alla sanità ha richiesto una documentazione sull'operato dell'Ospedale di Torre Pellice[1357].
In attesa che la Regione Piemonte definisca l'utilizzo dell'Ospedale valdese di Torre Pellice, pur restando in esercizio come ospedale sussidiario, sorge il comitato Associazione Amici dell'Ospedale Valdese di Torre Pellice su iniziativa di un gruppo di laici valdesi. Il comitato intende operare affinché sia mantenuto e incrementato l'operato dell'Ospedale, facendo una raccolta fondi[1358].
La proposta regionale di piano socio-sanitario, per il periodo 1980-1982, circa gli Ospedali valdesi di Torre Pellice e Pomaretto prevede, nonostante non considerati necessari ai fini della definizione della rete ospedaliera regionale, che essi vengano conservati con gli stessi vincoli indicati per gli ospedali sussidiari, in attesa che la Regione definisca il loro utilizzo in accordo con gli enti gestori. In particolare, questi restano in funzione, conservando reparti e servizi esistenti, ma senza ampliamento né di organico, né di volumi edilizi, fermo restando i 75 posti letto di Pomaretto e i 78 di Torre Pellice. Secondo tale piano le istituzioni ospedaliere ecclesiastiche che hanno conseguito la classificazione, nella Regione Piemonte, tra i quali l'Ospedale evangelico di Torino, gli Ospedali valdesi di

[1356] Ibi, pp. 1-2.
[1357] *Ospedali alle Valli: a che punto siamo?*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 110, fasc. 15, 11 aprile 1980, p. 8.
[1358] *Associazione Amici dell'Ospedale Valdese di Torre Pellice,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 110, fasc. 27-28, 11 luglio 1980, p. 7.

Pomaretto e Torre Pellice vengono ad essere integrati pienamente nel servizio sanitario pubblico: attraverso la loro collocazione nel contesto programmatorio sanitario regionale e zonale; attraverso l'obbligatorietà di convenzioni tra USL competenti per territorio e dette istituzioni; attraverso la correlativa obbligatorietà della previsione di spesa per dette convenzioni. Infatti, nella Regione Piemonte gli organi collegiali delle Unità sanitarie locali competenti per territorio dovranno stipulare accordi convenzionali con i suddetti istituti, in quanto queste sono strettamente integrate nel contesto programmatorio regionale e zonale e perciò stesso devono adeguarsi alle prescrizioni del piano socio-sanitario triennale. Oggetto di questa convenzione saranno i modi, la qualità e la quantità delle prestazioni che secondo il piano sanitario regionale questi istituti devono erogare[1359].
La proposta di piano in questione, per quanto l'Ospedale evangelico valdese di Torino vi rientra, pone molti interrogativi in merito al futuro degli Ospedali valdesi delle Valli, che invece non sono considerati necessari ai fini della programmazione ospedaliera a regime riformato. Infatti, secondo questo piano non sono più riconosciuti gli ospedali per lungodegenti e convalescenti, proponendo come soluzione ottimale l'ospedale generale-unico (equivalente dell'ospedale generale di zona secondo la legge n. 132 del 1968) con un minimo di 176 posti letto. Da questi presupposti, gli ospedali di Torre Pellice e Pomaretto non avrebbero diritto di esistere, ma la rassicurazione che questo non accadrà arriva sia da quanto è scritto di seguito nella stessa proposta di piano, sia dall'Assessore alla sanità della Regione Piemonte che conferma che la loro chiusura non avverrà ma che bisognerà solo studiare il loro corretto utilizzo[1360].
Sempre nel 1980 viene creato su iniziativa della Tavola valdese il CEO (Coordinamento Evangelico Ospedaliero) e ha, fissati nell'atto costitutivo, i seguenti compiti: preparare il personale idoneo alle funzioni sue proprie; predisporre quanto occorre in ordine al Regolamento Organico, lo stato giuridico, il trattamento economico, previdenziale e assistenziale di tutto il personale dipendente; seguire le trattative inerenti ai contratti collettivi di lavoro propri della categoria. Inoltre, il CEO è aperto a tutti gli istituti assistenziali della Chiesa come previsto dall'art. 7 dello statuto[1361].
Il dibattito sull'operato della CIOV al sinodo di quest'anno è particolarmente denso di temi e molto partecipato, in quanto questo è un anno di svolta per gli Ospedali valdesi delle Valli, come per l'istituto per anziani di S. Germano Chisone e il Rifugio, soprattutto a causa della riforma sanitaria divenuta operante da gennaio 1980 e, come è stato accennato, dal piano socio-sanitario regionale. La CIOV per far fronte alla nuova situazione intende attuare un cambiamento radicale del suo lavoro, separando i tre enti assistenziali con propri comitati gestionali e proprie amministrazioni. Il nome CIOV resterebbe solo all'organismo che si occuperà degli ospedali, il Rifugio "Re Carlo Alberto" verrebbe gestito da un proprio comitato gestionale, avendo già una personalità giuridica propria e una fisionomia definita e l'Asilo di S. Germano potrebbe essere retto da un comitato eletto dalla Chiesa locale. Altro aspetto di novità della proposta avanzata dalla CIOV è di integrare l'ospedale di Torino e gli ospedali delle Valli, essendo anche già stata stipulata una convenzione tra la CIOV e l'Ospedale evangelico valdese di Torino in vista dell'integrazione dei servizi amministrativi. Essendo l'interlocutore la Regione, la quale mostra di comprendere meglio un'intesa unica con la Chiesa

[1359] *Ospedali valdesi e progetto regionale*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 110, fasc. 21, 23 maggio 1980, p. 7.
[1360] Platone, G., *Gli ospedali valdesi e la programmazione regionale*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 110, fasc. 12, 21 marzo 1980, p. 4.
[1361] Giuliani, L., *C'è il C.E.O.*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 114, fasc. 33, 31 agosto 1984, p. 2.

valdese e non con i singoli istituti, è auspicabile un'integrazione istituzionale. Per tale operazione però si attenderebbe l'approvazione dell'Intesa tra lo Stato italiano e la Chiesa valdese.
La preoccupazione del Sinodo, confermata dal giudizio della Commissione d'esame è che le due istituzioni non ospedaliere vengano lasciate indietro, cosa che si nota già visto l'impegno e le attenzioni che i due ospedali hanno richiesto in questi ultimi anni. Invece, fa notare la Commissione d'esame, che i due istituti avrebbero bisogno di risolvere diverse problematiche, come chiarire il rapporto con gli enti locali, ricreare maggiore interesse da parte delle Chiese, predisporre piani finanziari e necessità di migliorie tecniche e ambientali, oltre che di personale sempre più qualificato. La Commissione d'esame evidenzia anche che dai colloqui con il personale, questo manifesta un forte senso vocazionale che aiuta ad affrontare e superare le difficoltà di un lavoro così impegnativo ma allo stesso tempo lamenta i rapporti quasi inesistenti con la CIOV venendo a mancare chiarezza circa la posizione retributiva, il mansionario, le possibilità di qualificazione offerte.
Il Sinodo ha aumentato il numero dei membri della CIOV proprio per la costituzione di sottocommissioni che si occupassero dei singoli istituti e le varie problematiche. Inoltre, per la prima volta nella storia del Sinodo, le linee di lavoro della CIOV per i prossimi mesi sono presentate congiuntamente dalla Tavola valdese, la Commissione d'esame e la CIOV a significare l'intento di collaborare per migliorare il servizio che la Chiesa valdese è chiamata a dare nel campo dell'assistenza[1362].
La significativa proposta della CIOV avanzata al Sinodo del 1980 non è stata varata, rinviandola a nuovo esame, dovendo in questo modo passare in capo alla Tavola dover garantire l'unità della politica e delle attività socio-sanitarie alle Valli, eventualità non fattibile visti gli impegni nazionali e internazionali che già impegnano la Tavola. Secondo Giorgio Peyrot questa proposta deve essere ricevuta dal sinodo come un segnale di allarme fatto suonare dai dirigenti della CIOV in vista dell'impegno prossimo e futuro che la riforma sanitaria imporrà. Infatti, dato il repentino spopolamento delle Valli che comporta una ridefinizione dell'impegno delle opere assistenziali, si necessita di uno sviluppo della politica socio-sanitaria della CIOV, non di una sua abdicazione. Uno studio per allestire quanto necessario a questo sviluppo è stato improntato con l'atto 58 del Sinodo 1980[1363].
Nel 1981 alla conferenza del I Distretto la Commissione d'esame rileva tre problematiche nelle attività della CIOV: lo scorporo dell'Asilo di San Germano, il rapporto con le Chiese locali e il l'elevato carico di lavoro. Dopo il Sinodo dello scorso anno si è deciso in fine che l'Asilo di San Germano dovrà essere gestito da un comitato locale, che dovrà entrare in funzione dal prossimo anno, in disaccordo con quanto aveva proposto la Commissione d'esame, che aveva proposto di dilazionare fino al 1983. Per quanto riguarda il rapporto tra la CIOV e le comunità locali, la Commissione d'esame ha rilevato essere gravemente carente. Per far fronte a questa situazione e favorire questo rapporto, la conferenza ha approvato un ordine del giorno in cui chiede alla CIOV di potenziare l'informazione sulle proprie attività e la vita degli istituti alle Chiese e alla popolazione, avvalendosi sia degli organi ecclesiastici di stampa sia sollecitando le Chiese a promuovere speciali assemblee informative. Il repentino cambio delle normative in tema di assistenza ha caricato di molto l'impegno amministrativo della CIOV. Questa situazione ha reso necessario introdurre una seconda figura della Commissione a tempo pieno, oltre al presidente, per far fronte a una parte dei complessi problemi

[1362] Sbaffi, P., *CIOV: il difficile lavoro dell'assistenza*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 110, fasc. 36, 12 settembre 1980, p. 7.
[1363] Peyrot, G., *L'assistenza socio-sanitaria*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 110, fasc. 36, 12 settembre 1980, p. 10.

che stanno sorgendo. Oltre a queste principali problematiche, risolte in sede di conferenza distrettuale, è da rilevare un'altra questione, che con l'avanzare degli anni Ottanta aumenterà l'attenzione da parte delle Chiese, non solo evangeliche: si tratta del tema della dipendenza da stupefacenti, che sempre più, oltre ad interessare l'ambito sociale, sta diventando materia sanitaria e assistenziale. L'Ospedale di Torre Pellice ha accettato la collaborazione con USL 43 per la cura dei tossicodipendenti, mentre l'Ospedale di Pomaretto per ragioni tecniche ha rifiutato di collaborare con l'USL 42[1364].
Al Sinodo del 1981 si discute approfonditamente del rapporto sull'operato della CIOV, le questioni affrontate sono tante e particolarmente "scottanti". Troppe sono state le «bombe»[1365] portate in aula perché il Sinodo si permettesse solo di ratificarle. Lo scorporo dell'Asilo di San Germano è ormai operativo da un anno. Dal dibattito è emerso quanto sia necessario che questo collabori con il Rifugio in modo che i problemi comuni possano essere risolti in modo organico e coordinato. Al Rifugio "Re Carlo Alberto" si è avuto per la prima volta uno sciopero del personale, questo episodio è stato valutato in modi molto diversi, ad esempio c'è chi pensa che l'ingresso del sindacalismo nelle opere sia la morte della Chiesa, ma soprattutto con questo episodio si è vista la necessità di riprendere con serietà il discorso del volontariato. «La proposta del volontariato, del servizio diaconale, non risponde solo alla necessità finanziaria ma vuole porre in piena luce l'aspetto della Chiesa verso i minimi»[1366]. Ma diaconato non deve significare sfruttamento e il volontariato deve essere constante non episodico. In questi anni stanno uscendo leggi che riconoscono le associazioni di volontariato e dunque molti ostacoli attuali possono essere superati. Il terzo argomento discusso è la ristrutturazione degli Ospedali di Torre Pellice e di Pomaretto. L'essere entrati nel piano di programmazione regionale impegna gli ospedali a rendere un servizio qualitativamente ineccepibile e questo implica un ampliamento e un ammodernamento dell'Ospedale di Torre Pellice, in cui il vecchio padiglione psichiatrico deve essere totalmente ristrutturato per poter fornire l'ospedale di un numero maggiore di posti letto. Inoltre, anche il Rifugio richiede una ristrutturazione radicale, divenuta ormai urgente. Queste opere stanno cambiando a grande velocità e diventa sempre più difficile gestirle per la Chiesa, si ha l'impressione che queste stiano sfuggendo di mano alle comunità. L'ampiezza e la complessità di questo lavoro sono alla base del quarto argomento trattato al Sinodo e un quinto argomento è la presentazione delle dimissioni da parte dell'intero Comitato. Secondo il presidente della CIOV queste vogliono essere la dimostrazione di un'apertura, la CIOV si dichiara «disponibile ad essere distrutta e completamente rifatta»[1367], inoltre c'è una motivazione tecnica: creando il comitato di gestione dell'Asilo serve inserire nuovi elementi, soprattutto un pastore, richiesto da anni dalla CIOV.
Il 4 giugno 1982 viene firmato l'accordo per l'inserimento degli Ospedali valdesi di Torino, Pomaretto e Torre Pellice nelle strutture pubbliche regionali. Il piano socio-sanitario, in coerenza dei dispositivi legislativi nazionali, verrà attuato in tre fasi: gli Ospedali valdesi vengono inseriti nella rete dei presidi del servizio sanitario regionale; tale inserimento presuppone un rapporto convenzionale tra la Regione Piemonte e la Tavola valdese per definire le modalità con cui saranno inseriti nel territorio e il conseguente ruolo operativo dei singoli istituti; la terza fase è rappresentata dal rapporto convenzionale dei singoli istituti con le USL competenti, con contenuto gestionale.

[1364] *La CIOV*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 111, fasc. 23, 5 giugno 1981, p. 8.
[1365] Ribet, P., *Gli istituti ricevono al Sinodo le attenzioni che meritano*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 111, fasc. 34-36, 4 settembre1981, p. 5.
[1366] Ibidem.
[1367] Ibidem.

Tra le opere valdesi di assistenza c'è Villa Olanda, abbiamo visto che era sorta per dare ospitalità ad una numerosa comunità di rifugiati russi. Terminato questo primo periodo, ha aperto un nuovo capitolo della sua storia come istituto assistenziale per anziani autosufficienti. Negli anni, la presenza sul territorio di altri istituti similari e la scelta della Comunità Montana di predisporre un servizio di assistenza domiciliare hanno contribuito a far scendere di molto il numero degli assistiti, portandolo molto al di sotto della sua ricettività. Una terza fase della vita di questo istituto inizia ad intravedersi in questo anno, quando il comitato di Villa Olanda, la CIOV e la Tavola valdese, sotto pressione dell'USL, che intende riportare la ricettività dell'Ospedale valdese di Torre Pellice a 80 letti, decidono di traferire nell'istituto 24 pazienti dal padiglione psico-geriatrico dell'Ospedale. Il comitato di Villa Olanda si è detto favorevole di mettere a disposizione la struttura ma ha richiesto alla CIOV di assicurare con il proprio personale l'assistenza paramedica e di conservare la titolarità della convenzione con la Comunità Montana. Entrambe le richieste, per diversi motivi tecnici, non possono essere accolte dalla CIOV. La CIOV però ha ribadito che da anni cerca una soluzione per questi pazienti. Avrebbe potuto disdire la convenzione con la Provincia, ma non lo ha fatto perché le preme dare a questi ospiti, dimenticati da tutti, un ambiente in cui il calore umano non manchi[1368].
Dopo pochi giorni dalle intese tra la Regione Piemonte e la Chiesa valdese per l'integrazione degli Ospedali valdesi nella riforma sanitaria, esponenti della CIOV e della Comunità Montana si sono incontrati per avviare lo studio della convenzione tra USL e l'Ospedale valdese di Pomaretto. Questo da ospedale per lungodegenti è divenuto sede ospedaliera di ricovero per la medicina generale. Le linee in cui si dovrà inserire l'ospedale sono quelle del piano zonale, tenendo quindi conto delle necessità sanitarie delle Valli. All'Ospedale di Pomaretto è stato richiesto di occuparsi dell'aggiornamento sanitario e di organizzare, con il personale del USL, i punti di prelievo in località decentrate. È stata evidenziata anche la necessità di servizi poliambulatoriali, non previsti dal Piano regionale, e ciò richiederà anche un ampliamento della pianta organica[1369].
Se da un lato, sul fronte sanitario, si fanno convenzioni con la Regione, dall'altro si mantiene nel settore assistenziale un carattere di privatizzazione. Infatti, nasce a novembre dell'82 una nuova casa di risposo a Villar Pellice, pienamente privata, realizzata e gestita dal locale Concistoro. Inoltre, dal punto di vista della testimonianza evangelica attraverso il personale, la questione è complessa perché negli ospedali valdesi si entra tramite concorso pubblico, entrando chi è più preparato indipendentemente dalla sua fede religiosa. All'Ospedale evangelico valdese di Torino il 75% del personale è cattolico, al contrario a Torre Pellice e Pomaretto il 75% è valdese. Diverso è per il settore assistenziale, dove l'assunzione viene per via autonoma e quindi si cerca di rispettare il criterio confessionale per garantire personale evangelico. Il dilemma se entrare nel pubblico, e aumentare la disponibilità delle opere sul territorio, o rimanere nel settore privato per paura che si stinga il carattere valdese, mette in crisi parte della Chiesa sulle finalità del suo operato. Sorge la domanda in seno alla Chiesa, se il servizio reso dalle opere valdesi è equiparato a quello pubblico, in cosa si distinguerà rispetto agli altri? Da questa domanda sorge la sfida nuova per tutta la Chiesa nei confronti di chi è membro della Chiesa e lavora all'interno delle opere valdesi, per orientarli e sostenerli a finché con l'equiparazione con il pubblico non si perda l'identità valdese[1370].

[1368] Kovacs, A., *Le decisioni CIOV al vaglio delle chiese*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 112, fasc. 26, 25 giugno1982, p. 4.
[1369] Varese, D., *Il ruolo dell'Ospedale di Pomaretto nel piano zonale*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 112, fasc. 26, 25 giugno 1982, p. 10.
[1370] Platone, G., *Pubblico o privato?*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 112, fasc. 47, 19 novembre 1982, p. 9.

Per quanto nel 1978 era già pronta una prima bozza, solo il 21 febbraio 1984 viene firmata l'Intesa tra lo Stato italiano e le Chiese rappresentate dalla Tavola valdese, che farà da modello per gli accordi successivi con le altre confessioni religiose non cattoliche. Finalmente trova attuazione il comma terzo dell'art. 8 della Costituzione, le tempistiche fanno ricordare quanto accaduto nel 1929[1371] per cui, come sostiene Michele Madonna, osservando il tradizionale principio della politica ecclesiastica italiana, viene data precedenza alle questioni che riguardano la Chiesa cattolica rispetto a quelle che riguardano le confessioni non cattoliche[1372]. Per quanto concerne questo paragrafo, all'art. 14 dell'Intesa si ribadisce la garanzia dell'autonomia giuridico-amministrativa degli ospedali evangelici; mentre l'articolo 12, primo comma, dell'accordo dispone che, per ottenere la personalità giuridica, si richiede la coesistenza necessaria del carattere ecclesiastico insieme ai tre scopi di culto, istruzione e beneficenza. La norma è giustificata dal fatto che gli enti operanti nel contesto valdese – per loro stessa natura – perseguono congiuntamente tali tre fini. Inoltre, deve essere interpretata alla luce del terzo comma dello stesso articolo, che precisa che le attività di istruzione o di beneficenza svolte dagli enti ecclesiastici restano subordinate, nel rispetto dell'autonomia e dei fini propri degli enti, alle leggi statali applicabili alle attività analoghe svolte da enti non ecclesiastici[1373].

L'Art. 7 disciplina l'assistenza spirituale negli ospedali evangelici, si afferma che «negli ospedali evangelici esistenti in Genova, Napoli, Pomaretto, Torino, Torre Pellice, questi non sono tenuti a disporre il servizio di assistenza religiosa previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128», riguardante l'assistenza spirituale cattolica. Ma, si aggiunge, «nel rispetto della libertà di coscienza dei ricoverati e delle loro famiglie, l'assistenza spirituale ai ricoverati di qualsiasi confessione religiosa è assicurata […] senza limiti di orario, a cura della direzione dell'ospedale, tramite gli organi di ciascuna confessione religiosa e ad esclusivo carico dei medesimi».

Dall'8 ottobre 1984 gli Ospedali valdesi di Torino, Torre Pellice e Pomaretto hanno un quadro normativo specifico in cui svolgere le loro attività, essendo stato firmato un protocollo integrativo di intesa tra la Regione Piemonte e la Tavola valdese. Si tratta del terzo protocollo d'intesa firmato dalle parti riguardante l'assistenza sanitaria. Nel giugno dello stesso anno, infatti, era stato sottoscritto un protocollo d'intesa riguardante le piante organiche del personale degli ospedali, con quest'ultimo invece si tratta la complessa materia finanziaria. Fino a questo momento il finanziamento degli ospedali valdesi avveniva, oltre che con i contributi dei singoli, sulla base del principio del rimborso delle spese sostenute per le prestazioni; che è anche il sistema in vigore con le case di cura private. Da questo momento si tratterà invece di un finanziamento a bilancio, quindi, la Regione finanzierà gli ospedali sulla base dei loro bilanci che verranno formulati sulla base degli standards di servizio previsti per gli ospedali pubblici e dei programmi di attività e spesa elaborati dalle USSL. Con questo nuovo sistema di finanziamento gli Ospedali valdesi rimedieranno alla necessità di cassa senza ricorre agli onerosi crediti bancari. Inoltre, non succederà più che l'ente pubblico richieda agli Ospedali valdesi servizi per i quali è necessario effettuare investimenti, senza dare gli oneri finanziari richiesti agli ospedali[1374].

L'intesa regionale prevede per l'Ospedale valdese di Torre Pellice, con l'inserimento nella programmazione dei servizi sanitari del territorio della Val Pellice, l'attribuzione dei servizi di

[1371] Long, G., *Le confessioni religiose "diverse dalla cattolica". Ordinamenti interni e rapporti con lo Stato*, cit, p. 21.

[1372] Madonna, M., *Profili storici del diritto di libertà religiosa nell'Italia post-unitaria*, cit.

[1373] Lariccia, S., *L'attuazione dell'art. 8, 3° comma, della Costituzione: le Intese tra lo Stato italiano e le chiese rappresentate dalla Tavola valdese,* in «Il diritto ecclesiastico», anno 95, parte I, 1984, pp. 486-487.

[1374] Gardiol, G., *Autonomia e servizio pubblico*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 114, fasc. 39, 12 ottobre 1984, p. 9.

degenza ospedaliera e ambulatoriali annessi, mentre i servizi poliambulatoriali all'Ospedale Mauriziano di Luserna S. Giovanni, ponendo così il problema della collaborazione dei due presidi della Valle. «Respingendo ogni tentativo di strumentalizzare la diversa origine confessionale dei due istituti ai fini di una battaglia polito-religiosa di retroguardia»[1375] in una seduta congiunta, in accordo con la Regione e l'USSL 43, sono stati stabiliti i termini del rapporto, non per salvaguardare le prerogative confessionali di ciascuna parte, bensì per favorire un servizio condiviso, basato su una gestione effettiva e su una chiara distribuzione delle responsabilità. La definizione di queste responsabilità però, mette in risalto l'inadeguatezza delle strutture dell'ospedale, da qui la necessità di ampliamento dell'ospedale in linea con la volontà di servizio originaria della Chiesa valdese.
La ristrettezza dei locali e l'irrazionalità dei percorsi interni rappresentano un'importante limitazione per l'attività sanitaria, al quale bisogna trovare rimedio. Si necessita anche di proseguire con il potenziamento tecnologico delle apparecchiature sanitarie, con importante funzione sociale da offrire alla popolazione delle Valli. Inoltre, per la crescita qualitativa dell'ospedale bisogna valorizzare la professionalità (tecnica ed etica) del personale che lavora al suo interno, attraverso l'aggiornamento e la formazione permanente[1376]. A sostenere la ristrutturazione dell'Ospedale valdese di Torre Pellice c'è l'Associazione Amici dell'Ospedale di Torre Pellice, lo fa raccogliendo fondi tra le varie comunità valdesi nel mondo, arrivando a raccoglierne fino in North Carolina. Nel 1984 sono intervenuti con una somma di 22 milioni per acquisto di attrezzature e materiale vario. L'Associazione si costituisce nel 1980 con lo scopo di affiancare la CIOV nell'opera di salvaguardia, potenziamento e ristrutturazione dell'Ospedale[1377].
A dicembre del 1985 la Tavola valdese, delegata dal Consiglio di amministrazione e dall'Assemblea dell'Ospedale Evangelico internazionale di Genova, sigla le intese con la Regione Liguria che servono soprattutto a garantire sicurezza e stabilità con le quali l'Ospedale si inserisce nel contesto sanitario regionale e nazionale. Nell'art. 5 di queste intese afferma che:

> «nessuna ingerenza può competere a qualsivoglia organismo pubblico o privato circa le entrate a titolo oblativo per versamenti di terzi che intendono così facilitare l'attività di beneficenza e di culto che nell'Ospedale stesso viene svolta; segnatamente, conferma che resta libera l'attività diaconale che viene così generosamente ed evangelicamente effettuata da membri non solo della [Chiesa valdese], ma anche di altre Chiese evangeliche di Genova»[1378].

Nel 1986 nell'assemblea aperta del terzo circuito, a Pomaretto, si è dibattuto su come gli Ospedali valdesi possono dimostrare concretamente la loro evangelicità. A questo interrogativo non sono arrivate, in questa sede, risposte convincenti e definitive, anzi gli interventi sono stati molto decisi nel separare il servizio svolto dagli Ospedali valdesi da ogni sospetto di confessionalità. Gli ospedali valdesi, si è ripetuto, devono assolvere il loro compito di cura dei malati con scrupolo e dedizione,

[1375] Taccia, A., *Val Pellice: rinnoviamo l'ospedale*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 115, fasc. 6, 8 febbraio 1985, p. 7.
[1376] Mathieu, N., *Val Pellice: rinnoviamo l'ospedale*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 115, fasc. 6, 8 febbraio 1985, p. 12.
[1377] Mourglia, G., *Associazione Amici*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 115, fasc. 6, 8 febbraio 1985, p. 7.
[1378] Verardi, E., *Intesa O.E.I. Regione Liguria*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 116, fasc. 4, 24 gennaio 1986, p. 12.

«ma non gli si può chiedere di essere un centro di predicazione e testimonianza»[1379]. Per molti però il rifiuto della confessionalità sembra un cedimento verso la secolarizzazione.
A dicembre del 1987 la ristrutturazione dell'Ospedale valdese di Torre Pellice è ormai completata, al complesso storico e il padiglione riammodernati sono uniti da una nuova ala, gran parte dei fondi sono stati recuperati da collette da tutta la Val Pellice, da singoli, realtà associative e chiese da tutta l'Italia e il mondo[1380]. Anche numerosi cattolici si sono mossi, sia associati come le ACLI sia privati, «non toccati da sentimenti etnico-religiosi»[1381], a rimarcare l'importanza dell'ospedale per il territorio. È ospedale valdese, perché fatto di valdesi, ma ormai ha carattere apolitico e aconfessionale[1382].
Nel 1988, nell'ottica della razionalizzazione e dell'aggiornamento delle funzioni dell'ambito ospedaliero e in particolare dei reparti di ginecologia e ostetricia dovuti al calo della natalità, all'Ospedale evangelico di Napoli "Villa Betania" è stato inaugurato un "Centro di sterilità". Questo centro va incontro alle esigenze di coppie sterili, che vivono drammaticamente questa loro limitazione, per dare una risposta terapeutica a questo dramma, fino a prevedere la fecondazione in vitro e la GIFT (Gamete IntraFallopian Transfer). Rappresenta il primo centro di questo tipo a Napoli, annesso ad una struttura pubblica, gli altri attualmente esistenti sono tutti privati. Nel Centro dell'ospedale evangelico è invece possibile praticare tutto l'iter diagnostico e terapeutico contro la sterilità, con costi che sono nella maggior parte dei casi coperti dalla convenzione pubblica e in parte minima dall'utente. Sono presenti biologi e ginecologi, un andrologo e uno psicologo che assiste le coppie, normalmente sottoposte a diverse sollecitazioni di carattere psico-emotivo, soprattutto nei casi di inseminazione eterologa. Visto il tema e la finalità evangelica dell'ospedale, si fa particolarmente attenzione agli aspetti etici delle pratiche, con attenzione all'equilibrato sviluppo fisico e affettivo del nascituro[1383].
Al Sinodo del 1988 la relazione sull'operato della CIOV e la relativa controrelazione della Commissione d'esame informano la platea di una grave situazione di bilancio del Rifugio "Re Carlo Alberto". La ristrutturazione conclusa nell'86 ha aggravato i problemi economici, infatti, la situazione deficitaria non ha origini lontane, essa inizia nel 1984 per aggravarsi sempre di più, nonostante una convenzione con l'USSL 43 garantisca la parziale copertura per 20 anziani non autosufficienti residenti in Valle. Prima la situazione economica del Rifugio era buona, a fronte di una ristrutturazione che ha superato gli standards di funzionalità e i costi a giornata per utente negli ultimi tre anni sono più che duplicati, rendendo le rette assolutamente non sufficienti a coprirli. Tra le soluzioni che il Sinodo approva per far fronte a questa situazione c'è la vendita di alcuni immobili facenti parte del patrimonio del Rifugio, aumentare le rette e incaricare la Tavola valdese per trovare nell'anno seguente altri mezzi per coprire questo deficit[1384]. Se le maggiori preoccupazioni derivano dal deficit maturato dal Rifugio, inaugurata la nuova struttura dell'Ospedale di Torre Pellice e in

[1379] L., V., *Ospedale "evangelico"*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 116, fasc. 16, 18 aprile 1986, p. 4.
[1380] Taccia, A., *Si inaugura l'ospedale rinnovato*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 117, fasc. 46, 4 dicembre 1987, p. 11.
[1381] Armand-Hugon, S., *Il nostro ospedale...*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 117, fasc. 48, 18 dicembre 1987, p. 6.
[1382] Ibidem.
[1383] Cirica, L., *Un "Centro di sterilità"*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 118, fasc. 18, 6 maggio 1988, p. 8.
[1384] Rostan, P., *Un pesante interrogativo*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 118, fasc. 33, 2 settembre 1988, p. 14.

stadio avanzato i lavori a Pomaretto, si pongono anche alcuni problemi di gestione di questi. Inoltre, per coprire le spese di ristrutturazione degli ospedali mancano ancora circa 600 milioni, che per ottenerli si è votato un odg che incarica la CIOV a contrarre mutui. Il livello delle prestazioni però è buono, anzi si registra un aumento di richieste di utilizzo anche al di fuori del territorio, che però può far perdere di vista i piani di sviluppo programmati. Un ulteriore aspetto segnalato riguarda il personale, che lamenta il poco coinvolgimento da parte della CIOV nel progetto di lavoro nel quale è inserito, a fronte di uno sforzo notevole richiesto, soprattutto nel periodo delle ristrutturazioni, che nonostante le difficoltà logistiche non hanno fatto registrare cali di rendimento. Un ultimo importante aspetto riguarda l'assistenza spirituale, che rientra tra i fini istituzionali dalla CIOV. Sia la relazione che la controrelazione riportano alcuni passi per porvi rimedio, coinvolgendo pastori e concistori in questo campo di lavoro, che fino a questo momento risulta carente[1385].

A fine del 1988 viene anche terminato il secondo ampliamento dell'Ospedale valdese di Pomaretto, consta della costruzione di parte dell'ala est e la ristrutturazione di parte dei reparti di degenza dell'edificio originario. L'opera è stata finanziata per circa la metà mediante somme donate e per l'altra metà da disponibilità di bilancio[1386].

La casa di riposo "Il Cignoro" di Firenze, nel 1989, necessita di un rinnovamento, non di posti letto ma di una crescita qualitativa di possibilità d'intervento. Pur nascendo come luogo per anziani autosufficienti, la richiesta di ospitalità per persone sole e sempre più al limite dell'autosufficienza richiedono alla struttura di dotarsi di un nuovo reparto per motulesi e inabili, così da rendere la struttura mista, tipologia di ospitalità riconosciutagli dalla legge[1387].

Nel 1989, il Sinodo accoglie la proposta del Concistoro di Torino rendendo "autonomo", nell'ambito dell'ordinamento valdese, l'Ospedale Evangelico valdese di Torino. In questi anni è parso opportuno dotare l'Ospedale di un nuovo statuto e renderlo autonomo[1388]. L'unico campanello di allarme che suona al Sinodo dalla relazione della CIOV è il deficit del Rifugio "Re Carlo Alberto" che continua ad aumentare. Positive le notizie sull'operato degli Ospedali valdesi, anche se l'intesa con la Regione Piemonte non è ancora stata rinnovata, ormai scaduta da due anni è stata solo ulteriormente prorogata di un mese[1389].

Nel 1989 l'Ospedale evangelico internazionale di Genova inizia i lavori per tre nuove sale operatorie grazie alla Convenzione stipulata dall'Ospedale e l'USL di competenza territoriale, che all'art. 7 afferma:

> «Con mutui, qualora trattasi di nuove opere edilizie, di manutenzione straordinaria dei beni patrimoniali, dell'acquisizione dei beni immobili strumentali per l'esercizio dell'attività ospedaliera; di tali mutui, se contratti d'intesa con la Regione, la regione stessa assicura il finanziamento degli oneri di ammortamento»[1390].

[1385] Rostan, P., *Gli ospedali funzionano bene*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 118, fasc. 33, 2 settembre 1988, p. 14.

[1386] Prelato, B., *L'Ospedale di Pomaretto di rinnova*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 118, fasc. 41, 28 ottobre 1988, p. 3.

[1387] L., S., *Il Cignoro ristrutturato*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 119, fasc. 15, 14 aprile 1989, p. 6.

[1388] *Autonomia per l'Ospedale evangelico*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 119, fasc. 35, 8 settembre 1989, p. 14.

[1389] Bonnes, A., *Al servizio del pubblico*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 119, fasc. 35, 8 settembre 1989, p. 18.

[1390] Giuliani, L., *Si rinnovano le sale operatorie*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 119, fasc. 42, 27 ottobre 1989, p. 8.

A riprova della qualità della sua assistenza sanitaria, nel mese di luglio dello stesso anno, all'Ospedale evangelico internazionale di Genova si conclude l'istallazione di un sistema informatico clinico, facendo dell'Ospedale evangelico di Genova il primo presidio sanitario in Italia integralmente computerizzato[1391]. I servizi informatizzati sono quelli dove le informazioni cliniche si rendono maggiormente necessarie e dove tradizionalmente vengono raccolte. Innanzitutto, le infermerie di reparto e gli studi medici. Inoltre, nella divisione di ostetricia e ginecologia vengono gestiti anche i dati specifici di sala parto e del nido e nella chirurgia il referto dell'intervento chirurgico e il cartellino di anestesia. Tutti i dati clinici dei pazienti sono gestiti, controllati, archiviati ed immediatamente consultabili[1392].

Dopo che il traguardo prefissato dall' Associazione Amici dell'Ospedale valdese di Torre Pellice è stato raggiunto, con la raccolta fondi per la ristrutturazione, e l'ospedale è finalmente funzionante, l'associazione invece di sciogliersi decide di continuare la sua iniziativa in favore dell'Ospedale fissando un nuovo obiettivo, quello di fornire borse di studio per ragazzi e ragazze delle Valli che vogliano intraprendere il percorso di infermieristica[1393]. È interessante notare come le ultime iniziative di questo tipo, messe in piedi nel periodo di crisi del personale degli anni Cinquanta e Sessanta, erano ancora rivolte esclusivamente a giovani ragazze, mentre con gli anni Novanta, la partecipazione anche maschile alla professione infermieristica non è più un disvalore o comunque non si dà più per scontata l'attribuzione di genere a questa professione, da sempre, come si è visto, associato al genere femminile, per l'analogia con le funzioni materne.

La decisione dell'Associazione anticipa una situazione cronica di mancanza di personale infermieristico che vede, in tutto il Piemonte, nella stagione estiva dell'anno 1991, il personale infermieristico ridotto del 50%. In questa situazione gli Ospedali valdesi riscontrano una situazione sicuramente migliore seppure difficile, con l'Ospedale di Torre Pellice che raggiunge il 70% di posti coperti rispetto la pianta organica e l'Ospedale di Pomaretto il 55%[1394].

Al Sinodo del 1991 viene dato alla Fondazione evangelica Betania il riconoscimento di "istituto autonomo a statuto speciale nel quadro dell'Ordinamento valdese", come richiesto dalla Fondazione e ribadito dalla Commissione d'esame. Prima della costituzione della Fondazione, la titolarità delle proprietà acquisite dal Comitato dell'Ospedale evangelico di Napoli apparteneva di fatto alla Tavola valdese e la gestione dell'Ospedale era affidata ad un Consiglio dei rappresentanti delle Chiese che esprimeva al suo interno il Comitato direttivo. I rapporti tra il soggetto proprietario e gli organi di gestione erano disciplinati da apposita convenzione, del 1963. Dal punto di vista istituzionale, l'Ospedale risultava disciplinato da uno statuto, puntualmente deliberato dal Consiglio dei rappresentanti nel 1978 ed approvato dalla Tavola valdese, in sostituzione del precedente. Ma entrambi questi documenti non sono mai stati resi validi ufficialmente per lo Stato, rimanendo di fatto dei patti non ufficiali, non chiarendo, inoltre, le responsabilità di ciascuno dei due enti, tanto da far suppore che la Tavola valdese fosse sia il proprietario degli immobili che il responsabile della gestione.

[1391] Giuliani, L., *Il sistema informativo clinico*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 120, fasc. 2, 12 gennaio 1990, p. 9.

[1392] Ibidem.

[1393] Paschetto, E., *Borse di studio per infermieri professionali,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 121, fasc. 22, 31 maggio 1991, p. 10.

[1394] *Grave carenza di infermieri,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 121, fasc. 28, 12 luglio 1991, p. 6.

È dunque per esigenza di semplificazione e chiarezza, che le dieci Chiese hanno costituito la Fondazione evangelica Betania avente «fini di culto, istruzione e beneficenza, il cui compito principale è […] quello di gestire ed amministrare l'ospedale»[1395].
Il 21 novembre dello stesso anno, invece, viene finalmente siglata la nuova convenzione che regolerà negli anni a seguire i rapporti tra la Regione Piemonte e la Tavola valdese, in ordine all'assistenza sanitaria erogata dagli Ospedali valdesi di Torino, Torre Pellice e Pomaretto. Il carattere evangelico degli ospedali è espressamente riconosciuto dalla nuova convenzione, dove le deliberazioni del Sinodo dell'89, in cui si ribadiva l'impegno delle chiese a mantenere tali ospedali come strumenti del servizio evangelico ai malati, sono affiancate, con pari dignità, alle leggi nazionali e regionali e l'autonomia giuridico-amministrativa viene riconfermata[1396].
Nel 1992 uno accorato messaggio di aiuto viene inviato, tramite un appello della Giunta di tutte le Chiese che hanno dato vita all'Ospedale evangelico di Napoli: «Villa Betania sta attraversando un momento molto difficile. L'USL sta ritardando con ogni mezzo il pagamento di somme dovute da anni che, con gli interessi, ammontano ad oltre 4 miliardi; se questo ritardo dovesse prolungarsi l'Ospedale non sarebbe in grado di pagare gli stipendi a fine febbraio»[1397]. L'Ospedale funziona bene ed è l'unico presidio a servire una zona che comprende quasi 200 mila abitanti. Esso, pur essendo clinica privata, da subito ha scelto di lavorare nel pubblico, preferendo di non fare discriminazione tra i degenti, non avendo così un sistema misto di introiti, pubblico/privati, ma dipendendo pienamente dal Servizio Sanitario Nazionale. Secondo il direttore generale. l'Ospedale rischia di chiudere per giochi di potere tra politici che non si curano della salute della popolazione[1398]. Infatti, nella dilagante malasanità presente in città l'Ospedale Villa Betania è uno dei pochi a funzionare bene, ma sempre il direttore spiega che è proprio questo a penalizzarli, insieme al fatto che essi non subiscono influenze politiche[1399].
Un altro esempio di questa penalizzazione è il fatto che dall'86 è stata fatta richiesta di classificazione a ospedale generale di zona, adeguando le strutture a questo scopo, ma nonostante il parere favorevole dell'USL non è stato ancora ottenuto questo riconoscimento, anche se secondo la legge n. 817 del 1973 il riconoscimento deve avvenire entro tre mesi[1400].
Il 28 febbraio, alcuni giorni dopo che l'amministrazione dell'Ospedale ha incontrato la Prefettura, il presidente dell'USL e il presidente dell'Ospedale hanno sottoscritto, alla presenza del Prefetto, un accordo in base al quale l'USL si impegna a versare una parte della somma per le prestazioni degli anni passati in rate bimestrali e a procedere al pagamento delle rette correnti entro 90 giorni. L'accordo consente così di far fronte alle spese dovute per il personale e le forniture. Rimane tuttavia il problema della manutenzione ordinaria e l'acquisto di nuove attrezzature, che si potrebbe risolvere se solo la Regione Campania rispondesse all'istanza di classificazione e l'Ospedale ottenesse la qualificazione di ospedale generale di zona[1401].

[1395] Corsani, A., *Fondazione evangelica Betania. Un sogno realizzato,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 121, fasc. 35, 13 settembre 1991, p. 5.
[1396] Ribet, P., *Rinnovata la convenzione con la Regione Piemonte,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 121, fasc. 46, 29 novembre 1991, p. 3.
[1397] Cit. in, Deodato, L., *La buona sanità e il malgoverno,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 122, fasc. 9, 28 febbraio 1992, p. 1.
[1398] Deodato, L., *La buona sanità e il malgoverno,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 122, fasc. 9, 28 febbraio 1992, p. 1.
[1399] Ibi, p. 12.
[1400] Ibidem.
[1401] *Napoli. Schiarita per l'Ospedale,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 122, fasc. 11, 13 marzo 1992, p. 5.

Nello stesso anno, termina una parte dei lavori di ristrutturazione dell'Ospedale valdese di Pomaretto, l'ala sistemata permetterà una nuova modalità di degenza, passando da camere da quattro a camere da due e potendo riservare un ambiente protetto per chi è a rischio infezioni. Inoltre, è stata migliorata la radiologia prima collocata in un reparto precario. L'Ospedale, inoltre, continua il suo importante impegno per il territorio fornendo supporto ambulatoriale al CAT (Club Alcolisti in Trattamento) e anche per le tossicodipendenze, l'Ospedale affianca i servizi dell'USSL col supporto di tipo terapeutico nelle settimane che precedono l'ingresso dei soggetti in comunità[1402].
Al Sinodo del 1992 approda finalmente la discussione riguardante il progetto di una nuova struttura di coordinamento di una parte della diaconia istituzionalizzata della Chiesa. Durante il Sinodo del '91 si era parlato ancora di riorganizzazione della CIOV e di estensione ad altri istituti delle sue funzioni amministrative e di controllo; ma nel processo di approfondimento sviluppato durante l'anno si è arrivato a conclusione di una prima grande novità: non sarà più la CIOV a cui verrà assegnato questo compito ma a un nuovo organismo, la Commissione sinodale per la diaconia (CSD). Essendo la CIOV già impegnata ad amministrare, essendone anche legata costituzionalmente, gli Ospedali valdesi di Torre Pellice e Pomaretto, oltre a ricomprendere anche quello di Torino, vi sarebbero complessi problemi giuridici e amministrativi se le si affidassero istituti di altra natura. Creata a tale scopo la CSD, la CIOV può impegnarsi nel costituire l'ente ospedaliero plurisede come da mandato del Sinodo del 1991[1403]. La volontà di unificazione dei tre ospedali dipendenti dalla CIOV è emersa più volte dai sinodi degli ultimi vent'anni, ma quest'anno l'ipotesi di costituzione di un unico ospedale plurisede viene affrontato con intento di realizzazione, essendo anche una possibile risposta alle proposte di riforme della sanità che potrebbero chiudere ospedali relativamente piccoli.
I problemi di natura giuridica hanno però fin qui impedito di tracciare una linea operativa, infatti, l'odg in merito, al Sinodo del 1992, invita la Tavola valdese a presentare un progetto che si dimostri operativo in vista dell'obbiettivo. Nel frattempo, però, sottolinea la Commissione d'esame, è opportuno avviare fin da subito una collaborazione tra gli ospedali IOV e OEV per la ricerca di metodi di lavoro comuni, di atteggiamenti con l'esterno concordati e la creazione di gruppi di lavoro negli ambiti amministrativo e medico-sanitario in quanto aiuterebbero questo processo di accorpamento e favorirebbero da subito una migliore attività dei servizi ospedalieri offerti dalla Chiesa valdese[1404].
Durante il Sinodo di quest'anno viene affrontata anche la drammatica questione dell'Ospedale evangelico Villa Betania di Napoli, rappresentato adesso da sole nove Chiese e non più dieci, perché i pentecostali delle ADI si sono ritirati. Data l'importanza del presidio e della sua storia, la situazione che sta attraversando in questi anni non può essere appannaggio delle sole comunità evangeliche del napoletano ma deve essere oggetto di apprensione di tutto l'evangelismo italiano e anche internazionale. Viene ricordata l'iniqua delibera della Regione Campania di declassificare le case di cura in modo di corrispondere rette più basse e la volontà della Stessa di non rispondere all'istanza di classificazione fatta dall'Ospedale, questo a dimostrare le strade opposte intraprese da un lato dall'Ospedale evangelico, dall'altro dall'amministrazione pubblica. Questa situazione rischia di portare al licenziamento di personale, di dequalificare il servizio o addirittura alla chiusura dell'Ospedale. Al Sinodo viene fatto un appello a tutte le Chiese per aiutare le Chiese di Napoli a

[1402] Revel, P., Rostan, P., *Più spazi per fare salute,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 122, fasc. 26, 26 giugno 1992, p. 9.
[1403] Taccia, A., *Il via alla Commissione sinodale per la diaconia,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 122, fasc. 34, 4 settembre 1992, p. 8.
[1404] *Un solo ospedale plurisede,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 122, fasc. 34, 4 settembre 1992, p. 8.

mantenere aperta questa struttura, così preziosa a favore degli ultimi, degli emarginati e dei malati per una questione di giustizia evangelica, in contrapposizione alla legge del più forte e alla realtà di tangenti che avvelena la sanità, non solo napoletana[1405].

Con queste parole: «Noi siamo riconoscenti innanzitutto al Signore per il raggiungimento di questo importante traguardo»[1406], il presidente del Comitato dell'Ospedale evangelico di Napoli, Sergio Nitti, comunica l'avvenuta classificazione dell'Ospedale, per approvazione della delibera da parte della giunta della Regione Campania, il giorno il 18 febbraio 1993.

L'evoluzione, in questi anni, del quadro legislativo in campo sanitario pone incertezze sul futuro della sanità. In particolare, il decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e i conseguenti atti legislativi previsti a livello regionale e ancora di più i contenuti della legge finanziaria del 1994. A questo appuntamento, gli Ospedali valdesi di Pomaretto e Torre Pellice si presentano in maniera soddisfacente, con la dotazione tecnologica aggiornata con i tempi, personale dipendente preparato e motivato, la gestione del bilancio corretta; sono in atto anche i lavori di ampliamento dei due ospedali volti a superare i limiti derivanti dalla carenza di spazi e di locali e si spera che l'aggiornamento legislativo non ne ostacoli il completamento[1407]. In questi anni, gli ospedali valdesi delle Valli, attraverso la loro attività sanitaria cercano di assicurare una qualificazione dei servizi territoriali, attraverso una stretta integrazione funzionale con questi. Questa sinergia con gli altri servizi del territorio, dal medico di base alle forme più avanzate di assistenza domiciliare integrata ai servizi socio-assistenziali, è dovuta al fatto che, adesso rispetto al passato, le malattie prevalenti sono caratterizzate da processi patologici a carattere degenerativo con necessità di programmi terapeutici a lungo termine, che non si esauriscono nell'arco di un singolo ricovero ospedaliero, imponendo la necessità di questa integrazione. A termine del 1993 si auspica per gli ospedali valdesi che «possano continuare ad assicurare, ovviamente nel rispetto delle norme vigenti e dell'oggettività degli standard, servizi sanitari adeguati alle richieste e alla dimensione umana, mantenendo come soggetto centrale della programmazione della propria attività le persone, nella loro complessità di esigenze e bisogni»[1408].

Su proposta della Tavola valdese e della CIOV, il 27 settembre '93, si svolge un incontro a Pinerolo tra i rappresentanti del mondo valdese e gli amministratori pubblici delle Valli per confrontarsi sul nuovo accorpamento delle USSL, voluto dalla giunta regionale, con il nuovo quadro delle USSL piemontesi. La Chiesa valdese più volte ha espresso la propria contrarietà a questa ipotesi. Auspicando che ci possa essere l'accorpamento delle sole USSL delle Valli, lasciando fuori Pinerolo, la Tavola valdese richiede un incontro con la presidenza della Regione[1409].

Nel luglio del 1994, alla direzione dell'Ospedale evangelico Villa Betania di Napoli viene comunicato l'appuntamento, da parte della Regione Campania, per la stipula della convenzione che gli permetterà di erogare servizi propri da ospedale generale di zona[1410].

[1405] Deodato, L., «*Siamo su un fronte irrinunciabile»,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 128, fasc. 34, 4 settembre 1992, p. 9.

[1406] Cit. in, *Il cammino della solidarietà,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 1, fasc. 11, 19 marzo 1993, p. 16.

[1407] *Il ruolo degli ospedali valdesi alle Valli dopo la legge di riforma sanitaria,* in «L'Eco delle Valli Valdesi», A. 128, fasc. 38, 8 ottobre 1993, p. 1.

[1408] Ibidem.

[1409] *Incontro a Pinerolo. Opere valdesi, enti locali e sanità,* in «L'Eco delle Valli Valdesi», A. 128, fasc. 38, 8 ottobre 1993, p. 3.

[1410] *Verso la firma della convenzione,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 2, fasc. 29, 22 luglio 1994, p. 5.

Nel moltiplicarsi dei provvedimenti legislativi nazionali e regionali sul tema dell'assistenza, in attesa di una riforma generale, la diaconia delle Chiese di confronta sempre di più con normative spesso diverse tra loro e il fatto che la titolarità giuridica di molte di esse è della Tavola valdese complica la capacità d'azione. Per ovviare a questo problema la Tavola valdese ha incaricato la Commissione per i rapporti con lo stato uno studio per il problema degli enti ecclesiastici. Lo studio prevede tre possibilità: dotare le Commissioni distrettuali della capacità giuridica e la responsabilità fiscale e amministrativa delle opere del distretto; dotare ogni singola opera della personalità giuridica (soluzione più coerente con l'ecclesiologia valdese e metodista); creazione di diverse Commissioni sinodali amministrative, suddivise in ambiti operativi[1411].
La proposta di legge finanziaria per il 1996 mette in crisi le prospettive future per gli ospedali valdesi delle Valli. In quanto gli ospedali che hanno meno di 120 posti letto devono chiudere. La decisione operativa resta alle regioni. In qualsiasi caso si modificherebbe radicalmente il servizio che gli Ospedali valdesi offrono alla popolazione delle Valli[1412].
Nel 1996 mentre sono in atto i lavori di ristrutturazione degli ospedali valdesi delle Valli, due grandi progetti vengono avvallati, per la ristrutturazione dell'Ospedale evangelico di Napoli[1413] e dell'Ospedale evangelico valdese di Torino[1414].
In questi anni, gli ospedali iniziano a somigliare sempre di più ad aziende, anche per il rimborso delle Regioni a prestazione invece che per i giorni di ricovero. Tra i prodotti di questo cambiamento c'è certamente la dotazione da parte degli ospedali dalla Carta dei servizi. Tra i servizi, che si trovano in questi documenti redatti a favore degli operatori sanitari e dei pazienti, vi è il servizio di assistenza religiosa e non sono pochi i casi in cui la sola religione menzionata in questo servizio è la religione cattolica o come nel caso della Carta dei servizi 1996-1997 dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino. Per quanto nella Carta vi è l'impegno dell'azienda ospedaliera di assicurare l'assistenza religiosa e il rispetto delle convinzioni religiose, quando si entra nel dettaglio del servizio religioso, si elencano solo le messe cattoliche e la presenza del cappellano cattolico, invitando i pazienti di altre fedi non cattoliche di rivolgersi, per ogni esigenza, al Caposala[1415].
Dal 1997 con le leggi sulla riservatezza non è più possibile chiedere la confessione religiosa ai degenti e chi vuol essere visitato da un ministro di culto deve farne richiesta esplicita. Questo vale anche per gli Ospedali valdesi delle Valli che, per la mancanza del servizio di culto nelle strutture dovuta ai troppi impegni delle Chiese, ci si interroga nuovamente sul senso di testimonianza evangelica che questi fanno e su quali elementi li distinguono dagli altri ospedali. Da anni il primo circuito chiede che si reperiscano forze per un lavoro sistematico di presenza all'Ospedale di Torre Pellice e nei vari istituti[1416].
Agli inizi del 1998 viene terminata la prima fase del "grande progetto" di ristrutturazione che sta interessando l'Ospedale di Torino, grazie anche al sostegno del Comitato promotore per la

[1411] Gardiol, G., *Enti ecclesiastici. Ci sono tre possibilità,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 3, fasc. 31, 25 agosto 1995, p. 5.
[1412] *Un servizio indispensabile per la Valle,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 3, fasc. 40, 27 ottobre 1995, p. 4.
[1413] Maffei, A., *Cresce l'ospedale evangelico Villa Betania,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 4, fasc. 42, 1° novembre 1996, p. 9.
[1414] Bernardini, E., *Si amplia l'Ospedale evangelico valdese,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 4, fasc. 44, 15 novembre 1996, p. 6.
[1415] Rostan, M., *Religione e ospedali. Acattolici?* in «L'Eco delle Valli Valdesi», A. 133, fasc. 1, 10 gennaio 1997, p. 1.
[1416] Berutti, M., F., *Sono più difficili le visite pastorali in ospedale,* in «L'Eco delle Valli Valdesi», A. 133, fasc. 32, 29 agosto 1997, p. 3.

ristrutturazione dell'Ospedale evangelico valdese di Torino che, nato allo scopo di raccogliere i fondi necessari, si è avvalso anche di figure di spicco del capoluogo piemontese per lanciare la campagna *Anche poco. Per realizzare un grande progetto*. Si stima che tutti i lavori verranno terminati negli anni 2000-2001[1417].

Le decisioni prese al Sinodo del 1998 consolidano la Commissione sinodale per la diaconia (CSD) nella sua funzione di coordinamento amministrativo e gestionale della maggior parte delle opere della Chiesa valdese, raggruppate in quattro settori: ospedali, case per anziani, case per minori e case di accoglienza. La CSD ha acquisito personalità giuridica nell'ordinamento dello Stato, inoltre, sono stati raggiunti altri due importanti traguardi: il riordino patrimoniale e l'impostazione di un contratto nazionale di lavoro per la parte normativa comune a tutte le opere.

Sempre durante questo Sinodo si sancisce il passaggio dell'Ospedale evangelico valdese di Torino alla CIOV, preannunciato fin dal Sinodo del 1970, e viene anche approvato il nuovo statuto della CIOV aggiornato tenendo conto l'integrazione dell'Ospedale di Torino. Al sinodo del '98, come avvenuto per l'Ospedale evangelico di Napoli, anche l'Ospedale evangelico internazionale di Genova chiede di entrare a far parte dell'ordinamento valdese al fine di assicurare il carattere ecclesiastico dell'ente, sia pure con uno statuto speciale che consenta il mantenimento della piena autonomia e dell'indipendenza gestionale e operativa. Con l'integrazione dell'Ospedale di Genova, tutti e cinque gli ospedali evangelici apparterranno allo stesso ordinamento, semplificando e stabilizzando il rapporto tra di loro, rafforzando la funzione del Coordinamento evangelico ospedaliero (CEO). In questa occasione la Commissione d'esame ripropone con forza il tema dell'evangelicità delle opere della Chiesa, in un costante e precario equilibrio tra l'esigenza di laicità e di rispetto per la coscienza dei degenti, degli ospiti e del personale e quella di trasmettere il senso della predicazione evangelica. La Chiesa torna ad interrogarsi sulla ragione per cui oggi si debbano gestire tali opere, non essendo sufficienti, per qualificarle come evangeliche, i principi di efficienza, umanità, ecc[1418].

Nel 2000 torna a far preoccupare gli Ospedali valdesi delle Valli la carenza di infermieri professionali. Il direttore amministrativo della CIOV denuncia la carenza strutturale a livello nazionale che si protrae da anni, ma dice anche esserci stati dei miglioramenti per quanto riguarda Torre Pellice e Pomaretto[1419]. La situazione negli Ospedali valdesi è invece denunciata da chi ci lavora come negativa. Il carico di lavoro grava sul poco organico presente, che è in diminuzione, mantenendosi costante nel tempo l'impegno degli ospedali. Provocando stress nel personale infermieristico, con inevitabile ricaduta sulla qualità del servizio[1420]. Allo stesso tempo, associazioni come "Amici" degli ospedali di Torre Pellice e Pomaretto, si sono fatte promotrici di borse di studio per chi delle Valli voglia intraprendere la formazione per infermiere[1421], come ciclicamente accaduto nella storia dei due ospedali. Nel secolo intercorso il problema del personale è sempre ritornato a preoccupare le opere assistenziali-ospedaliere valdesi, prima era dovuto al cambiamento della funzione dell'ospedale e degli istituti, in concomitanza con l'evoluzione dei costumi sociali e la mancata adesione vocazionale

[1417] Bernardini, E., *La realizzazione di un grande progetto,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 6, fasc. 8, 20 febbraio 1998, p. 6.

[1418] Taccia, A., *Lo sviluppo della diaconia evangelica,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 6, fasc. 35, 11 settembre 1998, p. 9.

[1419] Rostan, P., *Nuove borse di studio per infermieri,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 8, fasc. 33, 1° settembre 2000, p. 7.

[1420] Geymonat, S., *Continua la carenza di infermieri all'Ospedale valdese di Torre Pellice. Superlavoro e stress,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 8, fasc. 38, 6 ottobre 2000, p. 13.

[1421] Rostan, P., *Nuove borse di studio per infermieri,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 8, fasc. 33, 1° settembre 2000, p. 7.

alla mansione. Adesso sembra essere un elemento costitutivo dovuto alle proporzioni che ha assunto l'assistenza sanitaria negli anni, in cui i tempi della formazione e dell'assunzione di personale qualificato non riescono a tenere il passo dei rapidi tempi di crescita del settore sanitario.
Nel 2001 i tagli alle spese per la sanità e il ruolo rinnovato delle Regioni rendono ancora più difficile il lavoro degli enti ospedalieri in Italia. Inoltre, il rinnovamento normativo della sanità sta subendo una drastica accelerata proprio per la maggiore attenzione alla spesa e per i criteri fissati dall'Unione Europea. La spesa sale per l'aumento dell'offerta di servizi e della domanda di prestazioni e l'età media in crescita. In questo quadro non felice, gli Ospedali valdesi, adesso riuniti sotto il cappello della CIOV, sembrano aver ben interpretato l'evoluzione che subirà la sanità nel prossimo futuro, con l'Ospedale evangelico valdese di Torino come struttura tecnologizzata e capace di affrontare patologie complesse e gli Ospedali valdesi di Torre Pellice e Pomaretto come "ospedali di comunità", mantenendo forte il legame con il territorio e l'attenzione ai bisogni della popolazione dei rispettivi distretti[1422]. Per operare nel Servizio Sanitario Nazionale, tutte le strutture devono essere accreditate entro il 2003. Le condizioni dell'Ospedale valdese di Torino non sarebbero adeguate al raggiungimento di questo obiettivo, ma grazie al contributo regionale si riuscirà a finire la ristrutturazione necessaria per l'accreditamento, facendovi rientrare anche gli ospedali delle Valli, che compongono con l'ospedale di Torino un unico ente multipolare[1423].
Al Sinodo del 2001 viene lodata l'opera che la giovane Commissione sinodale per la diaconia sta svolgendo ma allo stesso tempo c'è la preoccupazione per la situazione finanziaria, con perdite accumulatesi dal 1997 per un insieme di ragioni, tra le quali l'assenza di capitali propri per la grande opera di trasformazione indispensabile per restare nel servizio pubblico, la riduzione delle attività proprio a causa delle ristrutturazioni, le tariffe di rimborso pubblico inferiori del 20% rispetto ai costi effettivi, aggravate dal ritardo nei pagamenti da parte dell'ente pubblico[1424].
Una via per uscire da questa situazione di crisi economica, vissuta soprattutto dagli Ospedali valdesi delle Valli è proposta dalla CIOV in un memoriale presentato a giugno del 2002. Questa via prevede tre ipotesi e tutte prescindono da una necessaria forte integrazione degli ospedali valdesi di Torre Pellice e Pomaretto con la sanità pubblica pinerolese. La prima ipotesi è di integrare i servizi e le attività offerte dall'Ospedale civile di Pinerolo e quelle offerte dagli Ospedali valdesi arrivando, dopo la creazione di un'Azienda ospedaliera di Pinerolo, a un rapporto contrattuale di questa azienda con gli ospedali, nella logica dell'integrazione funzionale. La seconda ipotesi invece prevede una integrazione funzionale territoriale, gli Ospedali valdesi attiverebbero un rapporto contrattuale con l'ASL (senza ospedale di Pinerolo in un futuro prossimo) dando vita a degli ospedali di comunità. Con la terza ipotesi la CIOV propone una soluzione mista tra la prima e la seconda ipotesi con la compresenza negli Ospedali valdesi di attività ospedaliere vere e proprie e attività ambulatoriale e residenziale di ospedale di comunità[1425]. Nel frattempo che si aspetta la tanto temuta riforma sanitaria regionale del 2003 il futuro degli Ospedali valdesi di Torre Pellice e Pomaretto preoccupa la Chiesa, visto che dopo soli quattro anni dall'integrazione dei tre Ospedali valdesi si sta pensando di separare Torino dagli Ospedali delle Valli.

[1422] Gnone, M., *Gli ospedali valdesi all'interno del sistema pubblico,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 9, fasc. 33, 19 gennaio 2001, p. 8.
[1423] Ibidem.
[1424] Tron, A., *Per una diaconia sostenibile,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 9, fasc. 35, 14 settembre 2001, p. 6.
[1425] Rosso, D., *Ospedali: tre ipotesi,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 10, fasc. 26, 28 giugno 2002, p. 16.

Nel 2002 sono anche le Comunità montane locali a difendere gli Ospedali delle Valli, organizzando delle manifestazioni per far sentire maggiormente la voce del territorio alla Regione, in difesa dei due presidi ospedalieri[1426].
Gli sforzi della popolazione serviranno a mantenere aperti gli ospedali ma il Sinodo non riuscirà più a mantenere lo sforzo per superare l'enorme deficit, dovendo scegliere se chiudere gli ospedali o perdere la loro indipendenza e quindi la gestione valdese, prima gli Ospedali valdesi di Torre Pellice e Pomaretto nel 2003, poi l'Ospedale evangelico valdese di Torino nel 2004 passano alla Regione Piemonte.
Il Sinodo delle Chiese valdesi e metodiste del 2004 avvalla la decisione assunta dalla Tavola valdese confermando il processo di trasferimento dei tre Ospedali valdesi alla rete sanitaria pubblica della Regione Piemonte con il seguente ordine del giorno:

> «Il Sinodo a conclusione del dibattito in ordine alle decisioni assunte dalla Tavola valdese riguardo gli ospedali facenti parte della CIOV, ritiene che la pur sofferta conclusione della cessione degli ospedali di Torre Pellice, Pomaretto e Torino alla Regione Piemonte sia aderente alle decisioni sinodali del 2002 e del 2003 e garantisca la conservazione del servizio ospedaliero al territorio e dei posti di lavoro. Approva quanto la Tavola valdese in collaborazione con la CIOV ha compiuto»[1427].

La gestione degli Ospedali valdesi di Torre Pellice e Pomaretto e anche il personale della CIOV, addetto alle due strutture, vengono traferiti all'ASL10 di Pinerolo. Per l'Ospedale Evangelico valdese di Torino ci andranno dei mesi in più per il trasferimento all'ASL1 per approntare tutti gli adempimenti preliminari che la particolare natura giuridica della CIOV richiede, essendo un ente ecclesiastico. Qualsiasi saranno le sorti che la Regione Piemonte prospetta per gli ex-ospedali valdesi si conclude la loro secolare gestione sotto la diretta responsabilità della Chiesa valdese. Una soluzione che amareggia la Chiesa, in quanto non è stata una decisione maturata da una riflessione e un dibattito in seno alla Chiesa ma come conseguenza delle circostanze, in particolare l'aggravarsi della situazione gestionale e finanziaria. La Chiesa valdese ha così, per la prima volta nella sua storia, trasferito delle opere di ottimo livello nella rete pubblica, a differenza delle scuole valdesi, che una volta raggiunto un buon livello dai servizi pubblici offerti dallo Stato e finendo la loro funzione di surroga sono state chiuse[1428].
Gli Ospedali valdesi con questa soluzione non dovrebbero più avere le problematiche economiche che avevano prima. Perché anche se erano equiparati nella norma e nell'erogazione dei servizi agli ospedali pubblici, non lo erano nella quantificazione economica dei servizi resi, venendo a mancare negli anni il progressivo adeguamento delle tariffe di rimborso, relative ai servizi ambulatoriali e ai ricoveri.
Nel 2004 viene stipulato un protocollo d'intesa tra la Regione Piemonte e la Tavola valdese per la salvaguardia della specificità e dell'identità dei presidi ospedalieri della Commissione Istituti Ospitalieri Valdesi. In particolare, l'art. 4 disciplina l'assistenza religiosa ai pazienti; l'art. 5 garantisce il culto evangelico all'interno dei presidi, a cura e spese della Chiesa valdese, «in un adeguato locale messo a disposizione dalle Direzioni delle Aziende sanitarie locali territorialmente competenti»; l'art. 6 afferma che: «In accordo con le Direzioni delle Aziende sanitarie locali territorialmente competenti, la Chiesa Valdese potrà organizzare corsi di formazione, anche

[1426] Rosso, D., *In difesa degli ospedali valdesi,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 10, fasc. 43, 8 novembre 2002, p. 12.
[1427] Jourdan, M., *Il futuro degli Ospedali valdesi*, in «Il Quaderno degli Ospedali valdesi», A. 7, n. 1/2, gennaio-giugno 2004, p. 7.
[1428] Ibidem.

residenziali, per operatori di pastorale clinica»; l'art. 7 dichiara che: «Qualora dovesse costituirsi, all'interno dei presidi oggetto d'intesa, una commissione di bioetica, le Aziende sanitarie locali territorialmente competenti riserveranno alla Chiesa Valdese la nomina di un soggetto che interverrà nell'esame delle problematiche che possano avere influenza sulle attività da realizzarsi nei presidi medesimi»; l'art. 8 dispone che: […] «la Tavola Valdese autorizza l'uso della croce ugonotta quale segno distintivo dei presidi oggetto d'intesa»[1429] riservandosi la facoltà di revocare tale autorizzazione.

Dunque, continua il sostegno, il monitoraggio e la salvaguardia degli storici, ormai non più enti ecclesiastici valdesi di Pomaretto e Torre Pellice e Torino, da parte della Chiesa valdese e della popolazione delle Valli. Ma la sanità continua a peggiorare e la situazione, anche per questi presidi, è difficile e con sempre più accidenti.

Per quanto l'esperienza degli enti ospedalieri della Chiesa valdese prosegue con la gestione pubblica gli ospedali evangelici di Genova e Napoli proseguono il loro cammino indipendente.

Nel 2018, l'Ospedale evangelico Betania di Napoli e l'Ospedale evangelico internazionale di Genova accolgono con favore ed esprimono apprezzamento per l'approvazione in sede parlamentare della legge che disciplina le *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*. Pertanto, gli ospedali evangelici italiani non pongono obiezioni; anzi, considerano questa normativa come una concreta espressione di una cultura che riconosce una maggiore responsabilità nel rapporto medico-paziente e che tutela ulteriormente i diritti dei malati, scelta che ricalca quella presa nel 1978, facendo richiesta, come ospedali evangelici di poter eseguire le pratiche di aborto, anche se per motivazioni differenti, lo spirito civico è lo stesso.

Gli Ospedali evangelici, come presidi tangibili delle Chiese evangeliche, gestiscono strutture sanitarie che erogano servizi al pubblico, ponendo sempre al centro l'individuo senza alcuna discriminazione di sesso, razza, nazionalità, lingua, religione, orientamenti politici o condizione economica. Per questa prospettiva, le norme legislative che valorizzano la dignità e la solidarietà della persona nelle situazioni legate al fine vita, e che chiariscono i compiti del medico curante, vengono accolte con favore[1430].

All'inizio dello stesso anno, la collaborazione tra la Diaconia valdese e l'ASL To3 subisce un'accelerata con l'attuazione di un accordo quadro. Questo accordo è il primo che l'ASL To3 firma con un ente ed è stato approvato lo scorso 22 dicembre con il Coordinamento Opere Valli e durerà fino al 31 dicembre 2022.

Nel corso degli anni la collaborazione si è concentrata principalmente su progetti rivolti alle aree critiche, come le malattie neurodegenerative, la salute mentale e le dipendenze, con l'obiettivo di unire risorse sia dal punto di vista clinico che etico. Di conseguenza si è deciso di potenziare la cooperazione ampliando l'orizzonte condiviso per una presa in carico globale delle fasce più vulnerabili della popolazione, ponendo al centro non solo il paziente ma anche la sua famiglia, e basando tutto su un progetto comune. In questo modo si esce dall'unità di intervento centrata su un singolo progetto, aprendo la strada a un nuovo metodo di lavoro, basato su un tavolo di confronto congiunto che coinvolge diverse professionalità sia all'Azienda Sanitaria Locale sia nella Diaconia Valdese. L'obiettivo è ottimizzare la condivisione metodologica tra le due istituzioni. Si mira a creare

[1429] *Protocollo d'intesa tra la Regione Piemonte e la Tavola Valdese per la salvaguardia della specificità e dell'identità dei presidi ospedalieri della Commissione Istituti Ospitalieri Valdesi*, 20 aprile 2004. Il testo è reperibile in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 2, 2006, pp. 568-570.

[1430] *Ospedali evangelici: sì al biotestamento,* in «Riforma.it il quotidiano on-line delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia», 15 gennaio 2018.

una comunità solidale capace di incidere sulle politiche sociali tradizionali, perseguendo valori comuni e condivisi, per rendere gli interventi di presa in carico e di solidarietà più efficaci e sinergici a tutti i livelli, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili della popolazione[1431].

5.1.4. Sanità evangelica e umanizzazione dell'assistenza sanitaria.

Anche nel mondo evangelico con gli anni Ottanta l'esigenza di umanizzare l'esperienza di ospedalizzazione diventa fondamentale. Tra le iniziative introdotte dagli Ospedali evangelici c'è il favorire l'attività dell'AVO. L'Ospedale evangelico internazionale di Genova ha l'appoggio di tutte le Chiese evangeliche della città per tale iniziativa. Inoltre, all'Ospedale evangelico di Genova ad affiancare il servizio di assistenza spirituale c'è la Corale dei Fratelli che si ferma con i ricoverati passando le domeniche con loro. A questa corale si alternano anche le corali battista e pentecostale. Nel piano di ristrutturazione dell'Ospedale è in progetto un impianto di trasmissione interna, con ricezione a cuffie, per permettere una trasmissione ai malati ricoverati[1432].
Sul diritto dei malati e dei morenti a un'ospedalizzazione più umana si organizzano molti momenti di confronto e dibattito. Tra gli argomenti di maggiore interesse c'è certamente la possibilità di informare o meno del loro futuro i pazienti gravemente malati e il diritto a non avere un'agonia prolungata oltre ogni limite umano. Argomenti di grande interesse sono la cura domiciliare e l'assistenza sul territorio, non potendosi risolvere tutto con il ricovero, anche in quegli ospedali, come quello valdese di Pomaretto, in cui le visite ai pazienti sono consentite frequentemente. Quindi, la necessità di un tipo di assistenza più umana e partecipe, soprattutto per quelle strutture sanitarie qualificate come evangeliche. Gli Ospedali valdesi laicizzandosi sono entrati maggiormente in contatto con tutta la popolazione, l'impegno in questo caso, se non può essere confessionale, deve essere in riflessione con laici e cattolici per riuscire, comunque, a vedere il malato come un essere umano bisognoso di aiuto e comprensione[1433].
Nel 1980 viene pubblicato un documento della chiesa valdese-metodista di Venezia: *Per la dignità dell'uomo anche nella malattia e nella morte.* Questo documento si concentra sulla necessità di dialogo tra medico e paziente, sul diritto del paziente di ricevere informazioni accurate ma comprensibili e quindi fa alcune considerazioni, spesso in contrasto con la posizione cattolica.
La prima, che la sofferenza non è espiatrice. Che vanno usati tutti i mezzi a disposizione per alleviare le sofferenze ai malati e anche ai morenti, anche qualora la vita di questi pazienti si dovesse abbreviare. La seconda considerazione afferma che nessun trattamento medico-chirurgico deve essere intrapreso, né nessuna azione farmacologica, senza il consenso del malato, quando esso è cosciente ed informato sul suo stato. Poi, nella terza è espressa la posizione di rifiuto contro l'accanimento terapeutico nel caso di malati inguaribili, i morti cerebralmente e malati in condizioni fisiche terminali. La nona considerazione considera lo stato pessimo di molte strutture sanitarie italiane come limitanti i diritti dei malati, quindi, si richiede una loro ristrutturazione architettonica, organizzativa ed igienica. Nell'ultima considerazione si annuncia l'adesione della comunità veneziana alle iniziative del Tribunale per i diritti del malato costituitesi recentemente a Roma, come

[1431] *Una nuova fase: la collaborazione tra asl e diaconia valdese,* in «Riforma.it il quotidiano on-line delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia», 17 gennaio 2018.
[1432] Stocchetti, V., *Umanizzare l'ospedale,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 110, fasc. 9, 29 febbraio 1980, p. 4.
[1433] L, V., *I diritti dei malati,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 110, fasc. 19, 9 maggio 1980, p. 4.

primo passo per il processo di miglioramento della condizione della salute nella società, senza alcun pregiudizio per la competenza dei tribunali ordinari[1434].
Nel 1983, per iniziativa della YWCA–UCDG si costituisce a Torre Pellice una succursale dell'Associazione Volontari Ospedalieri, grazie anche agli artt. 1 e 45 della legge n. 833 del 1978 che riconoscono le funzioni del volontariato nel servizio ospedaliero. L'AVO come altre associazioni di volontariato ospedaliero che in questi anni stanno nascendo in Italia, aiuta semplicemente i malati a superare nel miglior modo possibile il periodo di degenza ospedaliera. Il direttore dell'Ospedale valdese di Torre Pellice ha accolto favorevolmente l'iniziativa nell'ospedale[1435].
Nel 1989 viene costituita l'associazione Amici Rifugio Re Carlo Alberto, il gruppo lavora in stretta collaborazione con il Comitato di gestione, il loro scopo comprende i seguenti punti: promuovere la conoscenza del Rifugio, specialmente delle sue problematiche, presso le comunità evangeliche in Italia e all'Estero; togliere il Rifugio dal suo isolamento in cui è venuto a trovarsi nell'ambito della Chiesa; incrementare l'interesse dei membri delle comunità più vicine per un maggiore contatto umano con gli ospiti; promuovere iniziative che accrescano gli stimoli vitali negli utenti; promuovere occasioni d'incontro tra il personale del Rifugio con il personale di analoghi istituti, in Italia e nel mondo, per scambi di esperienze e riqualificazione professionale. Per raggiungere questi obiettivi l'associazione ha bisogno di molte adesioni, a questo scopo istituirà dei nuclei attivi in ogni Chiesa, per organizzare incontri divulgativi[1436].
Per quanto riguarda l'AIDS il Consiglio ecumenico delle chiese, che aveva già organizzato nel 1986 in Svizzera un Colloquio in merito, ha successivamente fatto propria la relativa documentazione e, tramite il Comitato esecutivo, ha redatto un documento per attirare l'attenzione delle Chiese sull'urgenza di questo problema nei suoi vari aspetti. Il documento è intitolato *L'AIDS e l'impegno di guarigione della Chiesa*[1437]. Nel documento è riportato il fondamento teologico del ministero di guarigione della Chiesa:

> «Nei misteri della vita e della morte noi incontriamo Dio; questo incontro suscita la fiducia, la speranza, il timore rispettoso, e non la paralisi e l'immobilismo. A coloro che non possiamo guarire possiamo portare il nostro sostegno, la nostra solidarietà. […] L'urgenza del problema dell'AIDS ci chiama imperiosamente ad essere la Chiesa in atto ed in verità, ad essere una comunità che dà la guarigione. Quello dell'AIDS è un problema lacerante e chiama le Chiese a lacerare il loro cuore, a pentirsi della loro passività e del loro rigido moralismo. L'AIDS non conosce barriere – di razza, di sesso, di classe, d'età, di tendenze sessuali diverse – e mette in questione le nostre paure ed i nostri atti di esclusione. La comunità che porta la guarigione ha bisogno essa stessa della guarigione del perdono di Cristo»[1438].

I partecipanti al colloquio hanno poi invitato le Chiese ad assumere misure concrete in diversi campi: nel campo pastorale l'invito è a prendersi cura dei malati di AIDS senza escludere e innalzare barriere; in quello dell'educazione preventiva, la raccomandazione è, utilizzando i servizi dell'OMS, di fornire

[1434] *Per la dignità dell'uomo anche nella malattia e nella morte,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 110, fasc. 19, 9 maggio 1980, p. 2.
[1435] Perrin, G., *Nasce l'A.V.O.,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 113, fasc. 7, 18 febbraio 1983, p. 10.
[1436] *Gli amici del Rifugio.,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 119, fasc. 15, 14 aprile 1989, p. 6.
[1437] Peyrot, R., *AIDS, la malattia degli altri,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 119, fasc. 4, 27 gennaio 1989, p. 7.
[1438] Peyrot, R., *AIDS, la malattia degli altri,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 119, fasc. 4, 27 gennaio 1989, p. 7.

una corretta informazione sull'AIDS e su come prevenirla; per il ministero sociale, vengono affermati alcuni principi come la circolazione in tutti i Paesi sui dati medici in modo da sensibilizzare l'opinione pubblica e veicolarla ai malati e le loro famiglie, continuare la ricerca scientifica, incentivare il diritto di tutti alla cura senza distinzioni e difendere il carattere riservato delle cartelle cliniche dei malati di AIDS e dei portatori, agendo globalmente, come globale è la natura di questa malattia, occupandosi tanto del malato alla propria porta come di quelli dall'altra parte del mondo, combattendo soprattutto il reale pericolo di utilizzare l'AIDS come pretesto per discriminare e opprimere. In fine tra le Chiese è stata mossa un'autocritica su quanto il comportamento di molte Chiese abbia acuito lo stigma sociale legato a questa malattia[1439].

Nel frattempo, prendendo a modello le esperienze degli Amici dell'Ospedale valdese di Torino[1440], sorta allo scopo di assistere i malati soli, portando nelle corsie la testimonianza dei vangeli, e soprattutto dell'associazione Amici dell'Ospedale valdese di Torre Pellice, costituitasi nel 1980 allo scopo di promuovere l'attività dell'Ospedale di Torre Pellice, nasce nel 1999 l'Associazione degli Amici dell'Ospedale Villa Betania che si inserisce a metà fra queste due esperienze volendo apportare benefici comunitari, stimolando l'aggregazione e l'attenzione verso le tematiche dell'Ospedale; benefici promozionali, di sostegno alle iniziative promosse dall'Ospedale; benefici culturali, promuovendo borse di studio, seminari e convegni sui temi della sanità, della pastorale clinica, di bioetica e altro; benefici finanziari, proponendo raccolta fondi per progetti specifici[1441]. Nello stesso anno all'Ospedale Villa Betania si svolge un corso di *Formazione pastorale clinica ospedaliera*, organizzato dal servizio di cappellania dell'ospedale, volto a «educare l'interesse al volontariato, chiarendo il senso della vocazione alla relazione d'aiuto»[1442] e con il preciso scopo di formare un gruppo di volontari di fede evangelica che collaborino con il servizio di cappellania dell'ospedale nell'assistenza spirituale dei malati.

Negli anni Duemila il rapporto tra ospedali valdesi e le Chiese si esplica in diversi soggetti e attività. All'Ospedale evangelico valdese di Torino c'è la diacona[1443] battista che svolge attività di accoglienza, visita gli ammalati, cura il rapporto con le varie Chiese evangeliche e si coordina con l'associazione Amici dell'ospedale che si occupano di visite e assistenza volontaria. La domenica mattina i pastori della città di Torino si occupano della predicazione. A Pomaretto i pastori del circuito curano il culto settimanale, affiancati da un gruppo di visitatori fissi presso gli ammalati. A Torre Pellice la cura dell'ospedale è affidata al primo circuito. Un pastore a turno celebra il culto ogni giovedì pomeriggio e un gruppo volontari della stessa Chiesa visitano gli ammalati[1444].

[1439] Ibidem.

[1440] Rostagno, N., *Gli «amici» dell'Ospedale valdese di Torino,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 7, fasc. 23, 7 giugno 1999, p. 7.

[1441] Cirica, L., *Gli amici dell'Ospedale Villa Betania,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 7, fasc. 20, 14 maggio 1999, p. 9.

[1442] Ardolino, R., *L'esperienza di Dio nel buio della malattia,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 7, fasc. 23, 4 giugno 1999, p. 8.

[1443] L'uso di diacona è intenzionale in quanto si tratta di membro donna della diaconia battista, differente dalla diaconessa valdese di cui si è parlato nella tesi. L'istituto valdese delle diaconesse si estingue nel 1992, con la chiusura della Casa delle diaconesse e l'emeritazione dell'ultima suora. Cfr: Taccia, A., *Carità, Umiltà, Speranza. L'opera delle diaconesse valdesi*, Pinerolo, Alzani, 2001.

[1444] Rosso, D., *Un dialogo continuo con le nostre chiese,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 9, fasc. 33, 19 gennaio 2001, p. 9.

5.1.5. Enti ecclesiastici ebraici che operano nel Servizio Sanitario Nazionale.

La Regione Piemonte ha cercato di impugnare, davanti al Tribunale Amministrativo del Lazio, il decreto governativo che aveva escluso il trasferimento degli enti ecclesiastici ebraici ai Comuni, dopo che la sentenza C. cost. 173/1981 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 25 del DPR 616/1977, in forza della quale, la Regione Piemonte aveva ritenuto eseguire il suddetto trasferimento. La Comunità ebraica di Torino auspica che la Regione Piemonte si adegui alla decisione della Corte costituzionale evitando così l'aprirsi di una crisi nei rapporti fra le istituzioni ebraiche e la Regione stessa, che porterebbe a conseguenze politiche e morali incalcolabili. In questi anni si pensa anche ad una possibile regolazione da parte dello Stato, con leggi proprie, delle materie interesse degli enti ecclesiastici ebraici per ovviare a questa situazione, ma le Comunità ebraiche sono consapevoli che un tale intervento può solo essere subordinato alla stipulazione di un'Intesa fra lo Stato e l'ebraismo italiano ai sensi dell'art. 8, terzo comma, della Costituzione[1445].
La situazione si risolve il 27 febbraio 1987, con la conclusione dell'Intesa tra l'Unione delle Comunità ebraiche italiane e lo Stato italiano, la prima con una confessione non cristiana, approvata con legge 8 marzo 1989, n. 101. Nel suo preambolo, si afferma che: «la Costituzione riconosce i diritti fondamentali della persona umana e le libertà di pensiero, di coscienza e di religione», garantiti anche da diversi documenti internazionali, sono «principi universali» e rappresentano un'«aspirazione perenne dell'ebraismo nella sua plurimillenaria tradizione».
Il 6 dicembre 1987 il Congresso straordinario dell'Unione delle Comunità ebraiche Italiane ha ratificato l'Intesa e l'8 dicembre ha approvato il nuovo Statuto che sostituisce la normativa di carattere organizzativo contenuta nel R.D. 30 ottobre 1930, n. 1731 e nel R.D. 19 novembre 1931, n. 1561 di epoca fascista.
Da art. 1 dello Statuto, le Comunità ebraiche sono «istituzioni tradizionali dell'ebraismo in Italia sono formazioni sociali originarie, organizzate secondo la legge e la tradizione ebraiche, ciascuna nell'ambito della propria circoscrizione». Queste, oltre a provvedere al soddisfacimento delle esigenze religiose, si occupano anche di esigenze di altra natura come quelle «associative, sociali e culturali». Al secondo comma si dispongono i compiti che spettano loro in via istituzionale. Tra questi compiti vi è quello di «istituire, gestire e organizzare ospedali, ambulatori, […] colonie, […] ed ogni altra struttura destinata al soddisfacimento delle esigenze sociali della collettività ebraica», di «esercitare attività assistenziali e previdenziali a favore degli anziani anche mediante l'istituzione e la gestione di case di riposo» e in fine, di «provvedere all'assistenza e alla beneficenza»[1446].
Gli artt. 20-25 dell'Intesa disciplinano enti ebraici civilmente riconosciuti e l'art. 28 le istituzioni ebraiche di assistenza. Con tale disciplina le Comunità ebraiche approfittano per sopprimere alcuni enti assistenziali e ospedalieri, allo stesso tempo compiere una verifica delle finalità di culto di determinati enti assistenziali e ospedalieri, valutando che, tramite trasformazione e riconoscimento di una personalità giuridica propria, le finalità religiose e sanitarie possano funzionare in maniera concorrente e complementare. L'enfasi resta sull'importanza dell'attività di culto come elemento qualificante degli enti ecclesiastici assistenziali e ospedalieri civilmente riconosciuti[1447].
Con l'art. 23 vengono soppressi, tra gli altri, la Compagnia della misericordia israelitica di Vercelli e

[1445] D., D., *IPAB ultimo atto*, in «Ha Keillah», anno VII, n. 32, ottobre 1981, p. 7.
[1446] *Statuto delle Comunità Ebraiche Italiane,* in «Il diritto ecclesiastico», anno 96, parte II, 1985, pp. 575-587.
[1447] Dammacco, G., Diritto ecclesiastico "sanitario" ed enti ecclesiastici ospedalieri, cit, p. 33.

l'Istituto per l'assistenza agli israeliti poveri di Merano. Tra gli enti aventi finalità di culto ma che svolgono attività diverse come disciplinato dal comma secondo dell'art. 26 della stessa legge, conservano, invece, la personalità giuridica: l'Ospedale israelitico di Roma; la Casa di riposo per israeliti poveri ed invalidi di Roma; la Deputazione ebraica di assistenza e servizio sociale di Roma; l'Ospizio israelitico e ospedale «Settimio Saadun» di Firenze e la Società israelitica di misericordia di Siena; per ciò che afferisce l'ambito assistenziale e sanitario.
Si riporta per intero l'art. 28, essendo centrale per la tematica trattata. Questo afferma:

> «1) L'assistenza da parte delle istituzioni ebraiche che svolgono attività assistenziale e sanitaria non pregiudica per gli ebrei ivi assistiti il godimento dei diritti riconosciuti dalle leggi civili nella specifica materia.
> 2) Non può comunque essere fatto alle predette istituzioni ebraiche un trattamento diverso da quello che le leggi civili prevedono per altre istituzioni private che erogano servizi assistenziali e sanitari.
> 3) Nelle istituzioni ebraiche che svolgono attività assistenziale e sanitaria è garantito il diritto di libertà religiosa ad ogni utente. Gli assistiti e ricoverati di altro credo religioso che ne facciano richiesta hanno diritto all'assistenza religiosa, senza limiti di orario, da parte del ministro del culto di appartenenza. In ogni caso gli ospedali ebraici non sono tenuti a disporre il servizio di assistenza religiosa previsto dall'articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128».

Come stabilito per gli ospedali evangelici, anche le istituzioni ebraiche che svolgono attività assistenziale e sanitaria, non sono tenuti a disporre il servizio di assistenza religiosa come stabilito dalla L.128/1969, ma gli utenti di altro credo che ne facciano richiesta hanno diritto all'assistenza religiosa. A differenza di quanto affermato nell'art. 7 dell'Intesa stipulata dalla Tavola valdese con lo stato, non è specificato che tale servizio deve essere a carico degli organi delle confessioni religiose coinvolte nel servizio.
Negli anni Novanta l'Ospedale Israelitico di Roma, ancora sotto la responsabilità della Comunità ebraica, è un ospedale geriatrico e fornisce assistenza sanitaria - ospedaliera ed ambulatoriale - agli anziani romani e della Comunità ebraica di Roma. La gestione politica ed amministrativa è affidata ad un organo collegiale eletto dal consiglio della Comunità e dalla Deputazione Ebraica.
In questi anni si è caratterizzato per acute disfunzioni e disavanzi crescenti di bilancio, per questo la gestione viene affidata, nel 1992, ad un Commissario straordinario. Il precedente Consiglio della Comunità, per gravi difficoltà gestionali e finanziarie, decise il commissariamento dell'Ospedale. Il nuovo Consiglio della Comunità si prodiga in questi anni nel riassetto dell'Ospedale, definendone gli obiettivi a lungo termine. Il 30 novembre 1993 il Consiglio in carica ha prorogato la gestione straordinaria fino a luglio '94. Nel frattempo, si cerca di raggiungere i seguenti obiettivi: «Restituire un Consiglio di Amministrazione i cui membri, pur volontari, abbiano maggiore competenza riguardo la gestione di una struttura sanitaria; reperire una nuova figura direttiva che affianchi e cooperi con il Consiglio nella gestione ordinaria dell'Ospedale; definire gli obiettivi generali dell'Ente»[1448].
L'Ospedale Israelitico, dopo le riforme della riforma sanitaria, da ospedale classificato diventa ospedale privato accreditato, l'accreditamento è un riconoscimento formale dato dall'autorità sanitaria regionale che ne attesta la qualità, erogando in questo modo prestazioni sanitare per conto del SSN. Nel 2002 acquisisce l'autorizzazione all'apertura di una nuova sede ambulatoriale in via Veronese, alla quale si aggiungerà negli anni la sede di via Fulda. Nel 2015 dopo una inchiesta sulla falsificazione di cartelle subisce un commissariamento prefettizio che costa all'Ospedale l'accreditamento, riacquisito nuovamente nel 2016.

[1448] Naimer., D., *L'Ospedale evangelico e la degenza prolungata*, in «Ha Keillah», anno XX, n. 90, febbraio 1994, p.11.

5.1.6. Sanità ebraica e umanizzazione.

Dalle fonti ebraiche consultate non si è rintracciato un discorso diretto sull'umanizzazione, come emerso dalle fonti delle due confessioni cristiane. Però è stato possibile isolare alcune informazioni in merito da articoli che trattavano altri temi specifici. Ad esempio, per quanto riguarda l'attività dell'Ospedale Israelitico è testimoniata, con una certa urgenza, la sofferenza per i malati anziani non più autosufficienti. Infatti, la condizione degli anziani, malati cronici, che spesso necessitano di una degenza prolungata determina una serie di disservizi che coinvolgono l'istituzione ospedaliera e pertanto lo stesso malato.
L'ospedale, definito nelle sue competenze istituzionali quale istituto di diagnosi e cura, tende a privilegiare il fatto patologico acuto. Si determina quindi un atteggiamento di rigetto verso quel paziente ritenuto non idoneo, quale è considerato il malato cronico, non autosufficiente. Anche nel caso in cui, per motivi contingenti, venga accettata la richiesta di ricovero avviene che, dopo un periodo più o meno lungo in cui la cura del paziente viene spesso lasciata all'improvvisazione ed alla buona volontà di alcuni operatori, si arrivi, per volontà dell'istituzione ospedaliera, alla dimissione forzata del malato. Tale decisione spesso mette in gravi difficoltà sia il paziente che la famiglia di questo. Su questa tipologia di situazione, che è conseguenza di una cultura ospedaliera che concentra i suoi interessi sulla cura finalizzata alla guarigione escludendo quindi la funzione assistenziale per gli "incurabili", da parte ebraica sorge l'esigenza di capire in che modo l'Ospedale Israelitico può intervenire, pur essendoci la consapevolezza che soluzioni a questo fenomeno possono provenire solo dal sistema socio-assistenziale. Per quanto negli anni Novanta, anche in Italia, si assiste al tentativo di superare il momento ospedaliero a favore dell'assistenza territoriale, si pensa che un contributo che l'Ospedale Israelitico può dare potrebbero essere il day-hospital o l'assistenza infermieristica ed ospedaliera domiciliare, ma nel frattempo che queste soluzioni non sono applicabili per la configurazione specifica che contraddistingue l'Ospedale, si sente fortemente l'esigenza per gli anziani con gravi problemi sanitari e che non possono vivere in famiglia o nel proprio domicilio che l'Ospedale Israelitico garantisca loro la migliore assistenza possibile.
Una possibilità sarebbe destinare ai lungodegenti delle piccole sezioni con personale qualificato dove, da una parte venga garantita il massimo dell'assistenza diretta, dall'altra una attività diagnostica, curativa e soprattutto riabilitativa.
Questa argomentazione, per quanto non tocchi direttamente l'umanizzazione dell'assistenza ospedaliera, sicuramente è un contributo al tema di riportare al centro delle cure il paziente, in questo caso il lungodegente, che ha diritto di essere curato e seguito con la stessa sollecitudine del paziente acuto, tenendo conto che un intervento terapeutico continuo evita sicuri peggioramenti.
In quest'ottica, senza la paura di una dequalificazione, si ragiona su un programma di piena utilizzazione della struttura ospedaliera ebraica anche per i lungodegenti, non pensando erroneamente che all'Ospedale venga attribuito un determinato regime di convenzione regionale solo in base al tipo di pazienti ricoverati e non in base a prestazioni assistenziali qualificate, che l'Ospedale è in grado di fornire. Infatti, un ospedale geriatrico non può e non deve offrire al paziente differenti livelli assistenziali, secondo le sue patologie ed il suo grado di autosufficienza; questo viene visto come contrario ai più basilari principi etici. Altrimenti si giustifica la discriminazione fatta con le cliniche per lungodegenti che spesso forniscono una assistenza sanitaria indegna di una società civile. Pensando proprio a queste cliniche, in questi anni ancora unico riferimento per molti malati anziani

non autosufficienti, si sente il bisogno da parte ebraica che «l'Ospedale Israelitico debba fornire la migliore e umana assistenza agli anziani che decidano di cercare un aiuto in un ospedale ebraico»[1449].
Un altro contributo al tema dell'umanizzazione delle cure arriva anche da un convegno organizzato dall'AME nel 2004. La riunione che si è svolta al termine dell'assemblea che ha sancito la nascita dell'Associazione Medica Ebraica Italia, di cui sono state promotrici le varie associazioni mediche locali già operanti in Italia (il gruppo Mosè Maimonide, l'Associazione medica ebraica romana e l'AME Nord Italia "Erica Leherer Grego") che rimarranno come sezioni territoriali dell'associazione nazionale. L'AME Italia sorge dall'esigenza di avere una unica associazione che sia in grado di partecipare al dibattito sulle problematiche della salute in Italia e portare il contributo dell'ebraismo nel campo della bioetica.
Il primo intervento di questo convegno ha avuto come tema i "diritti del malato", il secondo intervento ha affrontato il problema del "consenso informato" con la complessa sequela delle implicazioni del «dire o non dire al malato, quanto e come dire, quando tacere e come comportarsi al riguardo con la famiglia». Su questi aspetti il pensiero ebraico sembra del tutto in linea con i principi riconosciuti ed applicati in Europa, «ponendosi su posizioni più attente alla sensibilità individuale di quanto non si faccia negli Stati Uniti, [afferma il relatore], dove prevale un approccio molto più brutalmente pratico ed autodifensivo»[1450].

5.2. Evoluzione sociale e normativa dell'assistenza spirituale nel Servizio Sanitario Nazionale.

Per assistenza spirituale o religiosa si intende il servizio offerto negli ospedali e nelle case di cura, volto a permettere ai pazienti, impossibilitati a recarsi nei luoghi di culto, di esercitare il proprio diritto alla libertà religiosa[1451]. L'intervento dello Stato in questo ambito trova fondamento nel principio che la libertà religiosa non è solo negativa: lo Stato non si limita ad astenersi da ingerenze, ma si impegna attivamente a rimuovere gli ostacoli che impediscono l'esercizio effettivo di tale libertà, coerentemente con l'articolo 3 della Costituzione[1452].
La dottrina ecclesiasticistica distingue in modo appropriato tra assistenza spirituale e assistenza religiosa, attribuendo alla prima un contenuto più ampio della seconda. Oltre alle attività legate alla manifestazione della libertà religiosa e all'esercizio del culto, comprende anche compiti che possono definirsi «di "benessere spirituale", di "qualità della vita" nei confronti di coloro che si trovano sottoposti alle condizioni di "soggezione speciale" che si realizzano nelle c.d. "istituzioni segreganti"»[1453]. In merito a questa distinzione, si approfondirà più avanti nel paragrafo, qui si intende specificare che verranno usati entrambi i termini per le seguenti motivazioni: verrà usato il termine "assistenza spirituale" riferito al fenomeno in generale, essendo stato decretato in dottrina come il più aderente all'effettivo servizio che si dispone nella maggioranza dei casi all'interno delle strutture ospedaliere e di ricovero; sarà usato, invece, "assistenza religiosa" per i casi in cui il termine è così espressamente utilizzato.
Nel periodo che si esamina, si è passati da una normativa unilaterale sull'assistenza spirituale, introdotta dalla legge 132/1969 e disciplinata dall'art. 35 del DPR 128/1969, come si è visto nel

[1449] Naimer., D., *L'Ospedale israelitico e la degenza prolungata*, in «Ha Keillah», anno XX, n. 90, febbraio 1994, p.11.
[1450] Supino, R., *Associazione Medica Ebraica*, in «Ha Keillah», anno XXIX, n. 147, giugno 2004, p. 8.
[1451] Lo Giacco, L., M., *Il servizio di assistenza religiosa negli ospedali e negli istituti di ricovero e cura*, cit, p. 41.
[1452] Ibi, p. 42.
[1453] Turchi, V., *Le ultime intese regionali in materia di assistenza religiosa cattolica nelle strutture sanitarie,* in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 2, 2005, pp. 429-430.

precedente capitolo, ad una disciplina concordataria introdotta dall'art. 38 della legge n. 833 del 1978, con cui il legislatore assicura, «presso le strutture di ricovero del servizio sanitario nazionale […] l'assistenza religiosa nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino». La regolamentazione del servizio si realizza mediante accordi locali tra le autorità religiose competenti per area e la direzione delle singole aziende ospedaliere e case di cura. A tali intese locali si affiancano e sovrappongono accordi di livello regionale; infatti, come si è detto in precedenza, già dal 1992 le Regioni hanno competenze nel settore sanitario e hanno organizzato il servizio di assistenza religiosa in raccordo con le diverse confessioni religiose. Con la riforma del Titolo V della Costituzione, tale modello è stato consolidato, includendo tra le materie di legislazione concorrente la tutela della salute, comprendendo anche l'assistenza spirituale; con le eccezioni rappresentate dai limiti costituiti dalla determinazione statale dei «principi fondamentali» e dei «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio»[1454] secondo il D.M. del 13 settembre 1988, "Determinazione degli standards del personale ospedaliero", il quale all'art. 4, lett. b, stabilisce la dotazione organica di unità di assistente religioso per posti letto.

Sul fronte pubblico la cooperazione avviene tra le singole strutture ospedaliere e le Regioni; per quanto riguarda le confessioni religiose, invece, gli attori coinvolti e i modelli organizzativi del servizio variano in base allo loro status giuridico.

Come vedremo nello specifico, per la Chiesa valdese e le Comunità ebraiche l'assistenza spirituale è normata dalle Intese stipulate con lo Stato, mentre per la Chiesa cattolica la disciplina in merito all'assistenza spirituale è rintracciabile nell'art. 11 dell'Accordo di Villa Madama. È opportuno chiarire che, mentre la Chiesa cattolica ha un servizio di assistenza spirituale stabile con oneri a carico dello Stato, le altre confessioni con Intesa hanno un meccanismo autonomo e gratuito[1455], attivabile su domanda. In questo schema, l'Amministrazione agisce esclusivamente da tramite tra paziente/fedele e ministro di culto[1456]. I patti apicali non richiamano ulteriori accordi decentrati, che tuttavia non sono preclusi e, come nel caso cattolico, spetta stipularli alle articolazioni territoriali delle confessioni ed alle Regioni, oppure a singoli istituti ospedalieri[1457].

Per quanto riguarda la Chiesa cattolica, infatti, tra la fine degli anni Novanta e i primi anni Duemila**,** con un po' di ritardo rispetto ad altri settori delle competenze pattizie regionali, il processo di negoziazione della normativa concernente l'assistenza spirituale nelle strutture sanitarie si è diffusa con una «certa continuità» e con «una sorta di "effetto domino"»[1458]. In questi anni, Le Regioni hanno sviluppato quasi simultaneamente un regime normativo, oggi tra i più articolati ambiti del c.d. diritto ecclesiastico regionale, approntando tale disciplina, quasi all'unanimità, attraverso un "sistema pattizio" [1459]. La Regione Sardegna è l'unica ad aver adottato una normativa di carattere unilaterale[1460], che individua i principi essenziali del servizio e, successivamente, prevede momenti di accordo con le controparti confessionali (la Conferenza Episcopale Regionale e le competenti autorità religiose per i culti non cattolici) per definire i "criteri generali di esercizio del servizio di assistenza religiosa" (artt. 3 e 4). Lasciando, invece, le indicazioni operative circa le modalità di

[1454] Giovetti, G., cit*,* p. 389.

[1455] Con la sola eccezione, ambigua, rappresentata dall'Unione delle Comunità ebraica italiana, affrontata nel dettaglio più avanti.

[1456] Bolgiani, I., *Pluralismo confessionale ed assistenza spirituale nelle strutture sanitarie. Il caso italiano*, in D'Arienzo, M., (a cura di) *Il diritto come "scienza di mezzo". Studi in onore di Mario Tedeschi*, a cura di Cosenza, Luigi Pellegrini, 2017, p. 227.

[1457] Benigni, R., *Il governo del fenomeno religioso. Istituzioni pubbliche, organizzazioni confessionali e percorso cooperativo*, in Cardia, C., (a cura di), *Diritto e religione in Italia. Principi e temi*, Roma, ROMATRE press, 2021, p. 127.

[1458] Turchi, V., *Le ultime intese regionali in materia di assistenza religiosa cattolica nelle strutture sanitarie,* cit, p. 429.

[1459] Giovetti, G., cit, p. 387.

[1460] Legge n. 13 del 15 aprile 1997.

esercizio, l'uso dei servizi di mensa e di alloggio all'interno dei presidi, i locali e le attrezzature disponibili, nonché la disciplina del rapporto di lavoro nel caso di affidamento del servizio ad assistenti religiosi convenzionati a specifiche intese tra le aziende sanitarie e le autorità religiose. Al contrario, tutte le altre Regioni, fatta eccezione per alcune tracce contenute nei Piani Sanitari Regionali, hanno omesso una fissazione preliminare unilaterale dei principi istitutivi e hanno optato per definire il sistema di disciplina del servizio di assistenza religiosa (cattolica) attraverso un percorso negoziale[1461].

La quasi totale assenza di simili accordi[1462], espressamente prevista per tutte le confessioni religiose ai sensi dell'art. 38, comma 2, della L. 833/1978, sembra essere dovuto a diversi motivi. Una interpretazione si concentra «sulla limitata forza contrattuale degli organi locali» delle confessioni non cattoliche nei confronti delle autorità regionali e delle singole aziende sanitarie. Questa ipotesi si basa sull'elemento numerico[1463], avendo le confessioni non cattoliche una presenza numerica più ridotta di pazienti rispetto a quelli cattolici; secondo altre interpretazioni, è dovuto ad una minore disponibilità delle amministrazioni ad avviare le trattative con i culti di minoranza[1464]; oppure, si suppone che tale situazione «possa, sotto determinati profili, essere ricondotta ad una precisa scelta delle stesse confessioni, nel segno di un servizio quanto più possibile "autonomo" e slegato dalla organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale[1465]. In questa ultima ipotesi potrebbero rientrare le confessioni protestanti e in particolare la Chiesa valdese, a fronte del principio di autonomia tra Stato e Chiesa che l'ha sempre contraddistinta.

Con gli anni Duemila la presenza del servizio di assistenza spirituale, in questo settore, si rende fondamentale, sia perché soddisfa il bisogno religioso personale[1466] e si inserisce – come si è affermato in dottrina[1467] – nel percorso di cura e guarigione, sia perché in rapporto alla crescente diversità religiosa, ha assunto un ruolo determinante per l'applicazione virtuosa del principio costituzionale di libertà religiosa nella società italiana, in mancanza di una legge-quadro in merito.

In questo senso, cresce la sensibilità in materia da parte delle singole aziende ospedaliere, che iniziano a siglare protocolli d'intesa con diverse confessioni religiose, in modo particolare con le confessioni senza Intesa, per la maggiore difficoltà che hanno queste di attivare tale servizio per via dello status giuridico che le contraddistingue, ma anche con confessioni con Intesa come la Chiesa Valdese e l'Unione delle Comunità ebraiche, in modo da fornire non solo assistenti per il supporto religioso e

---

[1461] Ibidem.

[1462] Fanno eccezione l'Accordo tra la Regione Lombardia e la Comunità Ebraica di Milano per il servizio di assistenza religiosa nelle strutture sanitarie di ricovero e cura lombarde, del 11 marzo 2009; e il Protocollo d'intesa tra la Regione Lazio e la Comunità Ebraica di Roma per il servizio di assistenza religiosa agli infermi e al personale nelle aziende sanitarie, del 3 novembre 2003. Questi accordi saranno approfonditi in seguito.

[1463] A questo proposito Lo Giacco specifica: «Tale criterio è stato respinto dalla Corte costituzionale, secondo la quale "l'abbandono del criterio quantitativo significa che in materia di religione, non valendo il numero, si impone ormai la piena protezione della coscienza di ciascuna persona, quale che sia la confessione religiosa di appartenenza". C. cost 440/1995. Tra l'altro tale criterio non tiene conto del fatto che il fine dell'assistenza religiosa non è rispondere alle esigenze delle confessioni, ma rimuovere gli ostacoli alla libertà religiosa dei ricoverati, e che proprio per questo sono gli appartenenti alle confessioni minoritarie coloro che necessitano di una maggior tutela. Inoltre, è stato opportunatamente sottolineato come l'utilizzazione di criteri generici quale quello numerico non possano essere utilizzati per giustificare un diverso trattamento tra confessioni religiose da parte dei pubblici poteri». Lo Giacco, L., M., *Il servizio di assistenza religiosa negli ospedali e negli istituti di ricovero e cura*, cit, p. 56.

[1464] Bolgiani, I., *Pluralismo confessionale ed assistenza spirituale nelle strutture sanitarie. Il caso italiano*, cit, p. 232.

[1465] Ibidem.

[1466] Benigni, R., *Il governo del fenomeno religioso. Istituzioni pubbliche, organizzazioni confessionali e percorso cooperativo*, cit, p. 127.

[1467] Crf, Lo Giacco, L., M., *Il servizio di assistenza religiosa negli ospedali e negli istituti di ricovero e cura*, cit, p. 45. Per cui l'assistenza spirituale è da considerarsi «non soltanto come un'attività diretta a garantire la libertà religiosa dei ricoverati, ma come un vero e proprio ausilio nella cura dei pazienti».

spirituale su richiesta del degente o dei suoi familiari, senza limitazioni, ma anche mediatori culturali per la soluzione di problematiche di convivenza, riconducibili alle differenze di usi e tradizioni religiose, la diversificazione dei trattamenti legati al fine vita, menù inclusivi, attenzione ai bisogni religiosi specifici in materia di farmaci e la dotazione di un luogo fisico non connotato da una sola cultura religiosa, quest'ultimo che in questi anni sta sorgendo in Italia sotto il nome di Stanza del silenzio e dei culti; tutti questi elementi possono essere associati e compresi all'interno della sfera concettuale dell' assistenza spirituale e nel quadro dell'applicazione del suo servizio.
Di questi protocolli sorti negli ultimi anni si menzionano: il Protocollo tra l'Ospedale Le Molinette di Torino (2007); quello tra l'Ospedale San Camillo Forlanini di Roma (2012); quello dell'Azienda ospedaliero universitaria S. Anna di Ferrara (2013); che, oltre a comunità religiose con Intesa o senza, include per la prima volta assistenti morali non credenti facenti capo all'Unione atei agnostici e razionalisti (UAAR); Il modello di Ferrara è stato seguito dall'Azienda ospedaliera universitaria "Careggi" di Firenze, (2016).
Le città, invece, in cui sono sorte o sono in progettazione, stanze del silenzio nell'ambito ospedaliero, al 2019, sono «Torino (A. O. Ordine Mauriziano di Torino nel 2013, A. O. U. Città della Salute e della Scienza – Ospedale Molinette e Ospedale pediatrico Regina Margherita nel 2009 e 2016, P.O. San Giovanni Bosco 2017), Alessandria (Azienda Ospedaliera Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo 2011), Legnano (Ospedale Nuovo 2011), Ferrara (Azienda ospedaliero- universitaria S. Anna 2013), Prato (Azienda Usl Toscana centro – C.S.S Roberto Giovannini 2015), Roma (Fondazione Santa Lucia 2014 e ospedali Santo Spirito e San Filippo Neri 2018), Firenze (AOU Meyer nel 2007 e Azienda ospedaliera universitaria "Careggi"2016), Siena (Policlinico Santa Maria alle Scotte 2016), Parma (Ospedale Maggiore 2016), Biella (Ospedale dell'ASLBI 2017), Cuneo (Ospedale Santa Croce 2017), Asti (Ospedale Cardinal Massaia 2019)»[1468] e Livorno (Ospedali riuniti di Livorno 2019)[1469].
Il protocollo torinese dell'ospedale Molinette, nel 2016 diventerà un progetto di competenza regionale, da applicarsi, dunque, in tutte le ASL piemontesi negli anni a venire, attraverso il coordinamento progettuale dell'AOU "Città della salute e della Scienza" di Torino, primo nel suo genere.

5.2.1. L'assistenza spirituale cattolica.

L'assistenza spirituale cattolica, per quanto già con la riforma ospedaliera del 1969 si era estesa uniformemente a tutto il territorio nazionale, è solo con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e l'Accordo di Villa Madama che assume un profilo stabile, replicabile e organico all'interno delle strutture sanitarie e di ricovero del Paese.
Allo stesso tempo la disciplina della riforma sanitaria garantisce per la prima volta anche una tutela all'applicazione del servizio in merito alla libertà di coscienza, infatti, al primo comma dell'art. 38 della legge n. 833 del 1978, è sancito «presso le strutture di ricovero del Servizio Sanitario Nazionale è assicurata l'assistenza religiosa nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino». Per quanto riguarda la religione cattolica, al secondo comma è stabilito: «a tal fine, l'unità sanitaria locale provvede per l'ordinamento del servizio di assistenza religiosa d'intesa con gli ordinari

[1468] Iannaccone, B., *Spazi multifede e sale del silenzio a Torino*, Tesi di Laurea in Antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di Culture, Politica e Società dell'Università degli Studi di Torino, 2020, p. 41.
[1469] Agenzia NEV, *Ospedale di Livorno (Toscana). Inaugurata sala multireligiosa*, in https://www.nev.it/nev/2019/09/12/ospedale-di-livorno-toscana-inaugurata-sala-multireligiosa/

diocesani competenti per territorio […]». Questo deve essere interpretato tenendo conto che spetta alla Regione disciplinare i principi generali del servizio in argomento, mentre compete alle Aziende USL istituire e determinare i profili operativi del medesimo servizio.
Fino alla stipulazione dell'Accordo di Villa Madama e l'attuazione dei suoi principi[1470] l'assistenza spirituale è lasciata alla disciplina unilaterale dello Stato. Successivamente, il secondo comma dell'art. 38 della L. 833/1978, dovrà applicarsi avendo riguardo il principio di collaborazione suggellato dall'art. 11, primo comma, Accordo di Villa Madama.
L'art. 11, primo e secondo comma, dell'Accordo di Villa Madama, costituisce anche un «baluardo»[1471] a tutela del diritto alla libertà religiosa nei confronti dell'autonomia regionale che non può mai essere compromesso, in quanto il compito spettante lo Stato di determinare i «livelli essenziali delle prestazioni in ordine ai diritti sociali», esprime la ferma volontà del legislatore costituzionale affinché il «rafforzamento dell'autonomismo non pregiudichi la parità dei diritti dei cittadini nel rispetto, prima ancora di quella unitaria, dell'esigenza universalistica ed egalitaria»[1472].
L'art. 11, comma 1 dell'Accordo di Villa Madama recita:

> «La Repubblica italiana assicura che l'appartenenza alle forze armate, alla polizia, o ad altri servizi assimilati, la degenza in ospedali, case di cura o di assistenza pubbliche, la permanenza negli istituti di prevenzione e pena non possono dar luogo ad alcun impedimento nell'esercizio della libertà religiosa e nell'adempimento delle pratiche di culto dei cattolici».

Riguardo l'assistenza spirituale, l'art.11 dell'Accordo di Villa Madama sancisce chiaramente il legame tra assistenza nelle strutture c.d. obbliganti e libertà religiosa. Al comma 2 stabilisce poi che:

> «L'assistenza spirituale ai medesimi è assicurata da ecclesiastici nominati dalle autorità italiane competenti su designazione dell'autorità ecclesiastica e secondo lo stato giuridico, l'organico e le modalità stabiliti d'intesa fra tali autorità».

Nell'analizzare queste intese regionali in materia di assistenza spirituale cattolica ci si rende conto di alcuni elementi essenziali che hanno ispirato un modello per tale disciplina, decretandone la poca originalità, e anche una diffusa inclinazione da parte del legislatore regionale a favorire la Chiesa cattolica a discapito della natura laica del comparto sanitario e delle altre confessioni religiose. La struttura di queste intese, si osserva che quasi tutte iniziano con un preambolo unilaterale che introduce la disciplina in materia, nel quale la Regione definisce i principi fondamentali della propria competenza normativa nel settore oggetto di regolamentazione. In questo modo, la Regione indica, con grado variabile di dettaglio, le fonti legislative che le conferiscono la legittimità di stipulare l'accordo. Da questo punto di vista, la prima intesa particolarmente articolata è quella pugliese, nella quale vengono esplicitate, oltre all'articolo 11 dell'Accordo di Villa Madama e all'articolo 38 della legge n. 833/78, anche le fonti normative regionali riferite al servizio in esame e, in senso più ampio, l'organizzazione della rete sanitaria regionale, offrendo così un quadro normativo completo. Viceversa, l'intesa laziale si distingue per un collegamento immediato e diretto con il livello costituzionale, richiamando esplicitamente l'articolo 19 della Costituzione come fondamento del

[1470] Lo stesso vale anche per valdesi ed ebrei che hanno regolamentato la materia attraverso le intese con lo Stato in un secondo momento, con il discrimine che le disposizioni nei loro riguardi, differentemente dalla Chiesa cattolica, fatto salvo le garanzie al comma primo della L. 833/1978, rimanevano a quanto disposto dall'art. 35 del DPR 128/1969.
[1471] Giovetti, G., cit, p. 390.
[1472] Ibidem.

servizio di assistenza religiosa. Intercorrono alcuni anni affinché le prime intese a livello regionale vengano stipulate, per le ragioni menzionate in apertura del paragrafo. Elencando in ordine cronologico gli accordi siglati si può notare il numero cospicuo raggiunto in soli dieci anni, nello specifico sono: Nel 1997, la Regione Campania approva uno schema di protocollo d'intesa tra le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere e gli Ordinari diocesani, al fine di disciplinare il servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero[1473]. Nell'anno successivo, la Regione Piemonte sottoscrive un Protocollo di intesa con la Conferenza Episcopale Piemontese riguardo al servizio di assistenza religiosa presso le strutture di ricovero del Sistema Sanitario Regionale[1474]. Il 29 febbraio 2000, viene firmato un Protocollo di intesa tra la Regione Toscana e la Conferenza Episcopale Toscana per regolamentare il servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero delle aziende sanitarie[1475]. Nell'aprile del 2001, la Sicilia predispone lo Schema di intesa tra l'Assessorato Regionale della Sanità e la Conferenza Episcopale Siciliana relativo all'assistenza religiosa[1476]. A novembre dello stesso anno, la Regione Umbria firma un Protocollo d'intesa con la Conferenza Episcopale Umbra, riguardante il servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero del Sistema Sanitario Regionale[1477]. Ad ottobre, viene siglato il Protocollo d'intesa tra la Regione Friuli-Venezia Giulia e i Vescovi del Friuli-Venezia Giulia per il servizio di assistenza religiosa cattolica presso le strutture socio-sanitarie della Regione[1478]. Pochi mesi dopo, il 7 dicembre 2001, si conclude un Protocollo di intesa tra la Regione Lazio e la Regione Ecclesiastica Lazio per la fornitura del servizio di assistenza religiosa agli infermi e al personale delle strutture sanitarie[1479]. Il 30 gennaio 2002, viene sottoscritto un Protocollo d'intesa tra la Regione Puglia e la Conferenza Episcopale Pugliese per regolamentare il servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero delle aziende ospedaliere[1480]. Nel febbraio del 2003, la Provincia autonoma di Trento e l'Arcidiocesi di Trento sottoscrivono un Protocollo di intesa finalizzato all'istituzione di un'équipe di accompagnamento spirituale nelle strutture ospedaliere e nelle case di riposo[1481]. Successivamente, il 1° aprile 2003, in conformità al Piano Sanitario Regionale 2002-2004, che al paragrafo 5, punto 5.3.2., incarica la Giunta regionale di «provvedere all'aggiornamento, d'accordo con la Conferenza Episcopale Toscana, dello schema tipo di convenzione adottato», la Regione Toscana e la Conferenza Episcopale Toscana stipulano un nuovo Protocollo d'intesa per regolamentare il servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero delle aziende

[1473] Delibera della Giunta regionale della Campania (n. 1744 del 18 marzo 1997) recante lo Schema tipo di protocollo d'intesa tra le AA.SS.LL., AA.OO. e gli Ordinari diocesani per l'ordinamento del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero.
[1474] Protocollo d'intesa tra Regione Piemonte e Conferenza Episcopale piemontese per l'assistenza religiosa presso le strutture di ricovero del servizio sanitario regionale, 22 luglio 1998.
[1475] Cit. in Giovetti, G., cit, p. 385.
[1476] Deliberazione n. 194 del 30 aprile 2001 allegato "a" par. 2 (piano sanitario regionale 2000/2002, punto. 3.4.1. d.p.11 maggio 2000) Schema di intesa tra l'Assessorato Regionale della Sanità e la Conferenza Episcopale Siciliana sull'assistenza religiosa.
[1477] Protocollo d'intesa tra la Regione Umbria e la Conferenza Episcopale Umbra relativamente alla assistenza religiosa di confessione cattolica presso le strutture di ricovero del Servizio Sanitario Regionale, 19 novembre 2001.
[1478] Protocollo d'intesa tra la Regione Friuli-Venezia Giulia e i Vescovi del Friuli-Venezia Giulia per il servizio di assistenza religiosa cattolica presso le strutture socio-sanitarie della Regione, 9 ottobre 2001.
[1479] Protocollo d'intesa tra la Regione Lazio e la Regione ecclesiastica Lazio per il servizio di assistenza religiosa agli infermi e al personale nelle aziende sanitarie, 7 dicembre 2001.
[1480] Protocollo d'intesa tra la regione Puglia e la Conferenza Episcopale Pugliese per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero delle aziende ospedaliere, 30 gennaio 2002.
[1481] Intesa-guida tra la Provincia Autonoma di Trento e l'Ordinario della Arcidiocesi di Trento per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture ospedaliere dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) presenti sul territorio provinciale, 12 febbraio 2003.

sanitarie, che sostanzialmente riprende il testo del precedente[1482]. Le ultime intese regionali, quella della Lombardia[1483], conclusa nei primi mesi del 2005, quella della Toscana che ne sigla una terza, sempre nel 2005[1484] e ancora nel 2007[1485].

Per quanto riguarda i luoghi in cui viene garantita l'assistenza religiosa, è opportuno sottolineare, il dato di notevole importanza che si rileva dall'accordo tra la Provincia autonoma di Trento e l'Ordinario dell'Arcidiocesi che, fin dalla sua intestazione, comprende anche le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). L'inclusione delle RSA tra i luoghi in cui l'assistenza religiosa deve essere assicurata può essere considerata sia in ordine qualitativo, in riferimento alla condizione di degenza permanente in queste strutture di anziani e persone con disabilità, sia in ordine quantitativo legato al crescente fenomeno dell'invecchiamento della popolazione italiana[1486].

Un altro elemento di rilievo riguarda l'estensione dell'applicazione dell'intesa anche alle strutture ospedaliere private in regime di accreditamento, come indicato nelle intese della Regione Toscana del 2005 e della Regione Lombardia, che ha inserito questa previsione nel titolo stesso dell'accordo[1487].

L'estensione delle garanzie relative all'assistenza religiosa anche alle situazioni di particolare soggezione che possono verificarsi presso strutture gestite da soggetti privati con obbligo di accreditamento si inserisce in piena armonia con tutti i principali diritti fondamentali di matrice costituzionale, ritenendo che tali protezioni siano, almeno nel loro nucleo centrale, direttamente riferibili e applicabili anche ai rapporti «intersubiettivi privati»[1488]. Inoltre, considerando il legame speciale di tali strutture private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, appare ragionevole che venga garantito anche in queste realtà l'assistenza religiosa in modo analogo a quanto previsto per le strutture pubbliche.

Secondo questi accordi, i soggetti autorizzati a fornire il servizio, in conformità alle competenze stabilite dall'ordinamento giuridico italiano e da quello canonico, si allineano nel designare l'Azienda Sanitaria da un lato e l'Autorità ecclesiastica dall'altro come i due principali soggetti responsabili dell'assistenza religiosa; inoltre, si preoccupano di distinguere chiaramente i rispettivi ambiti di competenza: spetta alla prima garantire il servizio, mentre la seconda ha il compito di esercitarlo.

Tra le responsabilità dell'Azienda sanitaria rientra anche la determinazione, in collaborazione con l'Ordinario diocesano, del numero degli assistenti religiosi da assegnare al servizio; questa funzione, benché non sempre riconosciuta universalmente, riveste un'importanza significativa, poiché la qualità, l'efficienza e l'efficacia del servizio dipendono anche dal rapporto tra il numero di assistenti religiosi e i posti letto. Un'altra competenza riguarda inoltre l'aspetto iniziale del rapporto di lavoro tra l'Azienda sanitaria e il personale religioso. Di norma, il rapporto di lavoro instaurato è a tempo indeterminato: la nomina, che avviene tramite deliberazione del Direttore Generale previo commissariamento dell'Ordinario diocesano, stabilisce la posizione giuridica ed economica del

[1482] Protocollo d'Intesa tra la Regione Toscana e la Conferenza Episcopale Toscana per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie, 1° aprile 2003.

[1483] Protocollo d'Intesa tra la Regione Lombardia e la Regione Ecclesiastica Lombardia per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica negli enti sanitari ed assistenziali pubblici e privati accreditati, 21 marzo 2005.

[1484] Intesa tra la Regione Toscana e la Conferenza Episcopale Toscana per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero delle aziende sanitarie, 24 gennaio 2005.

[1485] Regione Toscana. Deliberazione n. 890 del 3 dicembre 2007. Servizio di assistenza religiosa cattolica presso le strutture di ricovero delle aziende sanitarie - Approvazione nuovo schema di protocollo d'intesa fra Regione Toscana e Conferenza Episcopale Toscana e nuovo schema tipo di convenzione da stipularsi tra le aziende sanitarie e gli ordinari diocesani.

[1486] Turchi, V., *Le ultime intese regionali in materia di assistenza religiosa cattolica nelle strutture sanitarie,* cit, p. 435.

[1487] Ibidem.

[1488] Ibi, p. 437.

personale religioso, in linea con i livelli e i profili previsti dai contratti nazionali di lavoro del settore sanitario, dando origine a un rapporto che le stesse fonti regionali definiscono come particolare o speciale. Tuttavia, le USL dispongono di una maggiore autonomia quando le intese riconoscono che, nella stipula dei Protocolli attuativi, l'Azienda e l'Ordinario diocesano possano definire un rapporto di lavoro di natura puramente convenzionale. Diversamente dal rapporto di lavoro a tempo indeterminato, quello di natura convenzionale contribuisce a mantenere una distinzione tra la sfera civile e quella religiosa; considerando la natura pubblica del datore di lavoro, questa divisione dovrebbe essere, invece, particolarmente netta e consolidata[1489]. Da questa si ricava uno degli aspetti a favore della tesi secondo cui, nella redazione di queste intese, il legislatore regionale avrebbe agito adottando una prospettiva ecclesiastica, non compatibile con il proprio ruolo, con conseguenze evidenti di discriminazione nei confronti delle altre confessioni religiose e di compromissione del principio di laicità del Servizio Sanitario Nazionale.

Un'altra responsabilità dell'Azienda sanitaria consiste nel mettere a disposizione locali adeguati alle funzioni religiose, i servizi funebri, le attività amministrative, oltre a predisporre una sala riunioni, uno spazio per l'alloggio e i relativi servizi di supporto. In Italia, i locali destinati al culto, alle funzioni funebri nelle camere mortuarie o ad uso accessorio all'interno delle strutture sanitarie sono una prerogativa esclusiva della Chiesa cattolica[1490], in virtù anche di questi accordi stipulati in questi anni e anche considerando la storia di queste istituzioni sanitarie, dove si può sicuramente trovare una lunga tradizione di luoghi di culto.

Questo aspetto si rivela una criticità, se non un vero e proprio privilegio, quando iniziano a sorgere le esigenze di spazi legati all'utenza multireligiosa delle strutture sanitarie. Infatti, nei protocolli che verranno stipulati più avanti negli anni tra le aziende sanitarie ospedaliere con le altre confessioni religiose si iniziano a prevedere luoghi non connotati, per ragioni principalmente di spazio, che possano favorire i culti di tutte le altre confessioni religiose, oltre ad essere veri e propri luoghi di supporto alle iniziative interreligiose in ambito sanitario[1491].

Per quanto riguarda il rapporto di lavoro tra il personale religioso e l'Azienda sanitaria, il personale religioso è sottoposto all'autorità dell'Ordinario diocesano per quanto concerne le attività di apostolato e le funzioni di carattere pastorale. Al contrario, per gli aspetti che esulano dal campo religioso e pastorale, il personale dipende dall'Amministrazione sanitaria, che ha tra le sue competenze anche la vigilanza sull'osservanza dei doveri contrattuali, delle norme comportamentali e, in generale, delle disposizioni regolamentari, tenendo conto delle peculiarità del servizio svolto. Tuttavia, poiché è l'Ordinario diocesano a designare e, se necessario, a revocare l'assistente religioso, l'Azienda sanitaria non può indipendentemente interrompere tale rapporto di lavoro, neanche in presenza di inadempimenti da parte dell'assistente. La cessazione del rapporto può avvenire solamente per motivi gravi e debitamente documentati, previa consultazione e intesa con l'Ordinario diocesano.

Inoltre, l'Azienda sanitaria esercita il potere decisionale, previo ascolto degli assistenti religiosi, di collegare in modo funzionale il servizio di assistenza religiosa con gli altri servizi con cui deve integrarsi, al fine di garantire il miglior soddisfacimento delle esigenze degli assistiti. Essa deve anche concordare con il personale gli orari delle funzioni religiose e sostenere le spese relative ai culti,

[1489] Giovetti, G., cit, p. 393.

[1490] Nell'accordo tra la Comunità ebraica di Milano e la Regione Lombardia del 2003, all'art. 6 si prevede che «compatibilmente con la disponibilità di spazi idonei ed adeguati, ciascuna struttura di ricovero e cura individuerà luoghi appositi da adibire alle funzioni religiose ebraiche di preghiera collettiva e di veglia dei defunti».

[1491] Cfr. Iannaccone, B., cit.

inclusi i costi necessari per mantenere in condizioni adeguate e in ordine gli arredi e le attrezzature del servizio. Ciò comprende anche le spese di manutenzione, pulizia, illuminazione, riscaldamento e altre necessità operative[1492]. Da queste mansioni si introduce anche un altro aspetto fondamentale del servizio di assistenza spirituale cattolica, si tratta delle spese del servizio a carico dello Stato.
Infatti, la Chiesa cattolica è l'unica i cui costi dell'assistenza spirituale nelle strutture sanitarie restano a carico interamente di quest'ultime. Questo elemento evidenzia come una diversa regolamentazione in materia sia contraria al principio di uguaglianza sancito dall'art. 3 della Costituzione, nonché all'art. 8, primo comma, dello stesso testo costituzionale, che stabilisce che «tutte le confessioni religiose sono ugualmente libere davanti alla legge». Anche perché l'onere statale per l'assistenza spirituale nei luoghi di cura è uno dei canali più consistenti di finanziamento pubblico alla Chiesa cattolica in Italia. Pur non essendo possibile conoscere con precisione l'ammontare, in quanto si tratta di un dato di difficile reperimento, proprio per la natura decentrata e locale delle convezioni che si realizzano, come abbiamo visto, tra Conferenze episcopali regionali e singole Regioni oppure tra diocesi e singole Aziende ospedaliere o ASL[1493]. L'onere finanziario dell'assistenza spirituale è un dato di grande rilevanza, per valutare l'incidenza confessionale nella cosa pubblica e, in particolare per quello che ci interessa, nella sanità italiana.
Infine, altro obbligo spettante l'Azienda sanitarie è di permettere l'accesso alle proprie strutture, anche oltre gli orari di visita regolari, a sacerdoti, diaconi, religiosi e laici che, in modo continuativo o occasionale, svolgono attività di supporto al personale di assistenza religiosa su base volontaria.
Questo aspetto riveste un particolare interesse in quanto si collega alle funzioni attribuite all'Ordinario diocesano, in particolare a quelle relative ai soggetti autorizzati a svolgere il servizio di assistenza spirituale. Seguendo l'approccio tradizionale del servizio, sviluppato in linea con gli insegnamenti del Concilio Vaticano II, si mira a valorizzare ogni componente del "Popolo di Dio" secondo il principio di corresponsabilità, che comporta implicazioni significative anche in questo importante ambito di testimonianza e servizio della comunità cristiana. In questa prospettiva, emerge anche il riconoscimento dei laici, oltre alle più tradizionali presenze di religiosi e religiose, come figure capaci di partecipare attivamente all'azione pastorale di assistenza spirituale nelle strutture sanitarie. Tale partecipazione non si limita a dichiarazioni di principio, ma prevede la concreta possibilità di essere inseriti nella cappellania ospedaliera, favorendo quindi una presenza più articolata e condivisa nel servizio pastorale[1494].
Per quanto riguarda le funzioni dell'assistente spirituale, non emergono particolari osservazioni, almeno dal punto di vista soggettivo, poiché le intese in esame rispecchiano fedelmente la figura delineata dal magistero ecclesiastico, in particolare dalla Nota emanata nel 1989 dalla Consulta nazionale della CEI per la pastorale della sanità. Ciò avviene anche perché la Regione non detiene competenze in ambito confessionale. Di conseguenza, la Regione può soltanto riconoscere e integrare nel sistema sanitario la configurazione dell'assistente religioso prevista dal diritto canonico[1495], della quale si dà per scontata la disciplina.
Solo alcune delle più recenti fonti regionali adottano la terminologia canonica e, di conseguenza, utilizzano l'espressione "Cappellania ospedaliera" per indicare l'insieme di persone impegnate, a diverso titolo, nello svolgimento del servizio di assistenza spirituale. In particolare, si riferiscono sia

[1492] Giovetti, G., cit, p. 394.
[1493] Carmignani Caridi, S., Marano, V., *Assistenza spirituale e insegnamento della religione. Alcune cifre,* in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 1, 1998, p. 111.
[1494] Turchi, V., *Le ultime intese regionali in materia di assistenza religiosa cattolica nelle strutture sanitarie,* cit, p. 440.
[1495] Can. 564 e ss.

agli assistenti spirituali assunti dall'Azienda sanitaria, sia a coloro (diaconi, religiosi/e e laici) che, in modo continuativo o saltuario e a titolo volontario senza oneri per l'ente, collaborano con l'assistente. Questi soggetti, tutti insieme, costituiscono il «personale del servizio di assistenza religiosa»[1496].
La Nota della CEI per la pastorale della sanità, introdotta nel paragrafo precedente, per quanto riguarda la natura, la composizione e i compiti delle Cappellania ospedaliera, afferma:

> «La cappellania ospedaliera è espressione del servizio religioso prestato dalla comunità cristiana nelle istituzioni sanitarie; [questa] è composta da uno o più sacerdoti cui possono essere aggregati anche diaconi, religiosi e laici; [i cui] obiettivi principali […] sono i seguenti: fare esistere nell'istituzione sanitaria un segno ecclesiale reperibile, che renda possibile un'azione missionaria; essere un luogo dove, attraverso delle persone, delle attitudini e dei gesti, compresi quelli sacramentali, Dio rivela la sua tenerezza e si mette al servizio dell'uomo per accompagnarlo nella prova, aiutandolo a vivere fino alla fine; promuovere e coordinare tutte le forze presenti nella comunità ospedaliera, attraverso idonei strumenti e iniziative; contribuire al coinvolgimento dei cristiani, presenti nel territorio, nella promozione della salute e nell'assistenza ai malati»[1497].

Per quanto riguarda i destinatari del servizio, tutti gli accordi regionali precisano che essi sono gli utenti delle strutture di ricovero gestite dall'Azienda Sanitaria, i loro familiari e il personale dell'ente, compatibilmente con i propri obblighi di servizio. Insomma, sembrerebbe scontato che tutte le persone, a vario titolo, che si trovano all'interno della struttura ospedaliera hanno la possibilità di usufruire del servizio di assistenza spirituale.
Tuttavia, merita attenzione, l'inclusione del «personale dell'Azienda» (pertanto, di tutto il personale, anche quello impegnato in funzioni amministrative) tra i destinatari di questo servizio. Questa scelta potrebbe risultare incongruente rispetto alla finalità fondamentale e alla ragion d'essere del servizio di assistenza spirituale nelle strutture c.d. obbliganti di carattere pubblico, che è quella di rimuovere gli ostacoli che limitano l'esercizio della libertà religiosa da parte dei degenti. Non appare del tutto evidente il motivo per cui anche il personale del servizio sanitario sia considerato beneficiario del servizio. In effetti, il personale non impegnato in attività di carattere sanitario non sembra trovarsi in condizione di costrizione. Inoltre, anche il personale coinvolto in funzioni sanitarie svolge un'attività che non si distingue significativamente da altre, le quali, pur articolate in turni, non compromettono il libero sviluppo dell'identità religiosa del lavoratore[1498].
In ogni caso, sembra comunque plausibile, come sostiene
, che a determinarne l'estensione dei potenziali fruitori sia principalmente la condivisione dell'ambiente lavorativo e delle problematiche quotidianamente affrontate, unita alla libera scelta di aderire a un'opzione esistenziale di natura religiosa[1499]. Il servizio, come approfondiremo a breve, viene altresì riconosciuto per il suo contributo in ambito di etica e di umanizzazione nella formazione del personale dedicato all'assistenza, rendendo quindi l'ampliamento dei potenziali destinatari funzionalmente collegato anche a questa finalità specifica. D'altra parte, una costante preoccupazione di queste intese è che l'attività di assistenza spirituale si svolga sempre nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza dei cittadini, in conformità con la normativa statale e con i principi sanciti dalla Costituzione. Questa attenzione viene ulteriormente rafforzata nell'intesa trentina, secondo cui: «Nell'esercizio delle proprie funzioni il personale di assistenza religiosa dovrà conformare la propria

[1496] Giovetti, G., cit, p. 396.
[1497] Consulta Nazionale C.E.I. per la pastorale della sanità, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana. Linee di pastorale sanitaria*, n. 13, Bologna, EDE, 1989, pp. 113-114.
[1498] Giovetti, G., cit, p. 397.
[1499] Turchi, V., *Le ultime intese regionali in materia di assistenza religiosa cattolica nelle strutture sanitarie,* cit, p. 434.

azione ed il proprio contegno al massimo rispetto della libertà di coscienza individuale di ciascuna persona con la quale esso venga ad interagire»[1500].
In maniera estremamente conforme tra le diverse intese, si enuncia il contenuto delle prestazioni nelle quali il servizio si articola. Quest'ultimo, infatti, non si limita esclusivamente a attività confessionale e di culto, che rientrano nel suo aspetto prettamente religioso, né si riduce esclusivamente al supporto spirituale, come il conforto e l'attenuazione delle sofferenze morali.
In virtù di tali accordi il servizio di assistenza spirituale cattolica trascende gli aspetti sacramentali e spirituali tradizionali, estendendosi a diverse tipologie di prestazioni innovative e inedite, raggiungendo «orizzonti più lontani ove "riposano" le concezioni ultime della salute e della malattia, e dove principiano gli itinerari terapeutici che dalla seconda possono ricondurre alla prima. [Dunque, come] apporto al processo terapeutico dell'ammalato»[1501] e, detto poc'anzi, come servizio idoneo ad offrire un contributo in materia etico-religiosa nei Comitati etici e nella formazione del personale in attività di servizio. Di conseguenza, l'assistente spirituale rappresenta la figura incaricata, a livello istituzionale, di trasmettere i valori spirituali nei contesti dedicati alla valutazione di situazioni cliniche caratterizzate da delicate considerazioni etiche, nonché di promuovere una cultura bioetica principalmente tra il personale medico e paramedico, soddisfacendo anche il profilo formativo, nella formazione etica e umana, del personale dell'Azienda sanitaria, partecipando all'attività terapeutica, e offrendo elementi di giudizio circa gli interrogativi etici che a volte si pongono all'esame della coscienza del personale sanitario[1502]. Da questo punto di vista si chiarifica, ma non per forza si giustifica, la menzione tra i destinatari del servizio al personale in servizio. In ultimo, tra i compiti assegnati all'assistenza spirituale cattolica in queste intese, in particolare in quella lombarda, che vale di essere citato c'è «l'attenzione al dialogo interconfessionale ed interreligioso» che fa trasparire l'urgenza di una società multireligiosa, che i fenomeni migratori e non solo, stanno facendo emergere[1503].
In questo senso, a voler essere rigorosi e conseguenti, la nozione più appropriata per contrassegnare i contenuti di queste intese dovrebbe essere quella di assistenza spirituale, risultando tali contenuti vieppiù estesi rispetto alla tradizionale e meno comprensiva nozione di assistenza religiosa, anzi dagli ultimi elementi esaminati, in materia di prestazioni dell'assistente spirituale, anche la nozione "classica" di assistenza spirituale sembra essere stretta. Tuttavia, difronte l'unanime utilizzazione dell'espressione assistenza religiosa da parte delle intese, delle delibere, delle leggi regionali, pare inutile insistere sulle pur fondate ragioni del distinguere, per adeguarsi all'uso che effettivamente delle parole viene fatto. D'altronde, viene in tal modo rimarcata più incisivamente la matrice originaria e la motivazione fondamentale del servizio, che è - evidentemente - di tipo religioso[1504].
L'organizzazione del servizio di assistenza spirituale cattolica nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, come abbiamo avuto modo di presentare in queste pagine, per iniziativa delle Regioni in accordi con le Autorità ecclesiastiche, rafforza molto la missione della Chiesa cattolica in questo essenziale ambito di interesse pubblico, portando nuove possibilità di sviluppo e intervento nella società italiana come augurato dalla pastorale della sanità. Da questo slancio, assunto dal legislatore

[1500] Art. 2, terzo comma, dell'Intesa-guida tra la Provincia Autonoma di Trento e l'Ordinario della Arcidiocesi di Trento per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture ospedaliere dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) presenti sul territorio provinciale, 12 febbraio 2003.
[1501] Giovetti, G., cit, p. 398.
[1502] Ibi, p. 400.
[1503] Turchi, V., *Le ultime intese regionali in materia di assistenza religiosa cattolica nelle strutture sanitarie,* cit, p. 431.
[1504] Ibi, p. 430.

regionale in quegli anni, sembrerebbe avvalorarsi l'ipotesi, preannunciata in precedenza, che da queste fonti pattizie la «bilancia dei valori […] penda più dalla parte ecclesiale che da quella civile»[1505] e dalla parte cattolica rispetto alle altre confessioni; in quanto, seppur negli ultimi anni, grazie ad alcuni esempi virtuosi si sta aprendo lentamente la strada anche ad altri valori confessionali nell'ambito sanitario, nei primi anni del Duemila le Regioni hanno permesso l'immissione legittima nel Servizio Sanitario Nazionale di un elemento confessionale «provvisto di una molto incisiva presenza e dotato di una davvero ampia sfera operativa, i quali si conciliano faticosamente [ancora di più oggi] con il carattere laico e multiculturale dell'ambiente che lo ospita»[1506].
A questo proposito, si può notare come non sia certamente casuale che il legislatore sardo – il solo come si è detto, ad aver stabilito in modo unilaterale i principi fondamentali per la presenza del servizio nelle strutture pubbliche di ricovero – abbia chiaramente delimitato il ruolo di tale servizio in senso sacramentale, limitando i destinatari esclusivamente ai degenti ricoverati e ai familiari che li assistono. Questa scelta appare più coerente con la natura laica del contesto in cui il servizio si realizza, offrendo inoltre una modalità abbastanza flessibile per la gestione dell'assistenza spirituale, che può adattarsi alle specifiche esigenze confessionali delle diverse confessioni religiose – come quelle della Chiesa cattolica e delle altre religioni – di cui si occuperanno i relativi accordi pattizi[1507].

5.2.2. L'assistenza spirituale valdese.

L'assistenza spirituale garantita ai degenti appartenenti alla Chiesa valdese nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale è disciplinata dal secondo comma dell'art. 38 della legge n. 833 del 1978, in cui si dichiara che «l'unità sanitaria locale provvede […] per gli altri culti d'intesa con le rispettive autorità religiose competenti per territorio». Come si è detto la Chiesa valdese non stipulerà mai degli accordi di natura locale come ha fatto la Chiesa cattolica; ma parteciperà congiuntamente con altre confessioni minoritarie a protocolli e intese rinnovabili con le singole aziende ospedaliere nell'ambito di progetti di natura interreligiosa.
La soluzione adottata dalla Chiesa valdese per rendere operativo il principio garantito nell'art. 38 della L. 833/1978 è attraverso l'Intesa stipulata con il Governo italiano nel 1984, estendendo anche ai valdesi la bilateralità della disciplina sull'assistenza spirituale.
La legge 11 agosto 1984, n. 449 all'art. 6 disciplina l'assistenza spirituale negli istituti di cura e riposo. Questo recita:

> «1) L'assistenza spirituale dei ricoverati aventi parte nelle chiese rappresentate dalla Tavola valdese o di altri ricoverati che ne facciano richiesta, negli istituti ospedalieri, nelle case di cura o di riposo e nei pensionati, è assicurata tramite ministri iscritti nei ruoli tenuti dalla Tavola valdese.
> 2) L'accesso di tali ministri ai predetti istituti è a tal fine libero e senza limitazioni di orario.
> 3) Le direzioni di tali istituti sono tenute a trasmettere ai suddetti ministri di culto le richieste di assistenza spirituale ricevute dai ricoverati.
> 4) Gli oneri finanziari per lo svolgimento della predetta assistenza spirituale sono a carico degli organi ecclesiastici competenti».

Queste disposizioni determinano l'abrogazione di disposizioni con esse contrastanti, poiché la legislazione di derivazione bilaterale prevale rispetto a quella unilaterale come, per esempio, quelle

[1505] Giovetti, G., cit, p. 401.
[1506] Ibi, p. 402.
[1507] Ibi, p. 403.

che comportano l'onere finanziario a carico dello stato in materia di assistenza ospedaliera, anziché degli organi di ciascuna confessione, determinata dall'art. 35 del DPR 128/1969, oltre al problema più rilevante che deriva da un sistema che rende possibili forme di censimento dei cittadini, che contrasta con la garanzia costituzionale dell'art. 19 che a tutti riconosce il diritto di non rivelare le proprie convinzioni religiose[1508].
La scelta della Chiesa valdese di prevedere tutti gli oneri dell'assistenza spirituale valdese a proprio carico, e di non costituire dunque più un onere economico per le aziende ospedaliere, dunque, per lo Stato che ne finanzia le attività, è stata seguita anche da tutte le altre Intese «creando una situazione per la quale, "paradossalmente", la formula adottata per le religioni meno diffuse, costituisce il modello più coerente con l'interventismo pluralista dello Stato laico»[1509].
Come rilevato da Lo Giacco sulla materia, «dall'Intesa valdese viene una "orgogliosa lezione di laicità»[1510].

5.2.3. L'assistenza spirituale ebraica.

L'assistenza spirituale garantita ai degenti di religione ebraica nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale è disciplinata dal secondo comma dell'art. 38 della legge n. 833 del 1978, in cui si dichiara che «l'unità sanitaria locale provvede […] per gli altri culti d'intesa con le rispettive autorità religiose competenti per territorio». Come la Chiesa cattolica e la Chiesa valdese, anche per l'Unione delle Comunità ebraiche italiane l'assistenza spirituale è disciplinata in regime di bilateralità tramite l'Intesa con lo Stato italiano e attraverso l'art. 9 della legge n. 101/1989 che in merito afferma:

> «1) L'assistenza spirituale ai ricoverati ebrei negli istituti ospedalieri, nelle case di cura o di riposo è assicurata dai ministri di culto di cui all'articolo 3.
> 2) L'accesso di tali ministri ai predetti istituti è a tal fine libero e senza limitazione di orario. Le direzioni degli istituti comunicano alle Comunità competenti per territorio le richieste di assistenza spirituale avanzate dai ricoverati».

Inoltre, l'art. 7 dichiara:

> «1) […] la degenza in ospedali, case di cura o di assistenza pubbliche, […] non possono dar luogo ad alcun impedimento nell'esercizio della libertà religiosa e nell'adempimento delle pratiche di culto.
> 2) È riconosciuto agli ebrei che si trovano nelle condizioni di cui al comma 1 il diritto di osservare, a loro richiesta e con l'assistenza della Comunità competente, le prescrizioni ebraiche in materia alimentare senza oneri per le istituzioni nelle quali essi si trovano».

Una componente essenziale del servizio di assistenza spirituale ebraica nelle strutture c.d. obbliganti è il poter garantire alle persone ebraiche costrette in tali strutture un regime alimentare kasher. Questa è una specificità della confessione ebraica, rispetto le altre due confessioni cristiane prese in esame che invece non presentano esigenze in merito a prescrizioni alimentari.
Sebbene la normativa statale sembri garantire, senza dubbio, una tutela adeguata alle esigenze spirituali dei pazienti di religione ebraica, nella pratica questa questione rimane ancora aperta sotto

[1508] Lariccia, S., *L'attuazione dell'art. 8, 3° comma, della Costituzione: le Intese tra lo Stato italiano e le chiese rappresentate dalla Tavola valdese,* in «Il diritto ecclesiastico», anno 95, parte I, 1984, p. 485.
[1509] Lo Giacco, L., M., *Il servizio di assistenza religiosa negli ospedali e negli istituti di ricovero e cura*, cit, p. 50.
[1510] Lo Giacco, L., M., *Il servizio di assistenza religiosa negli ospedali e negli istituti di ricovero e cura*, cit, p. 50.

diversi punti di vista. Le norme pattizie, infatti, prevedono alcune disposizioni di immediata applicazione, ma per una loro migliore realizzazione si avverte sempre più la necessità di definire specifici accordi a livello locale; convenzioni stipulate tra aziende sanitarie e autorità confessionali territorialmente competenti, volte a garantire un servizio di assistenza spirituale il più possibile efficace e rispondente alle esigenze dei ricoverati ebrei nelle singole strutture sanitarie interessate[1511].
Differentemente dalla Chiesa valdese ma in misura certamente minore rispetto alla Chiesa cattolica, anche le Comunità ebraiche a livello locale hanno stipulato intese su scala regionale per disciplinare l'assistenza spirituale. Da un lato queste mirano a rendere più agevole l'attuazione a livello locale delle disposizioni statali, unilaterali e pattizie, relative all'assistenza spirituale in favore dei pazienti ebraici; dall'altro costituiscono due modelli utili per la conclusione di futuri accordi su questo tema anche in altre Regioni. Inoltre, questa soluzione permette di stabilire una serie di anticipazioni concordate tra le parti coinvolte, con l'obiettivo di definire una disciplina sostanzialmente uniforme applicabile su tutta la regione[1512].
Il primo accordo di questo tipo è stato siglato nel 2003 tra la Comunità ebraica di Roma e la Regione Lazio "Accordo tra la Regione Lazio e la Comunità ebraica di Roma per il servizio di assistenza religiosa agli infermi e al personale delle aziende sanitarie". Dalla titolazione si può subito notare come anche questa intesa di tipo regionale, come quelle siglate dalle Autorità ecclesiastiche regionali cattoliche, rapporta il servizio di assistenza spirituale non solo ai degenti, ma anche al personale sanitario; formula ripresa anche all'art. 1 e all'art. 2 in cui la prestazione del servizio di assistenza spirituale e morale viene allargata dal personale "a tutti coloro che a qualsiasi titolo fanno parte della comunità ospedaliera". Un motivo che chiarirebbe il riferimento al personale potrebbe essere quanto già argomentato per la Chiesa cattolica, in merito alla formazione del personale, che però non viene qui esplicitato a differenza dell'accordo Lombardo che analizzeremo più avanti.
L'art. 3 disciplina il personale di assistenza spirituale, che rimanda ai ministri di culto secondo l'art. 3 L. 101/1989, per cui se ne prevede uno per tutta la regione, per il primo anno, che può aumentare a seconda di quanto rilevato dopo la prima annualità.
L'art. 4 "Organizzazione del servizio", come stabilito nelle intese regionali con la Chiesa cattolica, si disciplina l'onere finanziario del servizio, come già detto a carico del Fondo Sanitario, e che "sarà pari al trattamento economico previsto dagli accordi nazionali di lavoro per collaboratori amministrativi (ex settimo livello), comprensivo di tredicesima mensilità, di tutte le indennità e le competenze accessorie" come da tali accordi nazionali di lavoro. Non diversamente dal contratto a tempo indeterminato previsto per i ministri cattolici che prestano assistenza spirituale secondo gli accordi regionali.
Il secondo è l'Accordo, siglato l'11 marzo 2009, tra la Regione Lombardia e la Comunità Ebraica di Milano per il servizio di assistenza religiosa nelle strutture sanitarie di ricovero e cura lombarde. All'art. 2, differentemente con l'accordo laziale e più in linea con le disposizioni rilevate nell'Intesa con lo Stato, si riserva di comprendere «[..] l'assistenza spirituale [unicamente]dei degenti e dei loro famigliari» senza che il servizio sia esteso ad altri soggetti, in particolare al personale in servizio.
Un dato da rilevare, mancante nell'intesa laziale, segnalato in precedenza nelle note, è all'art. 6 l'individuazione di appositi luoghi da adibire alle funzioni «di preghiera collettiva e di veglia dei defunti». Questo riferimento marca l'effettiva differenza con il servizio di assistenza spirituale

[1511] Bolgiani, I., *Assistenza spirituale nelle strutture sanitarie lombarde: l'Accordo tra Regione e Comunità Ebraica di Milano*, cit, p. 463.
[1512] Ibi, p. 466.

valdese e allo stesso tempo rappresenta un elemento di simmetria con le intese regionali per l'assistenza spirituale cattolica[1513], anche se dalle stesse si distingue per la non menzione in merito alla possibile concessione di locali da adibire ad ufficio o abitazione degli assistenti spirituali e soprattutto dall'utilizzo dell'espressione «compatibilmente con la disponibilità di spazi idonei ed adeguati», che segnala l'espressione di un bisogno ma anche la sua facoltatività, in aderenza con la rilevanza al caso concreto che gli accordi di assistenza spirituale ebraica tendono a presentare, come nel caso del servizio a chiamata anziché stabile in ogni struttura, anche se libero e senza limitazioni.
L'art. 7 prevede la possibilità che, «nell'ambito dei rispettivi percorsi formativi di umanizzazione», le strutture sanitarie offrano, con il supporto della Comunità ebraica, «specifiche nozioni in tema di cura ed assistenza dei pazienti ebrei». Questa specificazione probabilmente tende a colmare l'omissione all'art. 2 oppure, visto che in questa sede non si parla di assistenza spirituale, come si fa invece nelle intese regionali per l'assistenza spirituale cattolica, ma direttamente di "formazione" potrebbe riferirsi ad altro, ma di uguale rilevanza per più di un motivo.
Anzitutto, questo si riferisce alla più ampia competenza della Regione riguardo alla definizione delle linee guida per l'attività di formazione e aggiornamento del personale che lavora nelle unità di offerta sociali e sociosanitarie, nonché alla progettazione dei particolari percorsi formativi di qualificazione e aggiornamento destinati a tali operatori. Definendo anche che questa formazione si lega al tema della «umanizzazione» al fine consono e specifico di rendere edotto il personale su nozioni specifiche «in tema di cura ed assistenza ai pazienti ebrei». Dunque, partendo carattere generale di questa formazione al personale si discende alla specifica esigenza di favorire un migliore percorso di cure per i pazienti ebraici, rendendo la formazione al personale non fine a sé stessa ma un tramite per il soddisfacimento delle necessità legate alla appartenenza confessionale ebraica dei degenti[1514].
L'art. 4, rappresentativo della peculiarità ebraica in materia, prevede che i degenti ebrei possano ricevere pasti kasher e che questi ultimi siano «prodotti da servizi facenti capo alla Comunità Ebraica». L'accordo laziale non consta di tale menzione, rendendo l'accordo lombardo unico nel suo genere da questo punto di vista. Si tratta di disposizioni atte a rendere concretamente efficace il diritto previsto dalle normative pattizie statali, cioè di ricevere dall'esterno i pasti kasher. Si precisa, inoltre, in raccordo con le norme in materia di igiene e sicurezza alimentare dettate dal contesto sanitario in cui si svolge il servizio, che il servizio debba essere conforme al sistema di controllo HACCP.
La scelta di affrontare la questione delle pratiche alimentari ebraiche in questo contesto evidenzia come questo accordo sia diventato sensibile, in conformità con le indicazioni dello stato pattizio, a un tema particolare e ulteriore rispetto ai profili classici legati alla permanenza in una comunità separata. Ciò dimostra, quindi, come si riconosca correttamente che tale questione attenga alla piena tutela del diritto alla libertà religiosa individuale, allo stesso modo delle garanzie riguardanti il libero svolgimento delle pratiche liturgiche e il conforto spirituale offerto dai ministri di culto[1515]; portando ulteriori indizi che avvalorano la tesi, precedentemente affrontata con le intese regionali con la Chiesa cattolica, di un allargamento nel tempo del concetto di assistenza spirituale nelle strutture sanitarie.
In sede di questo specifico articolo non viene menzionato il costo del servizio, forse in forze della specificazione presente nelle norme pattizie statali, in cui si prevede espressamente che tale servizio abbia luogo «senza oneri» per le strutture ospitanti; oppure la motivazione è rintracciabile nella scelta

[1513] Ibi, p. 467.
[1514] Ibi, p. 472.
[1515] Ibi, p. 477.

più impegnativa intrapresa dalla Comunità ebraica di Milano in questo accordo, localizzata all'art. 8[1516].

L'Intesa stipulata dall'Unione delle Comunità Ebraiche Italiane con lo Stato è l'unica Intesa che si discosta dal modello valdese per quanto riguarda gli oneri del servizio in quanto non menziona affatto i costi legati all'assistenza spirituale, motivo per cui si ritiene che possa essere applicato l'art. 35 del DPR 128/1969. Mentre, come abbiamo visto, il Protocollo d'intesa tra la Regione Lazio e la Comunità Ebraica di Roma del 3 novembre 2003 dichiara all'art. 4 che «le spese per il funzionamento del servizio di assistenza religiosa sono a carico del Fondo Sanitario»[1517]. Al contrario, l'articolo 8, dell'intesa lombarda prevede al comma primo che l'attuazione dell'accordo «non comporta alcun onere finanziario» a carico della Regione o delle strutture sanitarie di ricovero e cura lombarde, affermando, invece, al comma secondo che «eventuali costi» saranno a totale carico della Comunità ebraica.; anche l'accordo firmato dall'Azienda Ospedaliera Universitaria "Careggi" di Firenze e dalla Comunità Ebraica della stessa città segue un indirizzo differente. Si tratta del provvedimento "Careggi" n. 72 del 25 febbraio 2005, intitolato "Umanizzazione del percorso clinico. Approvazione del Protocollo di intesa con la comunità ebraica per l'assistenza religiosa di pazienti AOUC". L'articolo 2 del protocollo stabilisce che il servizio di assistenza religiosa ebraica sia gratuito e non comporti alcun onere a carico dell'azienda sanitaria[1518], questo vale anche per altre intese di natura multiconfessionale come quella con l'Ospedale Molinette di Torino nell'ambito del progetto "cure dello spirito" in cui il servizio è in via generale a carico delle confessioni religiose coinvolte[1519]. Su questo tema è ravvisabile l'aderenza al principio di autonomia locale delle Comunità ebraiche che porterebbe a giustificare l'omissione del tema nell'Intesa con lo Stato, che doveva tenere necessariamente conto di ogni specificità locale. Tale scelta omissiva è stato oggetto di dibattito nel percorso di definizione dell'accordo nazionale. Nella bozza di Intesa del 1977 – all'articolo 7, punto 4 – era infatti prevista espressamente una disposizione che attribuiva allo Stato, mediante modalità da concordare con l'Unione delle Comunità ebraiche italiane, il costo dell'assistenza spirituale in tutti i settori c.d. obbliganti; tale disposizione è poi scomparsa nell'Intesa definitiva. È certo che, in assenza «di una esplicita rinuncia da parte della confessione» a livello nazionale, questa mancanza potrebbe significare la possibilità di adottare una «soluzione aperta», ossia di definire la questione in successivi accordi convenzionali; un'interpretazione questa particolarmente condivisa dalla dottrina. Se si aderisce a questa interpretazione, però, è importante chiedersi se tale questione possa essere risolta a livello regionale o, piuttosto – e con maggiore probabilità – se necessiti di un chiarimento di carattere nazionale[1520].

[1516] Ibi, p. 473.

[1517] Protocollo d'intesa tra la Regione Lazio e la Comunità Ebraica di Roma per il servizio di assistenza religiosa agli infermi e al personale nelle aziende sanitarie, 3 novembre 2003.

[1518] Lo Giacco, L., M., *Il servizio di assistenza religiosa negli ospedali e negli istituti di ricovero e cura*, cit, pp. 52-53.

[1519] Bolgiani, I., *Assistenza spirituale nelle strutture sanitarie lombarde: l'Accordo tra Regione e Comunità Ebraica di Milano*, in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 2, 2009, p. 462.

[1520] Ibi, p. 474.

CAPITOLO 6.
CONFESSIONI RELIGIOSE E BIOETICA (1979 – 2019).

Nel presente capitolo si procederà, in prima istanza, ad un'illustrazione dell'origine del dibattito bioetico in Italia, accompagnata dalla descrizione dei comitati pubblici e laici istituiti con il fine di fornire una risposta statale alle questioni bioetiche. Successivamente, sarà dedicato uno spazio all'approfondimento delle tematiche bioetiche che hanno riscosso maggior rilievo nel dibattito pubblico nazionale e alla legislazione adottata nel corso degli anni, volta a contenere e regolamentare lo sviluppo di tali problematiche. In una seconda fase, verranno analizzate le posizioni delle confessioni religiose in relazione a queste tematiche e sulla relativa normativa, come emerso dalle fonti analizzate, con particolare attenzione alle relazioni e alle tensioni tra le diverse impostazioni confessionali.

Negli anni Ottanta ci troviamo all'inizio del decennio che ha segnato l'avvio della bioetica, un periodo in cui si è registrata una svolta significativa nella codificazione deontologico-medica, rappresentando una transizione epocale tra il secondo e il terzo millennio. Si può affermare che in passato l'etica medica era in gran parte guidata dall'osservanza dei dogmi, comandamenti e precetti religiosi, più che dal rispetto di un'etica professionale propria. Da allora, la situazione è radicalmente cambiata, e questa trasformazione si può spiegare con tre motivi principali: il primo è che la società odierna è molto più pluralista, rendendo difficile, se non impossibile, adottare un'unificazione morale simile a quella sostenuta dai trattati di etica medica precedenti. Il secondo è la secolarizzazione dell'etica, che non accetta facilmente i principi dettati da confessioni religiose. È un fatto che la Chiesa cattolica ha espresso molto chiaramente nel Concilio Vaticano II. Il terzo motivo riguarda l'evoluzione rapida della medicina, che, facendo parte integrante e spesso determinante della società, negli ultimi cinquant'anni ha subito un'impennata sia nella sua dimensione sociale (socializzazione), sia nelle conoscenze e nelle applicazioni tecnologiche (tecnologizzazione). Questa evoluzione ha inevitabilmente avuto conseguenze profonde sul rapporto medico-paziente: da un lato, il paziente ha acquisito maggiore autonomia e capacità decisionale; dall'altro, il medico dispone di un'autonomia aumentata, tipica dell'uomo contemporaneo, ma si trova frequentemente a dover prendere decisioni in condizioni di incertezza. Di conseguenza, si può affermare che il medico «non può limitarsi ad applicare soluzioni trovate da altri, anche per il semplice fatto che questi altri non sono medici e non conoscono le caratteristiche reali delle malattie e le condizioni specifiche del lavoro nell'ambito sanitario. L'etica clinica può e deve farla il clinico»[1521].

La questione che si pone è se questa etica debba essere ispirata dalla religione di appartenenza del medico oppure se debba derivare dalla vocazione umanistica e antropologica insita nella sua professione. A questo proposito, si è osservato che il fatto che la conoscenza medica concerne i misteri della vita e della morte comporta che il medico si trovi direttamente coinvolto nelle delicate questioni di dare e togliere la vita. Non sorprende quindi che il sapere medico sia stato storicamente schierato spontaneamente dalla parte del principio della sacralità della vita. Superata la fase dell'etica clinica in cui chi prendeva decisioni era il medico, vincolato dai codici deontologici, questa questione

[1521] Cit. in Cosmacini, G., *La religiosità della medicina*, cit, p. 182.

viene affrontata dalla bioetica e dalle sue molteplici idee innovative, tra cui quella che il paziente, divenuto titolare della propria autonomia, si configura come cittadino di uno Stato che ha recepito il principio della laicità sancito dalla Corte costituzionale. Da questo momento in poi tra i principali temi della bioetica, sembra prevalere il contrasto tra una concezione della vita fondata sul principio della sua sacralità e un'altra basata sul principio della qualità della vita. È indiscutibile che le questioni etiche più rilevanti del dibattito odierno ruotano attorno alla contrapposizione tra il principio di "sacralità" e quello di "qualità" della vita: una dicotomia che si situa ai limiti stessi dell'esistenza umana. Nel confine indefinito, ma di tutti, che separa la non-vita dalla vita e questa dalla morte, sorgono questioni di grande rilevanza: da un lato, si affronta lo statuto dell'embrione umano prima che emergano le neurostrutture fondamentali per la nascita di una persona senziente e autocosciente; dall'altro, si dibatte della personalità del soggetto umano dopo la morte cerebrale, quando il sopravvissuto artificialmente, mantenuto in vita tramite apparecchi come pompe cuore-polmoni, rappresenta in realtà un cadavere, vivo solo grazie al suo cuore che batte, e si discute sulla liceità dell'espianto degli organi. Questi e altri nodi etici e limiti critici spesso costringono le opinioni, le scelte e le emozioni dei vari schieramenti ideologici a confrontarsi all'interno di confini rigidi, alimentando un acceso dibattito mediatico e pubblico.
Le differenze che emergono in relazione alle questioni bioetiche non possono essere comprese esclusivamente a partire dalle singole posizioni assunte nei diversi casi, ma richiedono di essere lette alla luce dei presupposti che le orientano. Le tre confessioni considerate si collocano infatti lungo direttrici differenti per quanto riguarda il rapporto tra norme religiose e autodeterminazione del singolo, il grado di vincolatività delle prime e il peso attribuito all'interpretazione. Ne deriva che, a fronte di problemi analoghi, le risposte non divergono soltanto nei contenuti, ma anche nelle modalità attraverso cui vengono elaborate e giustificate, evidenziando assetti distinti di autorità e responsabilità all'interno delle rispettive tradizioni.

6.1. Istituzioni e temi di bioetica.

6.1.1. Comitati di bioetica.

Negli anni Ottanta, in modo particolare con lo sviluppo dell'ingegneria genetica, il Consiglio d'Europa e il Parlamento Europeo emanano una serie di Raccomandazioni e linee guida indirizzate ai paesi membri[1522] per armonizzare, attraverso specifiche normative e accordi a livello europeo, l'applicazione delle tecniche di ingegneria genetica sugli esseri umani, l'utilizzazione degli embrioni a fini diagnostici, terapeutici, scientifici e industriali per garantirne la tutela.
In alcuni paesi europei si è immediatamente avvertita l'esigenza di istituire organismi permanenti di natura consultiva, concepiti come strumenti di valutazione del "sentire etico" della sfera pubblica, stimolato dalle questioni bioetiche. Questi organismi mirano a facilitare la traduzione in ambito legislativo e nel contesto del diritto nazionale dei numerosi pronunciamenti etico-giuridici sovranazionali precedentemente menzionati. La loro finalità non si limita alla funzione di analisi scientifica e di confronto sereno, ma comprende anche il supporto alle istituzioni decisionali – Governo, Amministrazione e Parlamento – fornendo loro elementi di valutazione sui "valori etici" coinvolti nelle scelte legislative, sempre ispirati dai documenti sovranazionali di riferimento.

[1522] In particolare, ci si riferisce alle Raccomandazioni dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa 934/1982, 1046/1986 e 1100/1989.

L'art. 29 (comma primo) della legge 23 agosto 1988, n. 400 prevede che «il Presidente del Consiglio dei Ministri può avvalersi di consulenti e costituire comitati, di ricerca o studio su specifiche questioni».
Date queste premesse con decreto del 28 marzo 1990, n. 194, il Presidente del Consiglio on. Giulio Andreotti istituisce il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), definendone compiti e funzioni, e nominandone i quaranta componenti, scelti fra studiosi di biologia, genetica, medicina, filosofia morale e del diritto, ecologia, antropologia, sociologia, psicologia, diritto.
Il Comitato, costituito presso la Presidenza del Consiglio con funzioni consultive, è presieduto dal sen. prof. Adriano Bompiani[1523], coadiuvato dai proff. Adriano Ossicini e Umberto Scarpelli in qualità di vicepresidenti.
Insediato il 7 giugno 1990, il Comitato ha avviato le proprie attività adottando un regolamento interno e strutturandosi in vari gruppi di studio, ciascuno specializzato in aree tematiche specifiche quali le scienze dell'ereditarietà e il genoma umano, le biotecnologie, la procreazione assistita, i diritti dell'uomo in ambito biomedico, nonché la tutela del soggetto in fase terminale, la definizione di morte e i relativi criteri di accertamento, oltre all'epistemologia, all'insegnamento e alla formazione in bioetica, e alla struttura e ai compiti dei Comitati di bioetica. Questi gruppi hanno il compito di approfondire, in prima fase, le questioni emergenti, raccogliendo e preparando i materiali necessari per le discussioni nelle sedute plenarie del Comitato. Quest'ultimo, sulla base di tali contributi, può formulare pareri, elaborare documenti, e contribuire anche alla predisposizione di atti legislativi.
I compiti del CNB enunciato dall'art. 1 del decreto istitutivo sono i seguenti:

> «- elaborare, anche avvalendosi della facoltà di accedere alle necessarie informazioni presso i centri operativi esistenti in sede nazionale, e in collegamento con gli analoghi comitati istituiti presso altri Paesi nonché le altre organizzazioni internazionali operanti nel settore, un quadro riassuntivo dei programmi, degli obiettivi e dei risultati della ricerca e della sperimentazione nel campo delle scienze della vita e della salute dell'uomo;
> - formulare pareri e indicare soluzioni, anche ai fini della predisposizione di atti legislativi, per affrontare i problemi di natura etica e giuridica che possono emergere con il progredire della ricerca e con la comparsa di nuove possibili applicazioni di interesse clinico avuto riguardo alla salvaguardia dei diritti fondamentali e della dignità dell'uomo e degli altri valori così come sono espressi dalla Carta costituzionale e dagli strumenti internazionali ai quali l'Italia aderisce;
> - prospettare soluzioni per le funzioni di controllo rivolte sia alla tutela della sicurezza dell'uomo e dell'ambiente nella produzione di materiale biologico sia alla protezione da eventuali rischi dei pazienti trattati con prodotti dell'ingegneria genetica o sottoposti a terapia genetica;
> - promuovere la redazione di codici di comportamento per gli operatori dei vari settori interessati e favorire una corretta informazione dell'opinione pubblica»[1524].

Si rimanda a più avanti nel capitolo sugli interventi specifici del Comitato Nazionale per la Bioetica, essendosi espresso dalla sua costituzione, attraverso documenti e pronunciamenti puntuali, su quasi tutti i temi che verranno affrontati in questo capitolo.

[1523] Adriano Bompiani ricordiamo essere senatore di Democrazia Cristiana, oltre ad essere direttore, al momento della nomina, dell'istituto di ostetricia e ginecologia dell'Università Cattolica presso il Policlinico Gemelli. Dunque, la sua confessionalità e il suo coinvolgimento con la Chiesa Cattolica non possono essere estranee alle motivazioni della sua nomina come presidente del CBN. Questo dato ha rilevanza dal momento che la prima nomina di uno specialista, in rappresentanza dell'ebraismo italiano, si ha solo nel 2013 con la nomina a vicepresidente del Rabbino Capo di Roma il prof. Riccardo Di Segni, riconfermato anche nel secondo mandato dal 2018 al 2022; e come primo rappresentante del Cristianesimo protestante italiano, il valdese prof. Luca Savarino nel 2018.
[1524] DPCM del 28 marzo 1990, n. 194, in https://bioetica.governo.it/it/normativa/

Le raccomandazioni a livello europeo, così come l'istituzione del CNB, e l'esigenza posta dall'attuarsi di casi concreti di incertezza etica in circostanze di applicazione di tecniche biomediche fa nascere anche una costellazione di comitati etici locali, di carattere pubblico come i CER (Comitati Etici Regionali) o i CET (Comitati Etici Territoriali), di carattere pubblico/privato, come quelli istituti presso le singole Aziende ospedaliere, compresi gli ospedali di matrice confessionale, o privato legati a confessioni religiose o sorti all'interno anche di aziende produttrici di farmaci e dispositivi biomedici.
In questa sede ci si sofferma esclusivamente sui CER e CET a livello regionale, menzionando anche alcuni casi di comitati etici legati alle confessioni religiose o agli ospedali confessionali, se menzionati dalle fonti, quando verranno affrontate nel capitolo le singole tematiche di bioetica.
Dunque, si elencheranno i diversi Comitati etici regionali e territoriali divisi per Regione, in ordine alfabetico, e le relative discipline che li hanno istituiti non tenendo conto, in quanto supera il limite temporale dell'indagine, del riordino della disciplina attuato con la legge 11 gennaio 2018, n. 3, entrata in vigore nel 2023, che modifica quanto di seguito riportato[1525]. Tali comitati sorgono allo scopo consultivo di approfondire, a livello regionale, gli aspetti bioetici e di ogni loro risvolto di carattere deontologico, etico e giuridico connessi con l'esercizio della pratica sanitaria e della ricerca biomedica, dal momento che gran parte della materia sanitaria da un certo periodo in poi, come abbiamo visto, viene regolamentata dalle Regioni e anche, svolto soprattutto dai diversi CET, di funzione di sperimentazione clinica dei farmaci e sua supervisione.
In Abbruzzo la legge regionale 8 novembre 2012 di conversione del decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012 "Disposizioni concernenti il Comitato Etico Regionale (CER) della Regione Abruzzo" istituisce il CER in Abbruzzo diviso in due sezioni: Area nord (per le Provincie l'Aquila e Terramo) e Area sud (per le Provincie di Chieti e Pescara).
In Basilicata, la legge regionale 4 agosto 2011, n. 17 e la conseguente DGR del 10 luglio 2012, n. 930 hanno istituito il Comitato Etico Unico Regionale per la Basilicata (CEUR).
In Calabria la l. 189/2012 "Riorganizzazione Comitati Etici" che ha convertito, con modificazioni, il DPGR del 13 gennaio 2014, n. 2 si istituisce il Comitato Etico Regionale per la sperimentazione clinica, articolato in tre Sezioni: Area nord (ubicato presso l'AO "Annunziata" di Cosenza), Area centro (ubicato presso l'AOU "Mater Domini" di Catanzaro) e Area sud (ubicato presso l'AO "Bianchi – Melacrino-Morelli" di Reggio di Calabria). In un secondo momento è sorta la necessità di fondersi in un unico Comitato etico regionale, per garantire un'omogeneità di obiettivi, velocizzare e assicurare i tempi delle sperimentazioni cliniche dei farmaci, realizzato con DCA 9 maggio 2017, n. 78.
In Campania, la DGR 23 gennaio 2014, n. 16 ha individuato sette comitati etici: Comitato Etico Campania Nord, Comitato Etico Campania Centro, Comitato Etico Campania Sud, Comitato Etico Seconda Università – A.O. dei Colli, Comitato Etico Università Federico II, Comitato A.O. Cardarelli – Santobono e Comitato Etico IRCCS Pascale.
In Emilia-Romagna sorgono nove comitati etici con la DGR 15 luglio 2013, n. 996 e la DGR 31 marzo 2014, n. 414. Questi sono: Comitato Etico per Piacenza, Comitato Etico per Parma, Comitato Etico per Reggio Emilia, Comitato Etico per Modena, Comitato Etico per Bologna, Comitato Etico per l'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, Comitato Etico per l'Azienda USL di Bologna/IRCCS Istituto Scienze Neurologiche e l'Azienda USL di Imola, Comitato Etico per Ferrara

[1525] L'aggiornamento, vigente ancora nel 2025, dei CET è consultabile al sito https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Normativa/Normativa-regionale-in-materia-di-Comitati-etici

e Comitato Etico per l'Azienda USL della Romagna /Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST) di Meldola. In seguito, con DGR 21 dicembre 2016, n. 2327 si è istituito un Comitato Etico Regionale (CER) avente le funzioni di indirizzo ed armonizzazione dei comitati etici locali ed è stato ridotto il numero dei comitati sul territorio da nove a tre. Nello specifico: Comitato Etico Area Vasta Nord, Comitato Etico Area Vasta Centro e Comitato Etico Area Vasta Romagna.
In Friuli-Venezia Giulia la legge regionale 29 dicembre 2015 n. 33, e la conseguente DGR 22 gennaio 2016, n. 73, hanno istituito il Comitato Etico Unico Regionale Fvg (CEUR).
In Lazio la DGR 12 giugno 2013, n. 146 ha istituito sette comitati etici: Comitato Etico dell'Università Cattolica del Sacro Cuore – Policlinico Universitario A. Gemelli, Comitato Etico dell'Università "Sapienza", Comitato Etico del Policlinico Universitario Tor Vergata, Comitato Etico del Policlinico Universitario Campus Biomedico, Comitato Etico Lazio 1, Comitato Etico Lazio 2 e Comitato Etico IRCCS Lazio (comprensivo di 5 sezioni).
In Liguria prima l'art. 77 della legge regionale 07 dicembre 2006, n. 41, poi sostituito dall'art. 12 della legge regionale 14 maggio 2013, n. 12 e in fine la DGR 28 giugno 2013, n. 787 hanno istituito il Comitato Etico Regionale articolato in tre distinte sezioni: due presso l'IRCCS "Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro" e la terza presso l'IRCCS "Istituto Giannina Gaslini".
In Lombardia con il decreto 25 giugno 2013, n. 5493 sono stati istituiti undici comitati etici: Comitato Etico Bergamo, Comitato Etico Brescia, Comitato Etico Como, Lecco, Sondrio, Comitato Etico Cremona, Mantova, Lodi, Comitato Etico Monza Brianza, Comitato Etico Varese, Comitato Etico Pavia, Comitato Etico Area A, Comitato Etico Area B, Comitato Etico Area C, Comitato Etico IRCCS Lombardia (suddiviso in 12 sezioni).
Nelle Marche la DGR 20 agosto 2017, n. 224 ha istituito due comitati etici: Comitato Etico della Regione Marche (CERM) con sede presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona (AOU); Comitato Etico IRCSS-INRCA (CE INRCA) con sede presso l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per Anziani.
In Molise la DGR10 febbraio 2014, n. 34, ha confermato l'attività di due comitati etici: Comitato Etico dell'A.S.Re.M e Comitato Etico dell'I.R.C.C.S. Neuromed.
In Piemonte le DGR 04 dicembre 2006, n. 78-4807, DGR 25 giugno 2013, n. 25-6008 e DGR 02 agosto 2013, n. 33-6236 hanno istituito sei comitati etici: Comitato etico A.O. "Città della Salute e della Scienza" di Torino, A.O.U. S. Luigi Gonzaga di Orbassano, A.O.U. Maggiore della Carità di Novara, A.O. S. Croce e Carle di Cuneo, A.O. SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria e Comitato Etico IRCCS di Candiolo.
In Puglia la DGR 04 luglio 2013, n. 1227 ha istituito cinque comitati etici: Comitato Area 1 – AOU Riuniti di Foggia, Comitato Area 2 – AOU Consorziale Policlinico di Bari, Comitato Area 3 – ASL Lecce, Comitato Area 4 – ASL Brindisi, Comitato Area 5 – IRCCS Giovanni Paolo II di Bari. In aggiunta con DGR 10 settembre 2013, n. 1617 è stata approvata l'istituzione della sezione del comitato etico IRCSS Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari presso la Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo (FG).
In Sardegna la DGR 30 luglio 2013, n. 30/13 ha confermato l'operatività di due comitati etici: Comitato Etico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari e Comitato Etico della Azienda Sanitaria Locale di Sassari.
In Sicilia il DA 18 novembre 2011, n. 2357 ha istituito il Comitato Regionale di Bioetica (Co.Re.B.); successivamente il DA del 16 luglio 2013, n. 1360 e il DA del 01 luglio 2015, n. 1182 hanno istituito

sei comitati etici: Comitato etico Palermo 1, Comitato etico Palermo 2, Comitato etico Catania 1, Comitato etico Catania 2, Comitato etico Messina, Comitato Etico IRCCS Sicilia (suddiviso nelle sezioni Comitato Etico IRCCS "Bonino Pulejo" di Messina, Comitato Etico IRCCS "Oasi Maria SS" di Troina e Comitato Etico ISMETT di Palermo).
In Toscana hanno operato fino al 2019: la Commissione Regionale di Bioetica: istituita con gli artt. 95-98 della legge n. 40/05; i Comitati per l'etica clinica presso le singole aziende sanitarie: istituiti con l'art. 99 della legge n. 40/05; il Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica, istituito con l'art. 99bis della legge n. 40/05, ed è articolato in quattro sezioni: Sezione Comitato Etico Area Vasta Centro, Sezione Comitato Etico Area Vasta Nord Ovest, Sezione Comitato Etico Area Sud Est e Sezione Comitato Etico Pediatrico regionale.
In Umbria la DGR 05 agosto 1998 n. 4697 e la legge regionale 09 aprile 2015, n. 11 hanno istituito in Umbria il Comitato Etico Regionale dell'Umbria (CER Umbria).
In Valle d'Aosta al 2019 opera il Comitato etico dell'Azienda USL Valle d'Aosta presso l'unica Azienda USL della Regione, istituito e gestito dall'Azienda stessa.
In Veneto nel 1999 è stato istituito il Comitato Consultivo Regionale per la Bioetica poi con la DGR del 22 dicembre 2004, n. 4049 viene istituito il Comitato Regionale per la Bioetica (CRB). Successivamente, la DGR del 28 giugno 2013, n. 1066 ha ridisegnato il sistema dei comitati etici nella Regione, rendendo operativi, oltre al CRB, anche: sei Comitati etici per la sperimentazione clinica (CESC) rispettivamente per le province di Verona e Rovigo con sede presso l'AOUI di Verona, di Vicenza con sede presso l'Azienda ULSS n. 6, di Padova con sede presso l'A.O. di Padova, di Treviso e Belluno con sede presso l'Azienda ULSS n. 9, di Venezia e l'IRCCS S. Camillo con sede presso l'Azienda ULSS n. 3 e l'IRCCS - Istituto Oncologico Veneto.
Nella Provincia Autonoma di Trento la prima istituzione risale al 1997 con il nome Commissione per le sperimentazioni, adeguato poi nel 2006 e ancora nel 2013; con DM 8 febbraio 2013 è stato istituito il Comitato etico per le sperimentazioni cliniche presso l'Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento e con deliberazione 05 settembre 2012, n. 464 è stato istituito anche il Comitato etico per la pratica clinica dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.
Nella Provincia Autonoma di Bolzano l'art. 22 della legge provinciale 05 marzo 2001, n. 7 (prima sostituito dall'art. 4 (primo comma) della legge provinciale 19 luglio 2013, n. 9 e poi abrogato dall'art. 41(comma primo, lettera b), della legge provinciale 21 aprile 2017, n. 3 ha istituito il Comitato etico per la sperimentazione clinica dell'Azienda sanitaria, mentre l'art. 44 della legge provinciale 05 marzo 2001, n. 7 ha istituito il Comitato etico provinciale quale organo consultivo dell'amministrazione provinciale[1526].
Si può notare da questa mappatura come i primi comitati etici regionali sono stati istituiti già negli anni Novanta, ma è con la regolamentazione regionale del secondo decennio degli anni Duemila che la maggior parte di essi viene istituita. Inoltre, negli anni c'è stata una razionalizzazione degli stessi, accorpando i diversi comitati etici territoriali in are di competenza maggiori.

6.1.2. Aborto, opposizione alla legge n. 194/1987 e contraccezione d'emergenza.

Il 4 febbraio 1979 la Corte costituzionale ha dichiarato l'ammissibilità al referendum popolare di due delle tre proposte di modifica della legge n. 194/1978, che disciplina l'interruzione della gravidanza.

[1526] Signorella, R., *Normativa regionale in materia di comitati etici*, in https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Normativa/Normativa-regionale-in-materia-di-Comitati-etici

Delle tre proposte, una è stata fatta dal partito radicale, due dal Movimento per la Vita. La Corte costituzionale ha riconosciuto ammissibili la proposta radicale ed una sola - quella «minimale» - delle due avanzate dal Movimento per la Vita. La proposta «massimale» presentata dal Movimento per la Vita è stata esclusa perché in contrasto con la sentenza n. 27 del 18 febbraio 1975 della stessa Corte costituzionale. Come riportato nel quarto capitolo la sentenza C. cost. 27/1975 stabilisce due principi fondamentali che giustificano l'inammissibilità della proposta «massimale». Afferma, l'illegittimità costituzionale dell'art. 546 del Codice penale nella parte in cui non prevede che la gravidanza possa venire interrotta quando l'ulteriore gestazione implichi danno, o pericolo grave, medicalmente accertato e non altrimenti evitabile, per la salute della madre; ammette, cioè, la non punibilità, entro i limiti stabiliti, dell'aborto terapeutico. Inoltre, seppur la sentenza ritiene che la tutela del concepito abbia fondamento costituzionale, in base all'art. 2 della Costituzione, afferma altresì, che non esiste equivalenza tra il diritto non solo alla vita, ma anche alla salute propria di chi è già persona, come la madre, e la salvaguardia dell'embrione che persona deve ancora diventare, dando così prevalenza al diritto della madre alla salute sul diritto del concepito alla vita. La proposta «massimale» infatti prevedeva che la modifica alla legge n. 194/1978 pur mantenendo la disciplina riguardante la tutela della maternità, escludesse la legalizzazione di qualsiasi casistica di aborto, compreso l'aborto terapeutico. Per quanto riguarda, invece, la proposta «minimale» del Movimento per la Vita, per la quale è stato ammesso il voto referendario, essa più realisticamente si prefigge lo scopo di ridurre la casistica di aborto al solo aborto terapeutico. Più avanti verranno approfondite le ragioni che hanno giustificato l'appoggio della Chiesa cattolica al voto popolare di questa proposta, che contempla appunto il mantenimento dell'aborto terapeutico, anche se in contrasto con la sua posizione in tema di aborto.

La legge 22 maggio 1978, n. 194, però, supera indenne il referendum popolare del 1979, largamente rafforzata dal suffragio popolare che decreta l'esito negativo dei due referendum per l'abrogazione parziale della legge.

Nel 1989 il dibattito sull'aborto si è riproposto in sede giurisdizionale e parlamentare, ha suscitato e si è incentrato su disposizioni nodali della legge n. 194/1978. In particolare, si è ribadito, in modo prevalente da parte della componente cattolica, l'esigenza di un'applicazione più attenta e rispettosa dei limiti che il legislatore e la Corte costituzionale avevano stabilito a tutela del nascituro. È stato inoltre evidenziato, con spirito critico, come un'analisi di oltre dieci anni di esperienza abbia consentito di tracciare un bilancio che dimostra come la volontà di garantire, in via assoluta, l'autonomia decisionale della donna abbia portato, talvolta, al sacrificio del nascituro e, in altri casi, alla totale irrilevanza dei diritti paterni[1527].

Infatti, è rilevante osservare come, alla fine degli anni Ottanta, la Corte costituzionale sia stata più volte chiamata a pronunciarsi sulla tutela di diritti concorrenti con quelli della gestante, quali il diritto del nascituro alla vita, il diritto del padre di partecipare alla decisione abortiva[1528] e il ruolo del giudice tutelare, incaricato di autorizzare l'aborto da parte di una minore, senza possibilità di sollevare obiezioni di coscienza[1529]. Davanti a queste questioni, la Corte sembra aver adottato principalmente un orientamento indirizzato a preservare la ratio politica della legge sull'aborto, evitando di valutare direttamente la legittimità costituzionale delle norme contestate in ogni pronuncia di ricorso[1530].

[1527] Talamanca, A., *Il 1989: problemi tradizionali e tematiche emergenti nei rapporti tra Stato e confessioni religiose*, in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 2, 1989, p. 357.

[1528] Ordinanza C. cost 389/1988

[1529] Sentenza C. cost 196/1987.

[1530] Talamanca, A., *Il 1989: problemi tradizionali e tematiche emergenti nei rapporti tra Stato e confessioni religiose*, cit, p. 359.

Nel 1992 su iniziativa dei deputati Ferri e De Paoli del PSDI viene presentata la "Proposta di legge Modifiche alla legge 22 maggio 1978, n. 194 recante norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza" la quale propone di modificare l'art. 6. Tra le diverse modifiche all'articolo, vi è l'aggiunta di un comma che recita: «Sono vietati i concorsi riservati a medici o magistrati che si impegnino a non sollevare obiezione di coscienza».[1531] È interessante rilevare questa aggiunta perché in più occasioni la Chiesa cattolica denuncia discriminazioni di questa specie compiuta nei confronti degli obiettori alla legge n. 194/1978, come vedremo in seguito.
Nel 1993, su iniziativa dei deputati Carlo Casini e altri deputati di Democrazia Cristiana viene presentata in Parlamento la proposta di legge "Nuove norme a tutela della vita umana fin dal suo inizio e modifiche alla legge 22 maggio 1978, n. 194 recante norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza" [1532]. Con questa proposta di legge si cerca, tramite la modifica dell'art. 9 di rafforzare il diritto di obiezione di coscienza alla legge n. 194/1987 e di aggiungere tra i soggetti autorizzati ad esercitarla anche i farmacisti, per la vendita di prodotti abortivi, così come chi tali prodotti li produce.
Nei primi anni Novanta a difendere la legge n. 194/1978 è invece la Consulta Nazionale di Bioetica[1533] che nel 1993, con un comunicato ribadisce l'errata applicazione della legge che, secondo l'ente, non nuoce il diritto alla vita. Infatti, nel comunicato si legge che: «È chi non vuole la realizzazione degli obiettivi sanitari e sociali della legge 194 che ne fa un semplice provvedimento di liberalizzazione dell'aborto; e chi oggi la presenta come una minaccia alla vita ha la responsabilità di non avere promosso l'opera di prevenzione che essa imponeva e che andava collegata con le finalità generali di prevenzione sancite dalla legge n. 833/1978»[1534].
Ciò che maggiormente infiamma il dibattito sull'aborto, soprattutto in questo periodo, in quanto i suoi effetti si rendono maggiormente evidenti, è l'obiezione di coscienza.
Infatti, il moltiplicarsi delle rivendicazioni «in senso sia qualitativo che quantitativo» è stato così rilevante da suscitare dubbi circa la possibilità di un riconoscimento «troppo generoso» dell'obiezione di coscienza, che «non terrebbe nella dovuta considerazione i diritti di altri soggetti che, dall'esercizio seppur legittimo dell'obiezione, rischiano di essere compressi»[1535].
I dati pubblicati annualmente dal Ministro della Salute sull'attuazione della legge n. 194/1978 evidenziano chiaramente come, nonostante la diminuzione dei numeri relativi agli interventi di interruzione di gravidanza, sia considerabilmente aumentato il numero di obiettori tra ginecologi, anestesisti e personale paramedico. Questa situazione, da un lato, influisce in modo inevitabile sull'organizzazione dei servizi sanitari, che devono comunque garantire il rispetto delle norme di legge, e dall'altro incide sulla possibilità di scelta delle donne che si trovano a dover ricorrere all'intervento. L'incremento costante nel tempo delle obiezioni di coscienza si è rivelato numericamente tale da determinare, in alcune strutture e persino in alcune Regioni, l'inevitabile

[1531] Camera dei Deputati. Proposta di legge Modifiche alla legge 22 maggio 1978, n. 194 recante norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza (estratto), 19 novembre 1992, in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 2, 1994, p. 451.
[1532] Camera dei Deputati. Proposta di legge Nuove norme a tutela della vita umana fin dal suo inizio e modifiche alla legge 22 maggio 1978, n. 194 recante norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza (estratto), 22 gennaio 1993, in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 2, 1994, p. 453.
[1533] La Consulta di Bioetica è stata fondata nel 1989 dal neurologo Renato Boeri. È un'associazione di cittadini di diversa formazione e di differente orientamento politico ed etico, per statuto, infatti, essa si dischiara apartitica e aconfessionale.
[1534] Consulta Nazionale di Bioetica, *Per una difesa del diritto di aborto,* 24 giugno1993, p. 2.
[1535] Camassa, E., *Procreazione e diritto. Le mobili frontiere dell'obiezione di coscienza*, in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 1, 2015, p. 102.

impossibilità di garantire il servizio. Questa situazione ha suscitato critiche sia riguardo alla legittimità dell'obiezione totale di un'intera struttura, sia la legittima preoccupazione che, oltre alle obiezioni sincere, nel corso degli anni si siano aggiunte anche obiezioni di convenienza, compromettendo così l'effettiva disponibilità del servizio. Questa critica al dispositivo dell'obiezione è stata toccata anche nel quarto capitolo, essendo una delle criticità subito rilevate in merito all'art. 9 della legge, in quanto la buona fede degli obiettori è messa in discussione dalla debole "prova di coerenza" che l'art. 9 richiede. Infatti, l'art. 9 prevede unicamente come "prova di coerenza" per l'obiettore di coscienza che questo non effettui, anche in contesti diversi o in modo clandestino, interventi di interruzione di gravidanza; non è richiesta alcuna prestazione supplementare e non è prevista alcuna motivazione per tale scelta[1536]; differentemente da quanto previsto invece per l'obiezione di coscienza alla leva militare.

In merito è intervenuto anche il Comitato Nazionale per la Bioetica che ha avvertito l'esigenza di affermare che il «il riconoscimento dell'obiezione di coscienza non implica una sorta di potere di boicottaggio della legge, la cui vigenza deve essere garantita così come garantito dev'essere l'esercizio dei diritti da essa previsti. È in questa prospettiva che si può configurare un'obiezione di coscienza giuridicamente sostenibile per la bioetica»[1537].

Le problematiche insorte durante l'applicazione della legge n. 194/1978 nei primi anni Duemila sono state tali da essere state portate all'attenzione del Comitato Europeo dei Diritti Sociali del Consiglio d'Europa. Nel 2012, quest'organo ha esaminato il reclamo collettivo n. 87/2012 presentato dall'International Planned Parenthood Federation European Network. Il CEDS è stato chiamato a valutare se, sulla base dei dati raccolti a livello nazionale e regionale, sia reale «l'insufficienza del numero di medici non obiettori nelle strutture pubbliche», rispetto alla capacità di garantire l'applicazione dei trattamenti di interruzione di gravidanza, come previsto dalla legge n. 194/1978. Il 10 settembre 2013, il Comitato Europeo dei Diritti Sociali ha emesso una decisione che ha riconosciuto tutti i profili di violazione rilevati da IPPFEN, in particolare quelli riguardanti l'articolo 11 della Carta Sociale Europea, che garantisce il diritto alla salute, e l'articolo E, che vieta ogni forma di discriminazione irragionevole. Dall'analisi del reclamo è emerso che molte donne sono costrette a spostarsi tra diverse strutture sanitarie, e in alcuni casi anche all'estero, il che lede il loro diritto alla salute. Considerato che nel caso dell'interruzione volontaria di gravidanza il fattore tempo riveste un ruolo fondamentale, questa situazione determina una discriminazione irragionevole tra diverse categorie di persone[1538].

Le decisioni del Comitato Europeo dei Diritti Sociali hanno effetti giuridici, poiché nel caso in cui lo Stato interessato non si conformi, si creano le condizioni affinché le parti coinvolte possano ricorrere, dandosi quale base il presunto diritto violato, alla Corte di Giustizia o alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo[1539].

Un ulteriore reclamo collettivo, il n. 91/2013, viene presentato dalla CGIL presso lo stesso organismo. I soggetti di cui si richiede la tutela in questo caso sono i medici non obiettori; nel testo del reclamo, infatti, si evidenzia come l'aumento consistente e continuo del numero di medici obiettori abbia

[1536] Ibi, p. 111.

[1537] Comitato Nazionale per la Bioetica, *Obiezione di coscienza e bioetica,* 11 luglio 2012, pp. 3-4.

[1538] Busatta, L., *Comitato Europeo dei Diritti Sociali - International Planned Parenthood Federation & European Network (IPPF EN) v. Italy: decisione su aborto e obiezione di coscienza in Italia*, 10 ottobre 2013, in https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Giurisprudenza/Comitato-Europeo-dei-Diritti-Sociali-International-Planned-Parenthood-Federation-European-Network-IPPF-EN-v.-Italy-decisione-su-aborto-e-obiezione-di-coscienza-in-Italia

[1539] Camassa, E., *Procreazione e diritto. Le mobili frontiere dell'obiezione di coscienza*, cit, p. 111.

deteriorato le condizioni di lavoro per coloro che non esercitano l'obiezione di coscienza. La mancanza o l'insufficienza di misure organizzative adeguate nelle strutture ospedaliere rischierebbe di creare una forma di discriminazione sul piano del carico lavorativo e della tutela della salute psicofisica, differenziando tra il personale medico e quello ausiliario a seconda che sollevino o meno obiezione di coscienza. Nel ricorso si denuncia la violazione degli articoli 1(2)-2(1)-3(3) della Carta Sociale Europea, in questa prospettiva, i professionisti sanitari che non esercitano obiezione di coscienza sarebbero soggetti a discriminazioni rispetto agli obiettori, in termini di carico di lavoro, opportunità di avanzamento professionale e tutela della salute e della sicurezza sul posto di lavoro; la violazione, inoltre, dell'art. 26 della Carta, riguardo il diritto alla tutela della dignità sul luogo di lavoro.

La sentenza pubblicata il 16 aprile 2016 ha rilevato la violazione dell'art. 1, paragrafo 2; mentre sulla violazione dell'art. 2, paragrafo 1, ha rilevato che i dati a sua disposizione non sono sufficienti a valutare se vi sia una effettiva violazione delle previsioni della Carta; sulla violazione dell'art. 3 paragrafo 3, anche in questo caso, a causa della mancanza di elementi di prova sufficienti, il Comitato non rileva la violazione della disposizione. Sebbene gli elementi di prova presentati al Comitato siano limitati, si riscontra comunque una violazione del diritto alla dignità sul luogo di lavoro, poiché l'articolo 26 della Carta impone agli Stati un obbligo positivo di adottare tutte le misure necessarie per prevenire eventuali discriminazioni sul posto di lavoro. Inoltre, nella stessa sentenza, in merito a quanto affermato nella precedente sentenza su questo tema, il Comitato per i diritti sociali osserva che, in seguito alla decisione consegnata nel marzo 2014, i problemi relativi all'effettività del diritto ad accedere all'interruzione volontaria di gravidanza sono rimasti irrisolti. Le strutture sanitarie, inoltre, non hanno adottato le necessarie misure per compensare l'insufficienza dei servizi determinata dal numero di obiettori[1540].

La giurisprudenza, spesso caratterizzata da posizioni contrastanti, continua ad intervenire nel tentativo di trovare un difficile equilibrio tra i diritti e i valori in conflitto, talvolta restringendo e altre volte ampliando l'ambito di applicazione della facoltà prevista dall'articolo 9 della legge n. 194/1978, al fine di definirne con maggiore precisione i limiti. Un esempio è la sentenza della Corte di cassazione (sentenza 2 aprile 2013, n. 14979 della sesta Sezione penale), che ha condannato un medico per aver rifiutato di assistere una donna nel periodo successivo alla somministrazione del farmaco abortivo. Con questa pronuncia, la Corte di cassazione afferma l'esistenza di un autentico diritto all'aborto, considerato parte integrante della libertà di autodeterminazione della donna. Inoltre, in questo particolare caso, sembra delineare nel contemperamento tra diritti fondamentali e doveri inderogabili, il divieto di abuso del diritto all'obiezione di coscienza.

Nel 2016 il TAR del Lazio ha stabilito che i medici obiettori di coscienza nei consultori non possono rifiutare di attestare lo stato di gravidanza, prescrivere contraccettivi ormonali e meccanici o somministrare la pillola post-coitale[1541]. La sentenza ha rafforzato l'obbligo di fornire queste prestazioni, non potendo l'obiezione esonerare dal fornire assistenza antecedente e successiva all'intervento di interruzione di gravidanza, comprese le attività che riguardano il contraccettivo. Questo pronunciamento è avvenuto dopo che il Consiglio di Stato ha emesso la sospensiva[1542],

[1540] Busatta, L., *Comitato Europeo dei Diritti Sociali - CGIL c. Italy: interruzione volontaria di gravidanza e obiezione di coscienza*, 11 aprile 2016, in https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Giurisprudenza/Comitato-Europeo-dei-Diritti-Sociali-CGIL-c.-Italy-interruzione-volontaria-di-gravidanza-e-obiezione-di-coscienza

[1541] TAR Lazio – sentenza 8990/2016: interruzione volontaria di gravidanza tra obiezione di coscienza e attività dei consultori - 5 luglio 2016

[1542] Ordinanza 5888/2015.

riguardante una parte del Decreto del commissario ad acta per la Sanità nel Lazio, sospendendone temporaneamente l'applicazione di alcune disposizioni, che prevedevano che anche i medici obiettori nei consultori fossero obbligati a rilasciare le certificazioni necessarie per l'interruzione volontaria di gravidanza, in conformità con la legge n. 194/1978. Il decreto precisava che l'obiezione di coscienza è limitata ai soggetti che svolgono attività volte direttamente a provocare l'interruzione della gravidanza, escludendo quindi il personale dei consultori che non è coinvolto direttamente, limitandosi a svolgere funzioni di attestazione dello stato di gravidanza e di certificazione della richiesta della donna di interromperla.

Un'altra tematica correlata al dibattito sull'aborto in Italia in questo ultimo periodo, sentita ancora come esotica nel periodo trattato nel quarto capitolo, è la contraccezione d'emergenza resa possibile attraverso alcuni specifici farmaci. Si tratta della c.d. "pillola del giorno dopo" che dopo esserne stata autorizzata la vendita entra pienamente a far parte del dibattito sull'aborto, essendo vista come mossa da parte degli "abortisti" di aggirare i criteri posti dalla legge n. 194/1978.

Infatti, il 30 settembre 2000 il ministro della Sanità, Umberto Veronesi, ha autorizzato la vendita nelle farmacie, dietro presentazione di una ricetta medica, di un preparato in grado di fermare l'annidamento dell'embrione. La pillola a base di Levonorgestel viene però definita contraccettiva e non abortiva. Già nel 2000 il prof. Carlo Flamingni, membro del Comitato Nazionale per la Bioetica, afferma che questa non si considera abortiva in quanto: «Non c'è aborto se non c'è gravidanza in atto»[1543]. Questo perché la società scientifica internazionale ha decretato che la gravidanza inizia proprio con l'annidamento dell'ovulo fecondato nell'utero materno. La "pillola del giorno dopo" agisce prima che abbia origine la gravidanza. Il dibattito sul farmaco ha origine dalla posizione cattolica in merito alla gravidanza, infatti, per la Chiesa cattolica la gravidanza ha inizio quando lo spermatozoo si unisce all'ovulo. Il nodo della discussione è puramente bioetico e si basa sul "quando" si intende far iniziare la vita, infatti, lo stesso Flamigni ammette che partendo da questi presupposti hanno ragione i cattolici nel dire che «[il Levonorgestel] interrompa un progetto di vita»[1544].

Nel 2011, dopo essere stata richiesta da più voci l'obiezione di coscienza per i farmacisti per quanto riguarda la vendita di prodotti farmaceutici di contraccezione d'emergenza, il Comitato Nazionale per la Bioetica si pronuncia in merito affermando che sono emersi orientamenti bioetici differenti. Alcuni membri, considerando diverse motivazioni, hanno ritenuto che il farmacista possa essere considerato un "operatore sanitario" e, di conseguenza, che, analogamente ad altre figure professionali del settore sanitario (come previsto dalla legge n. 194/1978 e dalla legge n. 40/2004), anche a questa categoria dovrebbe essere riconosciuto il diritto all'obiezione di coscienza. Altri membri hanno invece ritenuto, tra le varie motivazioni, che non sia possibile equiparare la figura del farmacista a quella del medico, poiché il farmacista non è responsabile né della prescrizione del farmaco né delle condizioni personali o di salute di chi ne fa richiesta. Il rapporto con il consumatore è di tipo generico e impersonale: è la ricetta ad autorizzare la consegna del medicinale, non l'identità della persona che lo ritira. Le responsabilità sono esclusivamente attribuibili al medico, mentre il farmacista non ha alcun coinvolgimento giuridico nel merito delle scelte adottate e non possiede il potere di valutarle. Si è evidenziato che, nel caso in cui la normativa riconoscesse al farmacista il diritto di obiezione di coscienza (ad esempio, rifiutandosi di dispensare prescrizioni mediche come la pillola del giorno dopo), si verificherebbe un doppio rischio. Da un lato, ciò potrebbe portare a mettere in discussione l'operato del medico, con possibili conseguenze negative per la salute fisica e

[1543] Cit. in Simone, M., *La pillola del giorno dopo,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 151, v. IV, 18 novembre 2000, p. 388.
[1544] Cit. in ibi, p. 389.

mentale della donna; dall'altro, si potrebbe invadere l'ambito più intimo e privato della donna, limitandone di fatto il diritto all'autodeterminazione. In vista dell'ipotesi in cui il legislatore riconosca il diritto di obiezione di coscienza al farmacista e agli ausiliari di farmacia, i membri del CNB hanno convenuto, nel rispetto dei principi costituzionali, che sia fondamentale tutelare e bilanciare gli interessi di tutti gli attori coinvolti. Un presupposto imprescindibile per un eventuale riconoscimento legale dell'obiezione di coscienza è che, comunque, la donna debba sempre avere accesso alla realizzazione della propria richiesta farmacologica. Spetta alle istituzioni e alle autorità competenti, consultati gli organi professionali coinvolti, individuare e predisporre le modalità più adeguate, definendo strumenti e figure responsabili affinché questo diritto possa essere garantito in modo efficace e rispettoso delle esigenze di tutte le parti[1545]. Nessun Governo durante il periodo indagato legifera in merito all'obiezione di coscienza per il farmacista, il probabile motivo è riscontrabile sempre nel documento del CNB dove si afferma che «L'audizione nell'ambito della seduta plenaria del Presidente della Federazione degli Ordini dei Farmacisti, Dott. Andrea Mandelli, ha confermato il timore che il riconoscimento legislativo dell'obiezione di coscienza del farmacista possa finire per vanificare in determinate situazioni il fondamentale diritto della paziente alla consegna del farmaco prescritto dal medico. La prospettiva che ogni farmacia possa prevedere che nel proprio organico sia sempre a disposizione almeno un farmacista non obiettore appare, in concreto, di difficilissima attuazione»[1546].

Nel 2015 si riaccende il dibattito, mai davvero sopito, in merito alla "pillola del giorno dopo" e alla sua accessibilità quando l'AIFA (Agenzia italiana del farmaco) abolisce l'obbligo della ricetta per le maggiorenni in quanto da più risultanze scientifiche aggiornate e gli approfondimenti in merito ai suoi effetti è stato chiarito che il farmaco non ha effetti abortivi ma più semplicemente contraccettivi, visto che il meccanismo d'azione non è in grado di impedire l'impianto dell'ovulo fecondato nell'utero, come si pensava prima, ma più banalmente quello di rendere più difficile la fecondazione[1547].

6.1.3. Procreazione medicalmente assistita, opposizione alla legge n. 40/2004 e cellule staminali.

Il contributo della medicina nello studio dei processi riproduttivi ha permesso, attraverso l'identificazione delle tecniche contraccettive, di intervenire su un aspetto che fino a questo momento si svolgeva esclusivamente in modo naturale, separando il rapporto sessuale dalla riproduzione. Successivamente, grazie alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, si è aperta la possibilità di concepire anche indipendentemente dal rapporto sessuale, rivoluzionando le modalità di procreazione e ampliando le opzioni a disposizione delle persone.

Negli ultimi due decenni, parallelamente ai progressi scientifici nel campo della medicina, si sono affermati profondi mutamenti nel tessuto culturale della società, evidenziando un marcato spostamento verso un paradigma socialmente pluralista. Questo cambiamento ha indebolito la capacità delle tradizioni religiose e dei principi morali di imporre norme universali, portando a una moltiplicazione di orientamenti etici e credenze religiose. Conseguentemente, si è assistito a una pluralità di interpretazioni del mondo e della vita, che non si limita più al semplice diritto di credere

[1545] Comitato Nazionale per la Bioetica, N*ota in merito alla obiezione di coscienza del farmacista alla vendita di contraccettivi d'emergenza,* 25 febbraio 2011, pp. 2-3.
[1546] Ibi, p. 10.
[1547] Camassa, E., *Procreazione e diritto. Le mobili frontiere dell'obiezione di coscienza*, cit, p. 102.

in valori differenti, ma si estende al diritto di vivere e agire in conformità con tali convinzioni. In questa cornice di trasformazione culturale, il modo in cui la legge affronta la questione della procreazione si è evoluto, passando dall'idea di essa come un obbligo morale a quella di una libertà individuale. Progressivamente, e con molte esitazioni, questa nozione si è trasformata fino a riconoscere, anche in ambito giuridico, un autentico diritto alla procreazione[1548].

Come si è potuto osservare, nei precedenti capitoli terzo e quarto, la procreazione medicalmente assistita PMA fa il suo ingresso in Italia già negli anni Cinquanta, i casi nei decenni si moltiplicano, i pronunciamenti in campo giurisprudenziale anche. Nel mentre, le tecniche PMA diventano molteplici e anche le posizioni in merito alla PMA in generale o a specifiche tecniche aumentano, rimanendo però un vuoto normativo fino al 2004.

Nel frattempo, però, emergono disposizioni specifiche; nel 1985 una circolare ministeriale vieta la fecondazione eterologa nei centri pubblici, dove è possibile solo la fecondazione omologa, che può essere richiesta soltanto da coppie sposate. La fecondazione eterologa e la fecondazione omologa per coppie non sposate vengono così praticate solo nei centri privati.

Ancora nel 1987 con la circolare n. 19/1987 "misure di prevenzione della trasmissione di HIV e altri agenti patogeni attraverso seme umano impiegato per la Fecondazione artificiale", poi sostituita dalla circolare n. 17/1992 dello stesso tenore.

Ancora due ordinanze del Ministero della Sanità del 5 marzo 1997, prorogate con successive ordinanze, vietano ogni forma di remunerazione nella cessione di gameti, embrioni e tutti gli esperimenti finalizzati alla clonazione umana o animale. Inoltre, la seconda fa anche obbligo ai centri pubblici e privati, che praticano procreazione assistita, di comunicare al Ministero una serie di notizie, la cui inadempienza è punita con il divieto di eseguire ogni tecnica di PMA.

Altre norme specifiche si ravvisano nel codice deontologico approvato dal Consiglio Nazionale della Federazione dei Medici Chirurghi e Odontoiatri del 1995. L'articolo 42 del codice proibisce la maternità surrogata, l'inseminazione artificiale alle coppie non eterosessuali e stabili, nonché le procedure di fecondazione assistita post mortem del partner o nelle donne in menopausa. Ciò implica che i medici possono intervenire esclusivamente su donne che, per motivi sanitari, non possono avere figli a causa di una menopausa precoce, di solito prima dei 50 anni circa. Tuttavia, le coppie omosessuali e le vedove di uomini il cui seme è stato congelato non ricevono assistenza in tali procedure. Inoltre, l'articolo vieta anche l'inseminazione artificiale fondata su pregiudizi legati alla razza[1549].

Nel 2000 un magistrato del tribunale civile di Roma con ordinanza 17 febbraio 2000 autorizza una coppia che non poteva avere figli all'impianto degli embrioni congelati in una donna disposta a sostenere la gravidanza, superando perciò il divieto alla maternità surrogata previsto dal codice deontologico approvato dalla Federazione dei medici[1550].

Tale decisione ha spinto il ministro della Sanità, Rosy Bindi, a rivolgersi all'Avvocatura dello Stato per valutare la possibilità di azioni volte ad annullare l'ordinanza del Tribunale di Roma, che ha autorizzato la maternità surrogata. Il ministro ha affermato che «l'ordinanza appare in contrasto con la normativa vigente, è in contrasto con norme che attengono all'interesse pubblico e all'identificabilità del neonato, che costituiscono principi non derogabili da fonti che non abbiano

[1548] Ibi p. 100.

[1549] Associazione Luca Coscioni, *Prima della legge 40, la normativa che si applicava in Italia*, 04 agosto 2005, in https://www.associazionelucacoscioni.it/notizie/rassegna-stampa/prima-della-legge-40-la-normativa-che-si-applicava-italia#:~:text=%C2%B7%20Ultime%2Cprima%20dell'attuale,disciplinare%20da%20parte%20dell'Ordine.

[1550] Simone, M., *Il caso della maternità surrogata,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 151, v. I, 18 marzo 2000, pp. 605.

rango di legge e tanto meno da contratti di diritto privato. In tutta la complessa discussione sulla proposta di legge sulla fecondazione medicalmente assistita il Governo ha assunto sempre un ruolo di incoraggiamento del lavoro parlamentare auspicando la massima convergenza dei diversi schieramenti politici, ma anche in assenza della legge è evidente il carattere arbitrario dell'ordinanza del tribunale di Roma»[1551].

Nello stesso tempo la Procura della Repubblica chiedeva al Tribunale di Roma di annullare l'ordinanza del giudice, perché avrebbe omesso di sentire il parere del pubblico ministero, così come afferma l'art. 70 del Codice di procedura civile, il quale stabilisce che il pubblico ministero «deve intervenire, a pena di nullità rilevabile d'ufficio, nelle cause riguardanti lo stato o le capacità delle persone»[1552].

Dopo questo caso, per riuscire ad aggirare i divieti imposti dai professionisti italiani, molte coppie inviano embrioni negli Stati Uniti per la maternità surrogata, sostenendo anche gli alti costi che questa operazione richiede. Dall'11 settembre 2001, con l'attentato terroristico alle Torri Gemelle, diventa vietata la spedizione di materiale biologico verso questa meta.

Gli Stati Uniti non esaurivano l'elenco delle mete in cui queste pratiche erano possibili, così per vietare a monte la pratica due ordinanze, la prima del 18 e la seconda del 21 dicembre 2002 vietano l'esportazione di embrioni e gameti all'estero[1553].

I casi di maternità surrogata avvenuti in questi anni portano i capigruppo del Senato a concordare sull'avvio di una discussione in aula riguardo al disegno di legge sulla procreazione medicalmente assistita, già approvato dalla Camera ma rimasto bloccato in Commissione.

Il card. Ruini, presidente della CEI, si augura che il disegno di legge venga approvato al più presto anche per scongiurare casi come questi[1554].

Una normativa organica sulla materia arriva con la legge 19 febbraio 2004, n. 40 – "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita". Questa normativa viene presentata da molti media come la legge cattolica sulla PMA, essendo diverse le disposizioni previste dalla legge n. 40/2004 che si accordano col la posizione della Chiesa cattolica in materia; ma come vedremo in seguito *La Civiltà Cattolica* cerca i più occasioni di smarcarsi da tale affiliazione, puntualizzando che molte sono anche le disposizioni in opposizioni al pensiero cattolico sulla PMA. Questa legge verrà smontata quasi completamente dalle numerose sentenze della Corte costituzionale avvenute negli anni. Intanto, prima che la Corte costituzionale si pronunci in merito, il testo della legge si presenta come riportato. Gli articoli di maggiore interesse per il dibattito pubblico e confessionale sono: l'art. 1 (commi 1 e 2) che limitano i soggetti che possono far uso delle tecniche di PMA ai soli affetti da sterilità e infertilità, così anche l'art. 4 (comma 1), mentre al terzo comma dello stesso articolo è vietata la PMA eterologa. I requisiti per accedere alle tecniche di PMA sono disciplinati dall'art. 5 che limita la PMA a coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi. Gli articoli 10 e 11 disciplinano le strutture pubbliche e private autorizzate ad effettuare la PMA. L'art. 13 (comma 1) vieta qualsiasi sperimentazione su ciascun embrione umano, e ogni sperimentazione clinica e sperimentale su ciascun embrione umano è consentita a condizione che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della

[1551] Cit. in ibi, pp. 606.

[1552] Cit. in ibidem.

[1553] Associazione Luca Coscioni, *Prima della legge 40, la normativa che si applicava in Italia*, 04 agosto 2005, in https://www.associazionelucacoscioni.it/notizie/rassegna-stampa/prima-della-legge-40-la-normativa-che-si-applicava-italia#:~:text=%C2%B7%20Ultime%2Cprima%20dell'attuale,disciplinare%20da%20parte%20dell'Ordine.

[1554] Simone, M., *Il caso della maternità surrogata,* cit, pp. 610.

salute e allo sviluppo dell'embrione stesso (comma 2). Sono vietati: a) la produzione di embrioni umani per fini diversi da quelli previsti da questa legge, b) ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti, c) interventi di clonazione, d) la fecondazione di un gamete umano con un gamete di specie diversa (comma 3). L'art. 14 vieta la crioconservazione e la soppressione di embrioni (comma 1), la produzione di embrioni soprannumerari, superiori a tre (comma 2). L'art. 16 disciplina l'obiezione di coscienza alla legge; infatti al diritto di procreare "artificialmente" si oppone un altro principio, quello della libertà del personale sanitario, coinvolto in modo più o meno diretto nelle decisioni riguardanti i dilemmi della procreazione. Per ragioni di coscienza, alcuni professionisti possono ritenere di non essere in grado di partecipare o contribuire alle scelte di carattere riproduttivo. Da questa opposizione nasce l'esigenza di trovare un equilibrio che permetta, da un lato, il rispetto del diritto a una procreazione consapevole e responsabile, e dall'altro, quello all'obiezione di coscienza per chi, per motivi religiosi o etici, si oppone, in linea di principio, all'uso di determinati o di tutti i metodi "non naturali" impiegati nelle tecniche di procreazione "artificiale". Tale livello di conflitto è ben presente nel lavoro del legislatore, che come per la legge n. 194/1978, anche con la legge 19 febbraio 2004, n. 40, ha definito i soggetti coinvolti e stabilito le modalità e i limiti per l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza, qualificandolo come una forma di libera scelta di coscienza[1555].

Per quanto riguarda la problematica che era sorta con la legge n. 194/1978 sulle strutture obbligate a compiere l'intervento e la natura confessionale di alcune di queste[1556], la legge n. 40/1978 sembra ovviare a questa problematica istituendo un registro presso l'istituto superiore di sanità delle strutture autorizzate a compiere la PMA[1557].

Anche per la legge n. 40/2004 l'anno dopo la sua entrata in vigore ne viene richiesta l'abrogazione tramite referendum popolare.

La Corte costituzionale con la sentenza n. 45 del 13 gennaio 2005 ha dichiarato inammissibile il referendum con il quale si chiede l'abrogazione dell'intera legge n. 40/2004. Con le sentenze nn. 46, 47, 48, 49, sempre del 13 gennaio 2005, ha invece dichiarato ammissibili i quattro quesiti parzialmente abrogativi di singole disposizioni della stessa legge.

Il referendum n. 1 con il quale si chiedeva la totale abrogazione della legge n. 40/2004 non è stato ammesso dalla Corte costituzionale perché tale legge coinvolge una normativa che è «costituzionalmente necessaria» infatti «si tratta della prima legislazione organica relativa a un delicato settore, che negli anni recenti ha conosciuto uno sviluppo correlato a quello della ricerca e delle tecniche mediche, e che indubbiamente coinvolge una pluralità di rilevanti interessi costituzionali»[1558]. In particolare, sostiene la Corte, «la sentenza n. 49 del 2000 ha affermato che le "leggi costituzionalmente necessarie", "in quanto dirette a rendere effettivo un diritto fondamentale della persona, una volta venute ad esistenza possono essere dallo stesso legislatore modificate o sostituite con altra disciplina, ma non possono essere puramente e semplicemente abrogate, così da eliminare la tutela precedentemente concessa, pena la violazione diretta di quel medesimo precetto costituzionale della cui attuazione costituiscono strumento"»[1559]. In altre parole, non è possibile

[1555] Camassa, E., cit, p. 101.

[1556] Cfr. Carratù, F., J., *Enti ecclesiastici ospedalieri e "servizi abortivi"*, in «Il diritto ecclesiastico», anno 94, parte I, 1983, pp. 395-432.

[1557] Si veda https://w3.iss.it/site/registropma/pub/centri/centripma.aspx

[1558] Corte costituzionale, *sentenza n. 45 anno 2005*, in https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/ECLI:IT:COST:2005:45

[1559] Ibidem.

ammettere l'abrogazione totale della legge, poiché si cadrebbe in un vuoto legislativo riguardante valori costituzionalmente protetti.
Gli altri quesiti referendari — il n. 2 «Limite alla ricerca clinica e sperimentale sugli embrioni»; il n. 3 «Norme sui limiti all'accesso»; il n. 4 «Norme sulle finalità, sui diritti dei soggetti coinvolti e sui limiti all'accesso»; il n. 5 «Ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo» - sono stati dichiarati ammissibili.
Il primo referendum sottoposto agli elettori chiede di poter ampliare la possibilità della ricerca sperimentale sugli embrioni, per produrre cellule staminali embrionali (clonazione) in vista di possibili applicazioni terapeutiche.
Il secondo quesito referendario ha come obiettivo di consentire l'accesso alla procreazione medicalmente assistita anche per finalità diverse dalla soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o infertilità, ad esempio da parte di portatori di geni patogeni trasmissibili al concepito; vuole pure far si che si possa revocare il consenso dato dai soggetti interessati, anche dopo la fecondazione dell'ovulo; vuole permettere più ampi interventi sull'embrione e permettere la crioconservazione degli embrioni in ogni caso in cui non risulti possibile il trasferimento degli embrioni nell'utero. Vuole, inoltre, consentire la creazione di un numero di embrioni superiore a quello necessario a un unico e contemporaneo impianto e comunque superiore a tre, come invece prevede la legge.
Anche il terzo quesito referendario si propone di consentire l'accesso alla procreazione medicalmente assistita anche per finalità diverse dalla soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o infertilità, eliminando, a differenza del secondo quesito, attraverso l'integrale abrogazione dell'art. 1, l'enunciazione della finalità di tutela dei diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito; le altre abrogazioni ripetono in gran parte i testi del secondo quesito.
L'ultimo quesito chiede l'abrogazione del ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo. In particolare, si vorrebbe abolire: la fecondazione della donna con seme maschile di soggetto diverso dal partner, quella di impianto di ovulo di donna diversa fecondato con seme del partner e quella con impianto di ovulo di donna diversa fecondato con seme di terzo.
Come per il referendum del '79 per l'abrogazione parziale della legge n. 194/1978 anche in questo caso, per chi ritiene la legge troppo restrittiva vi si richiede una maggiore apertura alle molte se non tutte possibilità che PMA contempla (quesiti nn. 2-3-4); al contrario per chi ritiene la legge troppo aperta, ne chiede un suo restringimento (quesito n. 5). A differenza con quanto avvenuto in merito alla legge n. 194/1978, la legge n. 40/2004 è sentita da più parti e con maggiore partecipazione come una legge più restrittiva che permissiva. Questo sentire collettivo verrà espresso nei successivi dieci anni a livello giurisprudenziale, chiamando in causa anche l'intervento della Corte costituzionale, che comporteranno non pochi mutamenti in materia.
A livello sovranazionale, il riconoscimento di nuovi diritti ha determinato uno sviluppo, talvolta definito come quasi ipertrofico, dei diritti individuali. Questo fenomeno è in parte attribuibile all'apertura, del tutto nuova, del catalogo dei diritti fondamentali contenuto nella Costituzione alle influenze provenienti dalla scena internazionale. Di conseguenza, si è giunti a considerare i diritti fondamentali, come definiti dall'articolo 2 della Costituzione, come una «categoria aperta»[1560], soggetta a continua espansione e interpretazione. È indiscutibile che gli effetti della giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo influenzino gli orientamenti dei giudici italiani in materia di procreazione medicalmente assistita e, più in generale, riguardo ai cosiddetti "diritti procreativi".

[1560] Cit. in Camassa, E., cit, p. 100.

Questa giurisprudenza ha contribuito a collocare tali diritti nel contesto della vita privata e familiare, senza tuttavia riconoscere un "diritto alla procreazione" assoluto, ma piuttosto cercando di bilanciare e contemperare i diversi diritti degli individui coinvolti[1561]. Quest'attività sovranazionale ha senz'altro influenzato anche l'operato della nostra Corte costituzionale, che con la sentenza n. 151/2009 dichiara l'illegittimità dell'art. 14 (secondo e terzo comma) nella parte in cui limita il numero di embrioni producibili a quello strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto e comunque non superiore a tre, oltre che la parte in cui non prevede che il trasferimento degli embrioni debba essere realizzato senza pregiudizio per la salute della donna.
Il 23 settembre 2013 il Tribunale di Roma emette un'ordinanza, che tiene conto degli effetti della sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo del 28 agosto 2012, che ha riconosciuto come violato dall'Italia l'articolo 8 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo e delle Libertà Fondamentali, in particolare per il mancato rispetto del diritto alla vita privata e familiare. Con questa decisione, per la seconda volta dopo l'ordinanza di Salerno del 13 gennaio 2010, si permette l'accesso alla procreazione assistita, includendo in particolare la diagnosi genetica preimpianto, anche per le coppie dichiaratamente fertili e non affette da problematiche riproduttive, ma portatrici di malattie gravi e trasmissibili.
In tale direzione si è mossa anche la sentenza n. 162/2014 della Corte Costituzionale, rendendo illegittimi uno dei punti caratterizzanti la legge n. 40/2004, dichiarando illegittimi gli artt. 4 (comma terzo), 9 (commi primo e terzo) e 12 (comma primo); chiarendo ancora una volta come le scelte in ambito procreativo siano «espressione della fondamentale e generale libertà di autodeterminarsi […] La determinazione di avere o meno un figlio, anche per la coppia assolutamente sterile o infertile, concernendo la sfera più intima ed intangibile della persona umana, non può che essere incoercibile, qualora non vulneri altri valori costituzionali, e ciò anche quando sia esercitata mediante la scelta di ricorrere a questo scopo alla tecnica di PMA di tipo eterologo, perché anch'essa attiene a questa sfera»[1562].
Con ordinanza del 4 marzo 2015, il Tribunale di Milano solleva questione di legittimità costituzionale della norma che vieta l'accesso alle tecniche di PMA e alla diagnosi genetica preimpianto alle coppie fertili portatrici di malattie geneticamente trasmissibili, con riferimento agli articoli 2, 3, 32 e 117 Cost., e agli articoli 8 e 14 CEDU.
La sentenza della Corte costituzionale in merito, n. 96/2015 dichiara l'illegittimità degli artt. 1 (commi primo e secondo), e 4 (comma primo), della legge n. 40/2004 nella parte in cui non consentono il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita alle coppie fertili portatrici di malattie genetiche trasmissibili, rispondenti ai criteri di gravità che consentono l'accesso all'aborto terapeutico.
Nel 2019 la Corte interviene nuovamente con sentenza n. 221/2019 rigettando la questione di costituzionalità in riferimento agli artt. 1, commi 1 e 2, 2, 4, 5 e 12, commi 2, 9 e 10 della legge n. 40/2004 che vietano l'accesso alla procreazione medicalmente assistita alle coppie omosessuali femminili (da ottenersi con fecondazione eterologa). La Corte ricorda come i numerosi interventi "correttivi" operati sulla normativa in esame sono intervenuti senza mai incidere sui due valori, costituzionalmente legittimi, che stanno a fondamento della legge n. 40/2004: la finalità esclusivamente medica dell'accesso alla tecnica di PMA e l'idea di famiglia "naturale", composta da un padre ed una madre, come unica possibile beneficiaria di tale accesso. Motivi principali per cui la

[1561] Ibi, p. 107.
[1562] Corte costituzionale, *sentenza n. 162 anno 2014*, in https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/ECLI:IT:COST:2014:162

questione viene rigettata, in quanto la Corte intervenendo anche precedentemente sulla legge n. 40/2004 abbia sempre fatto presente che le modifiche apportate con le sentenze non andavano a ledere altri diritti costituzionali.

All'inizio, le obiezioni di coscienza nei centri di procreazione medicalmente assistita erano poche, principalmente perché la normativa vigente era piuttosto restrittiva e rispecchiava per lo più le posizioni etico-religiose più conservatrici riguardo all'utilizzo della PMA. Tuttavia, nel corso del tempo, la giurisprudenza ha ampliato considerevolmente l'interpretazione della legge, aprendo di fatto a nuove e legittime possibilità di obiezione di coscienza, rendendo più flessibile il panorama delle eventuali opposizioni in questo ambito[1563]. Il personale sanitario che, alla luce di queste nuove modalità di svolgimento della PMA, desideri dichiarare obiezione di coscienza ai sensi dell'articolo 16 della legge 40/2004 può semplicemente presentare la relativa dichiarazione e attendere un mese affinché essa diventi efficace. Tuttavia, tale dichiarazione avrebbe un effetto di portata generale, impedendo al soggetto obiettore di partecipare a qualsiasi tipo di procedimento di PMA. In effetti, appare improbabile che si possa considerare riconducibile alle ipotesi di obiezione secondo la legge una forma di obiezione selettiva, ovvero limitata esclusivamente ad alcune delle pratiche di PMA attualmente consentite. In tale scenario, si verrebbero a sollevare non solo dubbi di natura giuridica circa la validità di tale impostazione, ma anche rilevanti problemi organizzativi per i centri autorizzati alla pratica della PMA, qualora un personale sanitario, pur essendo disponibile a svolgere alcune attività, si opponesse ad altre, creando così difficoltà nella gestione e nell'organizzazione delle prestazioni. Inoltre, l'articolo 16 della legge n. 40/2004 non stabilisce alcun requisito di coerenza a carico dell'obiettore, nemmeno quello molto lieve previsto dall'articolo 9 della legge n. 194/1978, che prevede la perdita della qualifica in caso di partecipazione a interventi per i quali si è dichiarati obiettore. «Un'applicazione analogica di tale norma porterebbe ad una conferma ulteriore dell'impossibilità di porre in essere un'obiezione selettiva nei confronti della PMA, visto che partecipando a qualunque tipo di intervento si verrebbe a perderebbe la qualifica di obiettore»[1564].

Insieme alla procreazione medicalmente assistita un'altra frontiera aperta dalla rivoluzione scientifica in campo biomedico è quella legata all'utilizzo delle cellule staminali per applicazioni terapeutiche e di ricerca. Essedo queste prelevabili in particolar modo, anche se non esclusivamente, dagli embrioni umani gran parte della discussione bioetica sulle cellule staminali si concentra sullo statuto dell'embrione e sulla sua dignità.

Nel 1990, viene presentata a Roma una «Dichiarazione sull'embrione», in occasione del convegno «La bioetica: questioni morali e politiche per il futuro dell'uomo».

Tale Dichiarazione afferma che «prima del 14° giorno dalla fecondazione è da escludersi che l'embrione abbia vita personale o sia persona»[1565] e si propone di adottare una terminologia rivista per evidenziare l'importanza dei cambiamenti che si verificano in quel momento: si suggerisce di utilizzare il termine «pre-embrione» per tutte le fasi delle prime due settimane successive alla fecondazione, riservando invece il termine «embrione» solo a partire dal quindicesimo giorno in poi. Il documento conclude affermando che questa nuova terminologia «dev'essere presa tenendo conto che gli avanzamenti e la ricerca nel campo della fecondazione assistita aprono prospettive nuove che possono essere di grande beneficio per il futuro dell'umanità»[1566].

[1563] Camassa, E., cit, p. 108.
[1564] Ibi, p. 109.
[1565] Cit. in Danesi, F., *Note sulla fondazione della bioetica*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 141, v. IV, 3 novembre 1990, p. 232.
[1566] Cit. in ibi, p. 233.

Il 28 dicembre 2000 in Italia viene diffuso il documento contenente le conclusioni della Commissione per lo studio dell'utilizzazione delle cellule staminali, istituita mediante decreto del Ministero della Sanità e presieduta dal premio Nobel Renato Dulbecco. Il testo, che prevede pareri e raccomandazioni, viene approvato da una maggioranza ristretta, con 18 voti favorevoli su 25, ed è accolto dal Ministero. Tra questi, di particolare rilievo sono: il parere unanime sulla valenza etica di tre fonti di cellule staminali: cordone ombelicale, feti abortivi (escludendo le cellule della linea germinale) e organismi adulti; e il parere favorevole di una maggioranza (18 su 25) all'impiego di embrioni provenienti dalle cliniche di fertilità per ottenere cellule staminali embrionali, contro il parere nettamente negativo espresso dagli altri 7 membri della commissione[1567].
Nel 2003, in relazione all'avvio del VI Programma Quadro di Ricerca dell'Unione Europea, il Ministro Moratti interroga il CNB sulla liceità etica di diverse pratiche: condurre ricerche sul territorio nazionale che utilizzino embrioni umani, anche soprannumerari, comportandone la distruzione; effettuare ricerche usando cellule staminali derivate da embrioni umani prodotti successivamente all'avvio del VI Programma Quadro dell'UE; produrre cellule staminali da embrioni umani, anche soprannumerari. Per ognuno dei tre quesiti, il CNB, durante la seduta plenaria dell'11 aprile 2003, ha espresso un parere sfavorevole, sancito dopo una votazione per appello nominale[1568].
L'11 maggio 2012 la Commissione europea ha registrato «Uno di noi», una proposta di iniziativa popolare volta a garantire «la protezione giuridica della dignità, del diritto alla vita e dell'integrità di ogni essere umano fin dal concepimento nelle aree di competenza UE nelle quali tale protezione risulti rilevante»[1569].
Con comunicazione del 28 maggio 2014 la Commissione europea ha dichiarato di non poter accogliere la richiesta in quanto la «proposta di finanziamento dei progetti in questione ha tenuto conto delle considerazioni etiche, dei potenziali benefici per la salute e del sostegno a livello di Unione europea alla ricerca sulle cellule staminali»[1570].
A prescindere dagli esiti di questa iniziativa, è innegabile la sua significativa rilevanza. Essa utilizza infatti uno strumento ideato per rafforzare il senso di appartenenza all'Unione, mitigando il senso di deficit democratico percepito dai cittadini, per promuove una visione antropologica incentrata su valori derivanti dal personalismo cristiano[1571].
Nel merito l'iniziativa «Uno di noi» sorge affinché l'Unione europea si impegni a non adottare nelle aree di propria competenza una legislazione in contrasto con il diritto alla vita, alla dignità e all'integrità dell'embrione. I promotori dell'iniziativa si sono rivolti all'Unione europea chiedendo di impegnarsi a vietare e a non finanziare nelle proprie aree di competenza azioni che comportino o favoriscano la distruzione di embrioni umani, proponendo, tra l'altro, l'inserimento di quello che chiamano esplicitamente il «Principio di coerenza»[1572] nelle norme finanziarie che regolano il bilancio complessivo dell'Unione. La proposta è «indubbiamente coerente con i principi affermati

[1567] Serra, A., *L'embrione umano: prezioso strumento tecnologico: Dalle «cellule staminali embrionali» alla «clonazione terapeutica»,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 152, v. IV, 15 dicembre 2001, p. 562.
[1568] Comitato Nazionale per la Bioetica, *Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica su ricerche utilizzanti embrioni umani e cellule staminali*, 11 aprile 2003.
[1569] Milani, D., *«Uno di noi»: l'iniziativa cittadina europea per il diritto alla vita, all'integrità e alla dignità dell'embrione*, in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 2, 2012, p. 393.
[1570] Commissione europea, *Iniziativa dei cittadini europei: la Commissione risponde a "Uno di noi",* Bruxelles, 28 maggio 2014, in https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/it/ip_14_608
[1571] Milani, D., cit, p. 394.
[1572] Cit. in ibi, p. 396.

dalla morale cattolica in tema di dignità dell'embrione»[1573], nello specifico le istruzioni della Congregazione per la Dottrina della Fede *Donum Vitae* del 1987 e *Dignitas Personae* del 2008.
Qualora fosse stato approvato, questo modello avrebbe inciso sul sistema dei valori condivisi dagli Stati membri dell'Unione e, una volta inserito in tale quadro, avrebbe potuto modificare il diritto di non essere contraddetti da alcuna delle azioni intraprese dall'Unione nell'ambito delle sue competenze[1574]. Per questa serie di motivazioni rilevanti, si potrebbe spiegare il diniego da parte della Commissione Europea a prendere in considerazione tale proposta.

6.1.4. Bioetica del fine vita e trapianti.

Oltre al concepimento, la sua interruzione e le posizioni intorno agli utilizzi dell'embrione umano, altri significativi temi hanno interessato il dibattito bioetico in Italia e rientrano nella sfera del cosiddetto fine vita. Se il dibattito in merito inizia prima degli anni Settanta è alla fine del periodo qui trattato che si disciplinano le materie rientranti in questa sfera.
Uno dei primi importanti temi riguarda il trattamento del dolore cronico. Le cure palliative, parafrasando la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, costituiscono una serie di interventi terapeutici ed assistenziali finalizzati alla cura attiva, totale, di malati la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici. Fondamentale è il controllo del dolore e degli altri sintomi, e in generale dei problemi psicologici, sociali e spirituali. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie. Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia[1575].
Nel 1990, si stima che il consumo di morfina a scopo analgesico tra la popolazione italiana affetta da dolore cronico – un dolore che, non essendo più soltanto un sintomo, si configura come una vera e propria malattia aggiuntiva rispetto a quella che provoca il dolore – sia ancora limitato al 15% degli aventi bisogno[1576].
Nel 2001 l'Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le province, i comuni e le comunità montane, per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative all'interno SSN è il primo importante provvedimento in materia. Con questo accordo si vuole attuare l'obiettivo IV prefissato nel PSN 1998-2000 (con decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998) in cui si era previsto tra le priorità del SSN il miglioramento dell'assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita, prevedendo (con DL specifici) anche la realizzazione di centri residenziali di cure palliative (hospice).
Una realizzazione parziale si è avuta già con la legge n. 12/2001 "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore" come approccio specifico ai malati di cancro.
Con questo Accordo, invece, viene estesa l'applicazione anche a pazienti affetti da patologie non neoplastiche a evoluzione progressiva, non solo ai malati oncologici. Questo provvedimento è stato un passaggio cruciale nello sviluppo delle cure palliative in Italia, rafforzando la rete di assistenza e garantendo un supporto più ampio ai pazienti terminali.

[1573] Ibidem.
[1574] Ibi, p. 402.
[1575] OMS, *palliative care*, in https://www.who.int/health-topics/palliative-care
[1576] Cosmacini, G., *la religiosità della medicina*, cit, p. 177.

Nel 2004 il progresso nel consumo di morfina a scopo analgesico in Italia è stato notevole anche se il nostro Paese, in questa data, è ancora molto indietro rispetto a moltissimi altri paesi in materia di cure palliative. Su 160.000 morti annui di cancro, il 40% non fruisce di terapie antidolore[1577].
Nel 2010 viene emanata la legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". Questa legge riconosce come diritto fondamentale di ogni cittadino l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, garantendo il rispetto della dignità umana e un'equa distribuzione dell'assistenza. Prevedendo la costituzione di reti di assistenza integrate tra il livello territoriale e quello ospedaliero, la formazione del personale sanitario, procedure semplificate per l'accesso ai farmaci analgesici e l'obbligo di registrare la presenza e l'intensità del dolore nelle cartelle cliniche.
Nel 2013 la Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, istituita il 30 luglio 2008, in merito all'attuazione della normativa in materia di terapia del dolore rileva che su 244 strutture ospedaliere, in 57 non vi è alcuna presenza di Comitato ospedale senza dolore e del Progetto ospedale senza dolore. La presenza di Unità operative di cure palliative è stata rilevata nel 63% dei casi. Dagli altri dati correlati oggetto di indagine si rileva che la percentuale di adeguamento alla normativa in materia è pari al 71%, con una differenza del 20% circa tra Nord e Sud del Paese. Quest'ultimo dato rinvia anche alla migrazione sanitaria, che in un anno vede decine di migliaia di residenti delle regioni del Sud Italia ricoverati per patologie legate a tumori che si avvalgano di strutture fuori regioni, in particolare al Nord Italia, in particolare in Lombardia[1578].
La rilevanza di questi dati, come di tutte le argomentazioni bioetiche che si rileveranno nel dibattito confessionale sulle cure palliative e il trattamento del dolore, non verte sul binomio liceità/illiceità delle cure palliative ma sulla garanzia che queste siano assicurate a tutti e in modo equo. Infatti, questo studio non arriva alla data in cui il Comitato Nazionale per la Bioetica si pronuncerà in merito, ma il documento del CNB sul tema verterà proprio su questi punti, oltre che sull'importante funzione dell'informazione veicolata al paziente.
L'informazione del paziente, che è parte essenziale della sua autonomia nel processo di cura, assioma fondamentale della rivoluzione medica e assistenziale, introduce l'altro importante tema legato al fine vita che è stato centro del dibattito bioetico in Italia: il cosiddetto testamento biologico.
A novembre 2008 nella Commissione Igiene e Sanità del Senato inizia l'esame di 8 dei 14 disegni di legge presentati sul c.d. testamento biologico, i restanti sei saranno integrati nella discussione dal 2009[1579].
I disegni di legge sono: n. 10 «Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari al fine di evitare l'accanimento terapeutico, nonché in materia di cure palliative e di terapia del dolore», presentato dal senatore del PD Ignazio Marino, Anna Finocchiaro, Luigi Zanda e altri; n. 51 «Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario», presentato dai senatori del PdL, Antonio Tommasini, Lucio Malan e Stefano De Lillo; n. 136 «Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari», presentato dai senatori del PD Donatella Poretti e Marco Perduca; n. 281 «Disposizioni in materia di consenso informato e di

[1577] Ibidem.
[1578] Senato della Repubblica, XVI Legislatura, Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, *Relazione finale sull'attività della commissione*, approvata dalla Commissione nella seduta del 30 gennaio 2013, in https://www.senato.it/4097?testo_generico=859
[1579] Disegni di legge, Atto Senato n. 10, XVI Legislatura, in https://www.senato.it/legislature/16/leggi-e-documenti/disegni-di-legge/scheda-ddl?tab=testiEmendamenti&did=29638

dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari», presentato dalle senatrici del PD Anna Maria Carloni e Franca Chiaromonte; n. 285 «Disposizioni in materia di consenso informato», presentato dai senatori PD Emanuela Baio, Benedetto Adragna, Antonio Papania e Daniele Bosone; n. 483 «Norme a tutela della dignità e delle volontà del morente» presentato dal senatore del PdL Piergiorgio Massidda; n. 800 «Direttive anticipate di fine Vita», presentato dai senatori del PD Adriano Musi, Luciana Sbarbati, Enzo Bianco, Claudio Micheloni; n. 972 «Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di volontà», presentato dal senatore del PD Umberto Veronesi; n. 994 «Disposizioni in materia di dichiarazione anticipata di trattamento» d'iniziativa dei senatori Emanuela Baio, Daniele Bosone, Benedetto Adragna e altri; n. 1095 «Disposizioni a tutela della vita nella fase terminale» d'iniziativa del senatore Fabio Rizzi della Lega; n. 1188 «Norme per l'alleanza terapeutica, sul consenso informato e sulle cure palliative», d'iniziativa dei senatori Laura Bianconi, Giampiero D'alia, Antonio Fosson e altri; n. 1323 «Indicazioni anticipate di cura» d'iniziativa dei senatori D'alia e Fosson; n. 1363 «Disposizioni a tutela della vita» d'iniziativa Esteban Juan Caselli, Nicola Di Girolamo, e altri; n. 1368 «Disposizioni in materia di accanimento terapeutico»[1580] d'iniziativa dei senatori D'alia e Fosson.

Da questi disegni di legge si nota l'affermazione della terminologia, maggiormente appropriata rispetto a "testamento biologico", che si sta assumendo per definire questo concetto e allo stesso tempo gli elementi stessi che lo caratterizzano. Di fatto, i senatori preferiscono le espressioni «consenso informato», «dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario», «direttive anticipate di fine vita».

Quasi tutti i disegni di legge all'esame della Commissione del Senato mirano a formulare una disciplina del consenso informato del paziente al trattamento sanitario, prevedendo che il soggetto interessato possa anche rifiutare le informazioni che gli spettano. Il fondamento di tale disciplina risale sostanzialmente al secondo comma dell'art. 32 della Costituzione.

La normativa relativa al consenso informato mira a garantire che l'intero iter diagnostico e terapeutico sia condotto sempre nel rispetto dell'autonomia del paziente e delle competenze di ogni professionista coinvolto. È fondamentale che ogni operatore agisca con integrità, pertanto, il consenso deve essere ottenuto solo dopo aver fornito al paziente tutte le informazioni che il medico consideri essenziali, rispondendo con pazienza, chiarezza e disponibilità a tutte le sue domande. È importante concedere al paziente il tempo necessario per assimilare le informazioni, riflettere su di esse, confrontarle e verificarle, arricchendole eventualmente con ulteriori fonti di conoscenza, se lo desidera. Il medico, in ogni situazione, deve modulare con attenzione la quantità e la complessità delle informazioni fornite, tenendo conto non soltanto del livello di istruzione e cultura del paziente, ma anche delle sue caratteristiche di personalità. È fondamentale che il professionista impari a percepire la capacità del paziente di affrontare e accettare notizie negative o delicate, adattando di conseguenza il modo in cui si comunica con lui.

Quasi tutti i disegni di legge regolamentano anche le dichiarazioni anticipate di volontà riguardanti i trattamenti sanitari, predisposte per i casi in cui il soggetto non possa esprimerle in futuro a causa di una perdita di capacità naturale o di un'impossibilità di comunicare. La volontà del paziente, in linea generale, viene considerata come un vincolo imprescindibile che il medico deve rispettare nell'ambito dell'obbligo di cura, salvo che non si verifichino le condizioni specificate dal paziente al momento dell'espressione della volontà stessa. Rispetto a queste, si è molto discusso, del ruolo del medico,

[1580] Senato della Repubblica, XVI Legislatura, *Relazione n. 10-A (Relazione orale). Disegni di legge*, 13 marzo 2009 in https://www.senato.it/show-doc?leg=16&tipodoc=DDLCOMM&id=404185&idoggetto=0&rif=1

trasformato in mero esecutore della volontà, diventata assoluta, del paziente. In ogni caso i disegni di legge concordano nel far decorrere l'efficacia vincolante della volontà del paziente dal momento in cui inizia lo stato di incapacità.
Ci sono i disegni (n. 136: Poretti e Perduca, n. 800: Musi, e n. 972: Veronesi) che prevedono espressamente la possibilità per il paziente di rifiutare i cosiddetti trattamenti di sostegno vitale, come idratazione e alimentazione. All'opposto c'è la posizione del disegno di legge n. 51 (Tommasini e altri), il quale specifica all'art. 5 che «l'idratazione e l'alimentazione parenterale non sono assimilate all'accanimento terapeutico» e quindi non possono essere rifiutate dal paziente o, eventualmente, dal suo fiduciario, o il disegno di legge n. 1363 (Caselli e altri) che all'art. 2 esplicita il divieto di eutanasia e suicidio assistito, ribadendo gli articoli del Codice penale che li puniscono. In maniera, in un certo senso, equidistante tra queste due posizioni si pongono gli altri disegni di legge in esame, i quali evitano di pronunciarsi direttamente su questo problema, utilizzando l'espressione «trattamenti sanitari» o simili. In tal modo si può ipotizzare che, mentre il maggior numero di disegni di legge interpreta l'espressione «trattamenti sanitari» che il paziente può rifiutare come comprensiva anche dell'idratazione e dell'alimentazione, ritenute cure sanitarie, qualche altro disegno di legge indirettamente non si pronuncia, in attesa del prosieguo dell'esame della Commissione, e pensa che l'alimentazione e l'idratazione non siano cure sanitarie e quindi il paziente non può rifiutarle.
Il disegno di legge n. 2350, che è la sintesi dei disegni di legge compiuta dalla Commissione, viene approvato alla Camera dei deputati nel 2011.
La normativa che disciplina le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) si realizza con la legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", in vigore dal 31 gennaio 2018, ha introdotto per la prima volta in Italia la possibilità per i cittadini maggiorenni e capaci di intendere e volere di esprimere in anticipo le proprie volontà riguardo i trattamenti terapeutici, nel caso in cui in futuro non fossero più in grado di intendere e di volere.
È essenziale considerare che le DAT rappresentano l'espressione della libertà individuale di comunicare i propri desideri riguardo ai trattamenti sanitari e alle decisioni di fine vita, nel caso in cui si trovasse in condizioni di incapacità di intendere e di volere. Nel disegno di legge approvato in Senato il 14 dicembre 2017, si è ritenuto che il concetto di «alleanza terapeutica» possa rappresentare l'autonomia del paziente di indirizzare le proprie scelte terapeutiche in un contesto spesso ignoto a lui e al contempo il medico responsabile di mettere in pratica e aggiornare tali indicazioni. In questo modo, il professionista può adottare le decisioni più appropriate per il paziente, considerando attentamente le sue volontà alla luce delle nuove circostanze che si presentano, sempre nel rispetto del principio di tutela della salute e della vita umana, seguendo i principi di precauzione, proporzionalità e prudenza.
In questo senso, il Comitato Nazionale per la Bioetica sottolinea che le DAT non implicano in alcun modo il riconoscimento del diritto all'eutanasia da parte del paziente, una volta che egli sia diventato incapace di agire autonomamente. La funzione giuridica delle DAT è invece quella di assicurare al malato la possibilità di esercitare la propria libertà di scelta riguardo ai trattamenti sanitari che, se fosse in grado, avrebbe il diritto di decidere. Di conseguenza, alimentazione e idratazione artificiale non possono essere oggetto di DAT, poiché sono considerate atti eticamente e deontologicamente doverosi, rappresentando forme di sostegno vitale, essenziali e fisiologicamente finalizzate ad

alleviare le sofferenze del paziente. La loro sospensione, infatti, potrebbe configurare una forma di eutanasia passiva[1581].

Il Comitato per la bioetica ha sottolineato che il carattere non vincolante, ma non per questo meramente orientativo delle DAT, non viola in nessun modo l'autonomia del soggetto, presumendo che nessun paziente si priverebbe della possibilità di beneficiare di quei trattamenti che si rendessero disponibili in un periodo successivo alla manifestazione della sua volontà. E in tale ambito va inquadrato il ruolo del medico, che non deve limitarsi a eseguire meccanicamente i desideri del paziente, ma ha l'obbligo morale di valutarne l'attualità in relazione alla situazione clinica e ai nuovi sviluppi scientifici.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha evidenziato che il carattere non vincolante delle DAT, pur mantenendo una funzione orientativa, non il viola in alcun modo l'autonomia del soggetto. Si presume infatti che nessun paziente rinuncerebbe alla possibilità di beneficiare di eventuali trattamenti disponibili in un momento successivo alla formulazione della sua volontà. In questo contesto, trova definizione anche il ruolo del medico, che non deve limitarsi a seguire meccanicamente le volontà del paziente, ma ha l'obbligo morale di valutarne l'attualità in relazione alla situazione clinica e alle nuove scoperte scientifiche.

Nella legge n. 219/2017 all'art. 2 (comma secondo), infatti, si afferma che: «Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati». Non si menziona in alcun modo la possibilità di sospensione dei sostegni vitali, quali alimentazione e idratazione, dunque, con le DAT pur assicurando un mezzo che scongiuri l'accanimento terapeutico non viene data la facoltà di predisporre anticipatamente di nessuna forma di eutanasia.

Prendendo le mosse dalla Raccomandazione n. 779/1976 dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa relativa ai diritti dei malati e dei morenti, la contrapposizione tra il valore teologico della "sacralità" della vita e il valore antropologico della "naturalità" della vita medesima si allarga al confronto tra il valore della "sacralità" della morte con il valore della "buona morte" secondo natura, degna e di qualità[1582]. Questa contrapposizione è un altro effetto collaterale della rivoluzione medica contemporanea, che ha permesso di far vivere il corpo artificialmente, potendone ritardare la morte grazie all'applicazione di cure il più delle volte oltre il limite del dignitoso, del moralmente lecito.

L'altra faccia di questa «morte medicalizzata a oltranza» è una «morte mortificata», in cui la morte si fa tabù, da ignorare e rimuovere, così come il paziente che ne è la manifestazione oggettiva, diventato ormai malato terminale. È per il malato terminale che sempre di più è stata utilizzata la nozione «dignità del malato», tanto che è finita per esserne abusato l'uso, tanto quanto la dizione «sacralità della vita»[1583]. Per la dignità del malato, inaugurata soprattutto dalla Raccomandazione sopra citata, si inizia ad augurargli una «buona morte», che spesso coincide con l'eutanasia e il suicidio assistito.

L'impossibilità di affermarsi, specie in Italia, della pratica eutanasica, che consiste essenzialmente nell'atto del medico di togliere la vita al paziente terminale, va inserendosi la pratica di suicidio assistito che sposta la responsabilità dell'atto dal medico al paziente, o al suo tutore. Il dibattito pubblico concernente il suicidio assistito si fonda si i due principi, così rilevanti bioeticamente, della

[1581] Comitato Nazionale per la Bioetica, *Parere. Dichiarazioni anticipate di trattamento*, 18 dicembre 2003, p. 12.
[1582] Cosmacini, *La religiosità della medicina*, cit, p. 192.
[1583] Ibi, p. 200.

salvaguardia della vita da un lato e dell'autodeterminazione del soggetto dall'altro, che difficilmente si riescono a conciliare, tanto nell'opinione pubblica quanto nell'arena politica. Su tale inconciliabilità è nuovamente la sfera giurisprudenziale a tracciare alcune vie.
Il cammino culturale e giuridico sul tema del suicidio assistito inizia nel 2006, quando i giudici, per il caso di Piergiorgio Welby, avevano riconosciuto al malato il diritto di rifiutare la terapia anche quando essa fosse costituita da interventi di sostegno vitale. Poi, con la sentenza della Corte di cassazione n. 21.748/2007, i giudici accolsero il ricorso del padre e tutore di Eluana Englaro di interrompere l'alimentazione forzata per le sue condizioni di stato vegetativo, nonostante fossero garantite le funzioni vitali, quali nutrizione e idratazione artificiali.
L'ultima sentenza riguarda il suicidio assistito di Marco Cappato, per cui è stata sollevata legittimità costituzionale dell'art. 580 del Codice penale (istigazione o aiuto al suicidio), promosso dalla Corte di assise di Milano, il 14 febbraio 2018.
La Corte costituzionale interviene in merito con la sentenza n. 242/2019, con la quale ha ritenuto:

> «non punibile ai sensi dell'articolo 580 del Codice penale, a determinate condizioni, chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche e psicologiche che egli reputa intollerabili ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli»[1584].

La Corte, inoltre, rimanda a un indispensabile intervento del legislatore e ha ritenuto subordinare la non punibilità all'accertamento da parte del Servizio Sanitario Nazionale delle condizioni che rispettino la normativa sul consenso informato, sulle cure palliative e sulla sedazione profonda (articoli 1 e 2 della legge 219/2017) e consultando il comitato etico territorialmente competente.
Infine, la Corte costituzionale ha chiesto al Parlamento di intervenire rapidamente: la sentenza potrebbe cancellare, sia a livello culturale che medico, le restrittive condizioni giuridiche imposte fin qui dai giudici.
A disciplinare materie delicate, come il fine vita, sono sempre di più i giudici, questa sentenza ne è l'ennesimo esempio, e sempre meno i parlamentari che inseguono e aggiustano la materia senza però riuscire a regolarla organicamente.
Il 18 luglio anche il CNB si esprime in merito al suicidio assistito con il documento "Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito" in cui si perviene a delle raccomandazioni condivise, anche se le posizioni in merito all'interno dello stesso Comitato sono divergenti. Nessuna di queste tocca in maniera incisiva l'argomento in oggetto. Queste vertono sull'attenzione che meritano le problematiche attinenti il suicidio assistito, le questioni relative al fine vita correlate al suicidio assistito, la fruibilità dei più alti standard di cura e di riduzione della sofferenza per i paziento in stato di inguaribilità, l'implementazione dell'informazione dei cittadini e della formazione del personale sanitario, la partecipazione dei cittadini al dibattito pubblico in merito e lo sviluppo della ricerca scientifica biomedica e psicosociale[1585].
L'avanzamento delle conoscenze biomediche ha portato a un ripensamento anche sul criterio di definizione della morte. Un ulteriore interrogativo riguarda infatti se questa debba essere riconosciuta come morte corticale, ovvero quella della corteccia cerebrale, sede della coscienza e dell'attività mentale che conferisce all'organismo lo status di persona, oppure come morte cerebrale totale, cioè

[1584] Corte costituzionale, *Sentenza n. 242 anno 2019*, in https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/ECLI:IT:COST:2019:242
[1585] Comitato Nazionale per la Bioetica, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, 18 luglio 2019, pp. 26-27.

quella dell'intero cervello, comprese le strutture sottocorticali del tronco encefalico, che sono essenziali sia per l'attività della corteccia sia per il mantenimento delle funzioni vitali vegetative[1586].
In linea di massima, il quesito dell'accertamento della morte umana si collega principalmente alla questione dei trapianti di organi post-mortem. La connessione tra le due tematiche è rafforzata dal fatto che finora le norme relative alla definizione di morte sono state inserite nelle leggi o nelle proposte legislative che riguardano i trapianti di organi da cadavere. D'altronde, una legge sui trapianti non poteva prescindere un previo accertamento definitivo della morte del donatore.
Dopo l'entrata in vigore della legge 2 dicembre 1975, n. 6442, e del relativo decreto attuativo, sono stati presentati nel giro di poco tempo diversi disegni di legge, con una serie di modifiche successive ai criteri di accertamento della morte. Tuttavia, tutti questi progetti di legge finiscono per decadere con le Legislature di riferimento. L'attesa prolungata di uno strumento legislativo autonomo, utile anche alla redazione di una nuova legge sui trapianti, porta il Comitato Nazionale per la Bioetica, appena istituito, a elaborare e diffondere un documento intitolato "Definizione e accertamento della morte nell'uomo".
Nel testo si definisce come momento della morte la «perdita totale e irreversibile dell'unitarietà funzionale dell'organismo»[1587] e prosegue specificando che la «totale necrosi [del cervello] segna il passaggio "dall'essere uomo vivente" alla morte; anche se alcuni organi, sostenuti artificialmente, possono conservare la propria funzione»[1588].
Viene promulgata la legge 29 dicembre 1993, n. 578. La legge aggiornata, in linea con le scoperte della medicina, si basa sul principio secondo cui, una volta verificata l'irreversibilità di tutte le funzioni dell'encefalo nel suo complesso, comprensivo del tronco cerebrale, il soggetto deve essere considerato sicuramente deceduto.
Verificare la irreversibile cessazione delle funzioni encefaliche rientra tra le competenze specifiche della categoria medica; pertanto, nella nuova normativa, il legislatore ha attribuito al Ministero della Sanità il compito di emanare, tramite una Commissione di esperti specializzati nominata dallo stesso Ministero, un decreto attuativo che disciplini l'applicazione della legge. Tale decreto deve definire «le condizioni la cui presenza simultanea determina il momento della morte» nonché «il periodo di osservazione durante il quale deve verificarsi il perdurare di tali condizioni, periodo che non può essere inferiore alle sei ore» (art. 2, comma 4). Esso, più precisamente, dovrà definire le modalità clinico-strumentali con le quali accertare «la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo» (art. 2, comma 2), sulla quale appunto si fonda la certezza di «morte avvenuta». Secondo quanto stabilito dalla legge, il decreto deve essere sottoposto all'approvazione obbligatoria e vincolante del Consiglio Superiore di Sanità prima della sua emanazione. Inoltre, prima di approvarlo, il Consiglio deve consultare e ottenere il parere di esperti qualificati nel settore competente.
Se, in presenza di soggetti con lesioni encefaliche, si dovesse dichiarare la morte senza seguire le procedure previste dalla legge, tali individui non possono essere posti in bara, sottoposti ad autopsia o trattamenti conservativi, né essere messi in celle frigorifere, né essere seppelliti o cremati, prima che siano trascorse 24 ore dalla dichiarazione di morte. Infine, la nuova legge stabilisce che ogni disposizione precedente che risulti incompatibile con la nuova normativa deve ritenersi abrogata.

[1586] Cit. in Cosmacini, G., *La medicina dei papi*, cit, p. 60.
[1587] Comitato Nazionale per la Bioetica, *Definizione e accertamento della morte nell'uomo*, 15 febbraio 1991, p. 7.
[1588] Ibi, p. 14.

Dal 1994 anno di entrata in vigore della suddetta legge al 2019 non sono state emanate nuove leggi in materia, ne sono stati unicamente aggiornate le modalità tecniche di accertamento e modificato il periodo di osservazione con i DM 11 aprile 2008 e DM 11 giugno 2008.
Nel 2010 il CNB pubblica un nuovo documento per integrare con le nuove conoscenze scientifiche quanto affermato nel documento del 1991. Il CNB mette ovviamente in relazione i criteri di accertamento di morte con il prelievo d'organi a scopo di trapianto.
Secondo il Comitato «sia lo standard neurologico che quello cardiopolmonare sono clinicamente validi per l'accertamento dell'avvenuta morte dell'essere umano»[1589] però specifica di rifiutare «l'idea che la morte possa essere definita sulla base di una mera "convenzione" fosse anche giustificata da altre ragioni umanitarie e solidaristiche, quali la donazione di organi. Alla luce di questa premessa e a fronte di situazioni complesse, la posizione condivisa è che un essere umano nell'incertezza della sua morte clinica debba essere considerato vivo e tutelato»[1590].
Il CNB ritiene, inoltre, «la legislazione italiana sull'accertamento dell'avvenuta morte, corredata dalle attuali linee guida, adeguatamente garantista e prudenziale e tale da consentire alle strutture mediche di adottare una pratica omogenea»[1591].
Dopo un lungo e tormentato iter giunge in porto la legge 1° aprile 1999 n. 91 "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti".
Il punto di maggiore rilievo della nuova normativa sui trapianti, che cambia sostanzialmente il regime sinora regolato dalla legge 2 dicembre 1975, n. 644, è che questa fa leva interamente sulla dichiarazione di volontà espressa dal soggetto mentre era ancora in vita e ai parenti non è concessa opposizione. La legislazione precedente invece non coinvolgeva obbligatoriamente il soggetto per la donazione dei propri organi e conferiva invece ai parenti prossimi la facoltà di opporsi al prelievo.
La legge, così come è stata formulata, sembra tenere conto anche delle argomentazioni prodotte nel 1991 dal Comitato Nazionale per la Bioetica, il quale non solo aveva definito come sicuro il criterio della morte celebrale ma ritiene, inoltre, che:

> «una disciplina legislativa dei trapianti d'organo non possa conseguire legalmente ed efficacemente lo scopo solidaristico che la motiva se non accetti senza riserve di fondarsi sul riconoscimento di alcuni basilari diritti: quello del rispetto della volontà eventualmente manifestata prima della morte dalla persona defunta; quello del rispetto della sua dignità, anche dopo la morte, da parte di chiunque; quello del rispetto dei valori espressi dalle persone legate alla persona defunta da un legame di familiarità o di convivenza. A quest'ultimo proposito è stato osservato nella Relazione come il ruolo riservato alla famiglia negli ordinamenti giuridici dei vari Stati (che oscilla fra quello di testimonianza e di interpretazione dell'inespressa volontà del defunto, e quello di esternazione di una volontà familiare autonoma, efficace anche se in ipotesi non corrispondente a quella volontà) assuma un peso che si accresce laddove l'ordinamento attribuisca scarso rilievo alla volontà diretta degli interessati di donare gli organi e che, viceversa, decresce laddove quest'ultima volontà sia posta dalle regole dell'ordinamento in posizione centrale»[1592].

La diminuzione dell'influenza della Chiesa cattolica, che ha orientato il legislatore nei periodi precedentemente analizzati, ha lasciato un campo di incertezza o di scontro tra la pluralità di posizioni, soprattutto sui temi bioetici, che ha paralizzato l'iniziativa legislativa lasciando molte materie non normate o normate senza tenere conto del nuovo assetto pluralista esistente nella società.

[1589] Comitato Nazionale per la Bioetica, *I criteri di accertamento della morte*, 24 giugno 2010, p. 31.
[1590] Ibidem.
[1591] Ibi, p. 32.
[1592] Comitato Nazionale per la Bioetica, *Donazione d'organo a fini di trapianto*, 7 ottobre 1991, pp. 4-5.

A queste mancanze o distorsioni del campo è sopravvenuta la disciplina giuridica e i valori a essa sottesa; «[i]l pericolo [però] è che alla deteologizzazione delle scelte (anche) giuridiche faccia seguito una sorta di "teologizzazione" costituzionale. V'è, in altri termini, il rischio che lo spazio creatosi per l'affievolirsi o per la frammentazione dei valori religiosi venga riempito da una sorta di sacralizzazione, non tanto dei valori sanciti dalla Costituzione, quanto dell'attività di interpretazione degli stessi alla quale sono chiamati gli organismi competenti»[1593].

6.2. Chiesa cattolica e questioni bioetiche.

6.2.1. Aborto, opposizione alla legge n. 194/1978 e contraccezione d'emergenza.

L'emanazione in Italia della legge n. 194/1978 che disciplina l'interruzione volontaria di gravidanza, consentendone la pratica gratuitamente attraverso il Servizio Sanitario Nazionale è un evento che segna la storia del rapporto tra Chiesa cattolica e sanità italiana. Da questo momento la gerarchia cattolica e i suoi fedeli impegnano moltissimi sforzi e risorse per opporsi all'attuazione della legge e per opporsi sul piano culturale ed etico alla mentalità, da loro definita, abortista. Gran parte del suo Magistero continua a comprendere il principio di difesa della vita, e della vita nascente in particolar modo. I pontefici che si susseguiranno in questi anni, Giovanni Paolo II soprattutto; La Conferenza episcopale italiana, dai vertici fino alle basi; associazioni cattoliche e singoli fedeli, in particolare medici ed operatori sanitari; tutti si attivano a difesa della vita nascente e si oppongono alla "legge abortista" del 1978. Questo impegno genera dibattito intorno al tema dell'aborto, origina nuovi istituti, associazioni, centri; mobilita risorse e persone del mondo cattolico italiano a spendersi in questa missione. Missione che si concretizza nell'arena pubblica, nei consultori, negli ospedali, nei tribunali e nelle sedi della Repubblica italiana.
Nel corso degli anni 1978-1979, la CEI produce almeno sette documenti, che affrontano il tema dell'aborto all'interno dell'impegno pastorale della Chiesa per la difesa della vita. Questi materiali, elaborati dagli organismi dell'Episcopato italiano, sono stati emessi sia collettivamente dalla CEI, sia da gruppi di vescovi regionali o da singoli religiosi.
In tutti questi interventi, l'insegnamento della Chiesa italiana in materia di accoglienza della vita nascente e di aborto si fonda sulla necessità di riscoprire e riaffermare la sacralità della vita come uno dei valori morali fondamentali. Si tratta di un insegnamento costante della Chiesa cattolica, ribadito dal Concilio Vaticano II e dal magistero pontificio, che non si vuole rivolgere «contro qualcuno, ma a favore di tutti»[1594], sottolineando il valore inalienabile di ogni vita umana.
L'istruzione della CEI di dicembre 1978, "Comunità cristiana e l'accoglienza della vita nascente", considerata la più completa e dettagliata tra quelle pubblicate in quell'anno, apre ricordando alla comunità cristiana, nella prima parte, il disordine morale rappresentato dall'aborto e la natura della colpa associata ad esso. Successivamente, si rivolge in modo particolare alle cristiane, esortandole a partecipare attivamente alla tutela e alla promozione della vita umana. Come strumenti pratici, il documento propone i consultori familiari, sottolineando l'importanza della presenza dei cristiani sia nei servizi pubblici che in quelli privati; indica i Centri per l'accoglienza della vita; e invita alla solidarietà con le donne in attesa, sostenendo il valore della maternità. Pertanto, si focalizza sui doveri di coppie e famiglie cristiane, sottolineando l'importanza della disponibilità ad accogliere e assistere

[1593] *Rapporto Milano. Bioetica, diritto e religioni (Milano, 23 febbraio 2015)*, in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 1, 2015, p. 6
[1594] Caruso, A., *L'aborto un anno dopo,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 130, v. III, 1° settembre 1979, p. 417.

i figli degli altri. Sottolinea anche il ruolo di sacerdoti, medici, operatori sanitari, personale religioso, direttori sanitari, membri dei consigli di amministrazione di ospedali e case di cura, nonché dei giudici tutelari. Inoltre, evidenzia l'impegno dei credenti nel contesto politico di fronte alle leggi considerate abortiste, invitandoli a un atteggiamento responsabile e coerente con i valori della vita[1595]. Nello stesso solco pratico-pastorale vanno i numerosi interventi delle Conferenze episcopali regionali o di singoli vescovi. Le prese di posizione o le iniziative dei gruppi cattolici in difesa della vita, sono molteplici. Numerosi sono i convegni, nazionali o locali, in primo luogo quelli organizzati dall'Azione Cattolica, dai medici e giuristi cattolici. Tra questi anche i Centri di aiuto alla vita, che fanno capo al Movimento per la vita. Attraverso tutti questi documenti, enti e iniziative i cattolici, impegnati nella tutela della vita, intendono seguire quattro direttrici: «preghiera e riparazione per le offese alla vita; sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulla gravità ed estensione del problema; aiuto concreto alle donne in difficoltà; attività coordinata per la messa in discussione della legge abortista»[1596].

La messa in discussione della legge n. 194/1978 si realizza in gran parte attraverso l'obiezione di coscienza alla pratica abortiva da parte di molte e molti medici ed operatrici e operatori sanitari.

Secondo la Chiesa cattolica, con la legge "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza" i medici che hanno scelto una professione di vita sono chiamati a divenire strumento di morte, o vengono emarginati. L'obiezione di coscienza, diritto sancito dall'art. 9 della legge è divenuta, secondo i cattolici, il capro espiatorio del fallimento della legge[1597].

Il prof. Bompiani[1598], primario di ginecologia al Policlinico Gemelli di Roma e senatore di Democrazia Cristiana, nel 1979 scrive che di fronte all'aborto, così come è stato legalizzato, il medico non trova rispettata «la sua professionalità, che comporta diagnosi, prognosi, terapia»[1599]. Secondo lui, in merito alla volontà della donna, il medico si configura come un semplice operatore sanitario, chiamato a eseguire le procedure senza poter esercitare un giudizio di responsabilità o decisione personale sulle indicazioni relative all'interruzione di gravidanza. *La Civiltà Cattolica* evidenzia come, se la maggioranza degli obiettori proviene da ambienti cattolici motivati da convinzioni morali e religiose, numerosi professionisti della salute non appartenenti a questa fede espongano ugualmente obiezioni contrarie all'aborto. Secondo la prospettiva cattolica, la vita rappresenta un valore fondamentale dell'etica naturale. Perciò, non si può giustificare l'atteggiamento di ostilità verso gli obiettori, che talvolta si traduce in misure completamente discriminatorie, arrivando a privarli anche della possibilità di offrire consulenza alle donne che, prima di decidere di abortire, si rivolgono a loro per chiedere aiuto. Questa discriminazione nei confronti dei medici che sollevano obiezione di coscienza rapportata alle tante denunce dei cattolici sull'alto tasso di aborti autorizzati dai consultori familiari, porta per loro a una sola conclusione, che si vuole l'aborto per l'aborto. Infatti, dal loro punto di vista, i consultori creati col danaro di tutti, secondo i principi generali della legge n. 194/1978, con il compito di consigliare le donne a favorire la vita si sono in gran parte trasformati esclusivamente in fabbriche di divorzi e di aborti[1600].

[1595] Ibi, p. 418.
[1596] Ibi, p. 419.
[1597] Ibi, p. 415.
[1598] Anche senatore DC.
[1599] Cit. in ibi, p. 416.
[1600] Ibidem.

La pubblicazione dell'istruzione della CEI "La comunità cristiana e l'accoglienza della vita umana nascente" alza un enorme dibattito mediatico perché viene decretata la scomunica per chiunque procuri un aborto. Più precisamente, nella sua conclusione viene riportato che «le persone che chiedono l'aborto, lo compiono o collaborano a compierlo in consapevolezza e libertà, si macchiano di gravissimo peccato», che «non esclusa la madre, nel caso che si raggiunga l'effetto, incorrono nella scomunica *latae sententiae* riservata all'Ordinario»[1601].

La Civiltà Cattolica rispondendo alla discussione mediatica e alle critiche intorno a queste affermazioni contenute nell'istruzione sostiene che i vescovi italiani non hanno «ripescato la scomunica dal vecchio codice di diritto canonico»[1602] come affermato su *Il Messaggero*, come se essi avessero voluto rimettere in vita una pena ecclesiastica ormai decaduta. La scomunica è stata sempre in vigore e i vescovi italiani non fanno che ricordarlo ai loro fedeli. È, perciò, ingiusto ed offensivo, secondo loro, fare questa affermazione in merito all'istruzione dell'episcopato italiano.

Per essere soggetti alla scomunica, è necessario che si effettui un'interruzione di gravidanza, intendendola e volendola direttamente, e che si adottino le azioni che la causano. La scomunica comporta l'esclusione del fedele dalla piena comunione ecclesiastica, che si esprime attraverso l'Eucaristia; di conseguenza, chi è scomunicato non può partecipare al sacramento dell'Eucaristia né ricevere gli altri sacramenti, inclusa la penitenza, a meno che non sia stato previamente reintegrato nella comunione della Chiesa[1603].

La scomunica non rappresenta un'esclusione totale e definitiva dalla comunione della Chiesa, poiché il soggetto scomunicato rimane comunque legato ad essa attraverso il vincolo del battesimo ed è tenuto a adempiere ai propri doveri di membro della comunità ecclesiale. Inoltre, la scomunica è una misura temporanea, valida fino a quando chi ha provocato l'interruzione di gravidanza non si pente del proprio peccato e non chiede di essere reintegrato pienamente nella comunione ecclesiale. Pertanto, il suo scopo principale non è la punizione, ma piuttosto favorire la consapevolezza della gravità oggettiva del peccato compiuto e promuovere il processo di conversione; essa mira inoltre a scoraggiare i credenti dal lasciarsi sopraffare dalla tentazione di ricorrere all'aborto.

La motivazione dietro l'uso della scomunica risiede nel fatto che molte persone, secondo la Chiesa cattolica, compresi gli stessi fedeli, non sono pienamente convinte della gravità del peccato di aborto oppure fanno fatica a riconoscerne la gravità. Questo fenomeno si è particolarmente accentuato in epoca moderna, nel quale, da un lato, tra i cattolici, si diffonde sempre più una visione egoistica e edonistica della vita, e dall'altro, si assiste a una crescente perdita del senso del valore della vita umana. Reinserendo la scomunica come strumento, la Chiesa intende offrire un servizio alla coscienza individuale e alla società, contribuendo a mantenere vivo e attivo il senso del valore dell'essere umano.

L'orientamento della CEI in merito alla legge che legalizza l'aborto è molto netto: essa viene considerata intrinsecamente e gravemente immorale, e non è in grado di vincolare le coscienze. Inoltre, secondo la posizione cattolica, tale legge si configura come contraria allo spirito stesso dello Stato, il quale nasce e si sostiene proprio per garantire i diritti di tutti i cittadini, in particolare dei soggetti più deboli[1604].

Secondo i commentatori cattolici, la critica intorno alla scomunica ha falsato l'intento di questa istruzione pastorale della CEI. Infatti, il suo fine principale non era tanto quello di condannare, ma

[1601] Cit. in *Aborto, scomunica e accoglienza della vita*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 130, v. I, 6 gennaio 1979, p. 3.
[1602] Ibi, p. 5.
[1603] Ibi, p. 6.
[1604] Ibi, p. 8.

di ribadire la dottrina della Chiesa sull'aborto e soprattutto rivolgere un invito a tutti i fedeli a impegnarsi concretamente per promuovere l'accoglienza della vita e prevenire l'aborto. La parte più innovativa e centrale del documento della CEI, secondo loro, è proprio la seconda sezione, che si concentra sull'azione pastorale della comunità cristiana per sostenere la vita nascente, delineando obiettivi pratici e strumenti concreti per realizzarli.
Ad esempio, si può fare riferimento al modo in cui nell'istruzione si affronta la situazione della donna che si trova ad affrontare una maternità difficile, e in particolare, come il sacerdote dovrebbe comportarsi nei confronti di chi ha compiuto il peccato dell'aborto. Inoltre, si considerano le modalità per riconoscere e valorizzare il diritto all'obiezione di coscienza[1605]. Per quanto riguarda l'obiezione di coscienza, essa dovrebbe implicare un impegno a favore della vita, ad esempio offrendo gratuitamente la propria presenza e disponibilità nei consultori familiari di ispirazione cristiana o pubblici, così come nei Centri dedicati all'accoglienza e tutela della vita[1606].
Nel 1981, dopo che la Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità della proposta «massimale» per il referendum abrogativo proposta dal Movimento per la vita, la partecipazione dei cattolici al voto si incrina, rendendo necessario ribadire il motivo per il quale è importante andare a votare favorevolmente per la proposta «minimale».
La motivazione che sostiene la partecipazione dei cattolici al voto referendario si basa sull'idea che il cristiano ha il dovere di impegnarsi per salvare il maggior numero di vite umane, facendo quanto è possibile nella situazione concreta in cui si trova. Il contesto in cui si trovano i cattolici italiani nel 1981 differisce da quello considerato nella dichiarazione della Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede del 1974. Se si trattasse di introdurre una legge abortista in un paese dove l'aborto è ancora illegale, il cristiano dovrebbe opporsi e rifiutarsi di sostenere tale iniziativa. Tuttavia, nel caso italiano del 1981, la questione non riguarda tanto l'introduzione di una legge abortista, bensì l'opposizione ad essa, che si cerca di attuare attraverso strumenti legali disponibili nelle circostanze storiche del momento[1607].
Il principio secondo cui l'aborto è sempre condannabile e inammissibile, in ogni circostanza, deve restare saldo nella coscienza cristiana; tuttavia, esso deve essere contestualizzato nella realtà storica concreta. Il cristiano, cioè, è chiamato a impegnarsi attivamente in ogni situazione per difendere la vita umana contro l'aborto, sia esso clandestino sia legalizzato. Se, per circostanze esterne e indipendenti dalla volontà individuale, non è possibile riconoscere giuridicamente la totale illiceità dell'aborto, è comunque dovere del cristiano lavorare affinché l'obiettivo di tale protezione venga realizzato, anche se non nella sua massima perfezione, almeno nella misura più ampia possibile. Pertanto, qualora non si possa abolire completamente una legge che legalizza l'aborto, resta comunque il dovere di impegnarsi affinché essa venga significativamente limitata e ristretta al massimo[1608].
In definitiva, sia l'astensione dal voto sia il rifiuto di sostenere la proposta «minimale» equivalgono non solo a una rinuncia ad agire per contrastare l'aborto nella misura possibile, ma anche a un atto che, positivamente, permette che l'attuale legge rimanga in vigore. Al contrario, il successo della proposta «minimale» non comporterebbe necessariamente l'abolizione totale della legge, ma

[1605] Ibi, p. 10.
[1606] Ibi, p. 11.
[1607] *Verso il referendum sull'aborto: dire "si" alla vita*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 132, v. I, 21 febbraio 1981, p. 319.
[1608] Ibi, p. 320.

porterebbe sicuramente a una contestazione della cultura abortista che essa sostiene e che si basa su principi di permissività radicale[1609]. Questo concetto è anche ribadito l'11 febbraio 1981 dalla CEI:

> «L'iniziativa referendaria del Movimento per la Vita è moralmente accettabile ed è impegnativa per la coscienza cristiana, perché persegue, mediante l'abrogazione di alcune norme della legge abortista, l'obiettivo di restringerne, nella misura del possibile, l'ampiezza e di ridurne gli effetti negativi. Non ne consegue, peraltro, che le rimanenti norme abortiste della citata legge civile possano risultare moralmente lecite e praticabili»[1610].

Anche i medici cattolici spostano gran parte del loro impegno a boicottare la legge, in difesa della vita nascente. Nella mozione finale del XVI Congresso nazionale dell'AMCI, nel 1982, si afferma:

> «L'AMCI invita ancora una volta tutti i soci a denunciare con coraggio e chiarezza quanto la legge 194, la legge di aborto, sta compiendo di delittuoso nel nostro Paese, consentendo, a chi vuole, perfino di sconfinare dai contenuti e dalle sue ambigue finalità. L'AMCI fa appello alla coerenza e al coraggio non soltanto dei soci, ma di tutti coloro che in essa intendono riconoscersi, affinché si servano, per dovere morale, del dispositivo di legge che riguarda l'obiezione di coscienza: dovere morale che va seriamente ricordato e illustrato anche a tutti i neolaureati in medicina. A questo dovere si accompagna quello di operare per la famiglia, contribuendo a rafforzare il legame di amore fra i suoi membri, aiutando ciascuno nelle sue specifiche necessità e portando una particolare attenzione per l'accoglienza alla vita e per la cura amorosa dei più piccoli, spesso trascurati e spersonalizzati dal tecnicismo […]»[1611].

Nel 1985 si tiene il XVII Congresso nazionale dell'AMCI, che assume una particolare valenza soprattutto per la celebrazione dei quarant'anni di attività dell'Associazione. Inoltre, si tratta del primo congresso che si svolge dopo l'istituzione della Pontificia Commissione per la pastorale degli operatori sanitari e l'arcivescovo Angelini, che ne è co-presidente, è un volto guida dell'AMCI fin dal 1959[1612].
In relazione all'impegno per la pace si afferma che questo impegno non può essere considerato sotto un solo aspetto, ma: «[…] dev'essere assunto integralmente e globalmente, ed è credibile ed efficace se chi se lo assume è coerente, sempre, con l'impegno di difesa della vita[1613]: non è certo un buon apostolo di pace il medico che partecipa a iniziative pacifiste, ma poi sopprime vite che stanno per nascere, o accetta l'eutanasia […]»[1614].
In questo contesto viene anche ricordato lo sforzo compiuto dall'AMCI nel contribuire alla riforma sanitaria in Italia, impegnandosi attivamente nella lotta contro l'aborto. Attraverso campagne di sensibilizzazione capillari rivolte all'opinione pubblica e inviando delegazioni di rilievo presso le Commissioni della Camera e del Senato, ponendosi l'obiettivo di contenere almeno gli effetti negativi della legge n. 194/1978[1615].

[1609] Ibi, p. 321.
[1610] Ibi, p. 322.
[1611] Cit. in Caprile, G., *Medici a difesa della vita e problemi della famiglia*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 133, v. IV, 6 novembre 1982, p. 269.
[1612] Caprile, G., *"La medicina per la civiltà della pace". Il XVII Congresso dei medici cattolici italiani*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 136, v. III, 21 dicembre 1985, p. 576.
[1613] Ricordiamo le critiche mosse dal mondo protestante quando la difesa della vita era vista ipocritamente proprio perché non c'era una presa di posizione su altri temi, come appunto le guerre.
[1614] Caprile, G., *"La medicina per la civiltà della pace". Il XVII Congresso dei medici cattolici italiani*, cit, p. 576.
[1615] Ibi, p. 583.

Tra i quattro punti salienti della mozione approvata all'unanimità, alla fine del Congresso, si afferma anche:

> «La tutela della vita umana, dal concepimento alla morte naturale, diviene il logico e fondamentale presupposto della difesa della pace e il terreno specifico dell'azione svolta dai medici per la sua tutela. Ne conseguono: la conferma della netta condanna dell'aborto, dell'eutanasia e di tutti quei programmi demografici coercitivi della libera e responsabile adesione dei soggetti interessati […]»[1616].

Un altro elemento correlato alla legge n. 194/1978 su cui la posizione cattolica si scontra, come accennato sopra, sono le modalità con le quali sono condotti i consultori familiari.
Dal punto di vista cattolico, si auspica una revisione sostanziale della legge n. 405/1975 riguardante i consultori familiari, a causa di gravi carenze che ne compromettono il ruolo.
Infatti, viene denunciato, da parte cattolica, una discriminazione tra i consultori familiari d'ispirazione cattolica, previsti dalla stessa legge n. 405/1975, e i consultori pubblici, che non vengono trattati, nella programmazione regionale e nella divisione dei fondi che lo Stato mette a disposizione per questo servizio, con la stessa dignità e la stessa equità che si usano con i consultori pubblici. In particolare, si afferma che alcune Regioni, in contrasto con la stessa legge, erogano diversamente i fondi statali se si tratta di consultori pubblici o d'ispirazione cristiana.
Inoltre, questa discriminazione non si spiega, da parte cattolica, essendo i consultori d'ispirazione cattolica molto più in linea con quanto affermato dalla legge n. 405/1975. Infatti, molti consultori pubblici sono stati progressivamente collegati alle USL, assumendo la forma di ambulatori sanitari e determinando così la perdita della loro dimensione socio-psicologica originaria. Questo risultato va contro l'intento fondamentale della legge n. 405/1975, che aveva come obiettivo proprio il mantenimento di una funzione integrata e multidisciplinare che includeva aspetti sociali, psicologici e sanitari. Si segnala, infatti, un progressivo processo di burocratizzazione del servizio e un'ulteriore accentuazione della sua dimensione sanitaria, che trova origine nel collocamento del servizio consultoriale all'interno del distretto sanitario e nella fascia materno-infantile. Questa evoluzione provoca una perdita di identità del "consultorio familiare", che dovrebbe essere un organismo con una forte integrazione delle componenti sociali, psicologiche e mediche, caratteristiche fondamentali del suo ruolo. Viene inoltre evidenziata la mancanza di risposte adeguate ai bisogni derivanti dalle crisi relazionali all'interno della famiglia, nella coppia, tra le generazioni, e soprattutto ai bisogni della persona nella sua totalità. Ancora, si sottolinea una carenza nella formazione specifica degli operatori, sia nelle tecniche di colloquio con gli utenti sia nel lavoro di équipe interdisciplinare. Infine, nei consultori pubblici si riscontra una insufficiente attività preventiva contro l'aborto volontario[1617].
Dal loro punto di vista i consultori di ispirazione cattolica, invece, interpretano più pienamente lo scopo della legge n. 405/1975, che aveva come finalità il consultorio familiare come «servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità» (art. 1). Infatti, questi consultori, istituiti con l'obiettivo di offrire un supporto specifico alla persona, alla coppia e alla famiglia, sottolineano il ruolo centrale della famiglia stessa; promuovono la figura del consulente familiare come referente principale e, nella maggior parte dei casi, svolgono un lavoro interdisciplinare e di équipe, rafforzando così il loro carattere integrato e umano.

[1616] Ibi, pp. 584-585.
[1617] De Rosa, G., *I consultori familiari pubblici e privati in Italia,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 137, v. IV, 1986, p. 77.

Infine, si invita la comunità cristiana italiana, e in particolare le comunità locali, a offrire un maggiore sostegno, sia a livello morale che finanziario, ai consultori cristiani gestiti dall'UCIPEM e dalla Confederazione nazionale, che nel 1986 sono 220 in tutta Italia[1618].

Pur essendo di ispirazione cattolica, l'UCIPEM non si configura come un'organizzazione confessionale, preferendo richiamarsi ai valori della Costituzione italiana, che ritiene sufficientemente portatrice di principi che garantiscono la libertà, il rispetto e la dignità della persona. Il suo obiettivo principale, infatti, è: «Promuovere il rafforzamento dei valori del matrimonio e della famiglia secondo lo spirito della Costituzione italiana e i principi fondamentali in essa riconosciuti e affermati» (art. 2 dello Statuto). Tuttavia, l'UCIPEM fonda e considera come scopo del proprio servizio consultoriale la persona umana, valutandola, in linea con la visione evangelica, nella sua unità e nella dinamica delle sue relazioni sociali, familiari e di coppia.

I vescovi italiani avrebbero desiderato, pur mantenendo la fiducia nei responsabili dell'UCIPEM, che l'associazione modificasse il suo statuto per adottare una configurazione confessionale. Tuttavia, nell'assemblea dei soci del 1975 sono stati confermati i principi di aconfessionalità e di laicità dell'associazione[1619].

Come già illustrato nel quarto capitolo, la Confederazione Nazionale dei consultori familiari di ispirazione cristiana è stata fondata nel 1978, con sede legale a Roma, presso il Consultorio Familiare dell'Università Cattolica. Questi consultori sono stati istituiti su iniziativa della Conferenza Episcopale Italiana, che, nella XII Assemblea, ha espresso il seguente voto: «Sostenuti dalle Chiese locali e collegati con gli altri organismi della pastorale familiare, sorgano a livello diocesano, o almeno interdiocesano, o regionale, consultori familiari professionalmente validi e di sicura ispirazione cattolica»[1620]. In questo modo, tali consultori si differenziano da quelli dell'UCIPEM sia per il carattere confessionale sia perché il consulente morale, presente in tutti i casi, viene designato dal vescovo locale, mentre la CEI si occupa di nominare il responsabile a livello nazionale. Essi «si propongono statutariamente la promozione e la salvaguardia dei valori della famiglia, del matrimonio, della vita, della sessualità e dell'amore, conformemente al Magistero della Chiesa cattolica»[1621].

Giovanni Paolo II ricevendo, nel 1980, la Confederazione dei consultori familiari cristiani, li definisce «uno dei modi concreti con cui la comunità cristiana si rende presente accanto alla coppia nella sua crescita e nella sua maturazione»[1622]; lodandone l'impegno e riconoscendo lo sforzo di rimanere fedeli alla loro identità cristiana, in particolare attraverso un atteggiamento positivo a sostegno della vita e nella lotta contro le mentalità contraccettiva e abortista, esprime loro vivo incoraggiamento a proseguire con determinazione su questa linea, attraverso queste parole:

> «Compito dei consultori è di aiutare a superare le difficoltà, non di assecondare la resa di fronte ad esse. In questa prospettiva desidero sottolineare l'urgenza di una testimonianza inequivocabile di servizio alla vita. I componenti del consultorio non solo debbono impegnarsi nel prestare interessamento e assistenza a chi ricorre al loro aiuto, ma si devono sentire, altresì, in dovere di escludere ogni forma di partecipazione ad interventi abortivi. I vescovi italiani hanno parlato chiaro a questo proposito: occorre seguirli, senza lasciarsi sviare da altri maestri. Un simile atteggiamento di coerente linearità rientra, peraltro, nell'ambito di quell'autonoma libertà di indirizzo che anche la legge civile riconosce»[1623].

[1618] Ibi, p. 78.
[1619] Ibi, p. 75.
[1620] Cit. in ibidem.
[1621] Ibi, p. 76.
[1622] Cit. in Caprile, G., *Giovanni Paolo II e il diritto alla vita*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 132, v. II, 2 maggio 1981, p. 274.
[1623] Cit. in ibi, p. 275.

Questo intervento di Giovanni Paolo II ricorda i tanti interventi di Pio XII nei confronti degli operatori sanitari, quando ancora non era nemmeno pensabile la legalizzazione dell'aborto in Italia. Durante i ventisei anni del suo pontificato, Giovanni Paolo II non si sottrae dalle occasioni di affermare e riaffermare la contrarietà della Chiesa davanti a uno Stato, da lui definito immorale, che ha legiferato in tal modo. Nell'enciclica *Evangelium vitae* del 25 marzo 1995 afferma che la legge n. 194/1978 ha fatto gettare la maschera dietro cui gli Stati democratici nascondono la loro vera natura di democrazie totalitarie.
In merito all'impegno dei cattolici contro la legge, l'enciclica afferma:

> «[…] la nostra attenzione intende concentrarsi, in particolare, su un altro genere di attentati, concernenti la vita nascente e terminale, che presentano caratteri nuovi rispetto al passato e sollevano problemi di singolare gravità per il fatto che tendono a perdere, nella coscienza collettiva, il carattere di «delitto» e ad assumere paradossalmente quello del "diritto", al punto che se ne pretende un vero e proprio riconoscimento legale da parte dello Stato e la successiva esecuzione mediante l'intervento gratuito degli stessi operatori sanitari. Tali attentati colpiscono la vita umana in situazioni di massima precarietà, quando è priva di ogni capacità di difesa. Ancora più grave è il fatto che essi, in larga parte, sono consumati proprio all'interno e ad opera di quella famiglia che costitutivamente è invece chiamata a essere «santuario della vita»[1624].

Nell'enciclica, il pontefice insiste sulla contrapposizione tra una "cultura della vita" e una "cultura di morte". Quest'ultima è vista come una vera e propria «struttura di peccato», caratterizzata dall'imporsi di una «cultura anti-solidaristica». Questa sarebbe attivamente promossa da forti correnti culturali, economiche e politiche, portatrici di una concezione efficientistica della società, come una sorta di guerra dei potenti contro i deboli. Chi, per via della malattia, della disabilità o, più semplicemente, per la propria semplice presenza, mette in discussione il benessere o le abitudini di vita di chi ha privilegi, rischia di essere percepito come un nemico da cui difendersi o da eliminare. Si genera così una sorta di «congiura contro la vita». Questa dinamica non riguarda soltanto le relazioni personali, familiari o di gruppo, ma si estende ben oltre, fino ad influenzare e sovvertire, a livello globale, «i rapporti tra i popoli e gli Stati»[1625].
Dieci anni dopo, in un messaggio del 10 gennaio 2005 ai diplomatici accreditati presso la Santa Sede, Giovanni Paolo II afferma che l'opposizione assoluta all'aborto è parte integrante di quella «sfida della vita» che la Chiesa rilancia contro la «cultura della morte» di cui è responsabile uno Stato che dovrebbe avere «come suo compito primario la tutela e la promozione della vita umana»[1626].
Nella sua battaglia senza tregua in difesa della sacralità della vita, in uno scritto su «memoria e identità» il papa si avventura su di un terreno scivoloso dopo una citazione dello sterminio ebraico da parte del nazismo. Scrive: «C'è ancora una strage "legalizzata di esseri umani, [quelli] che sono stati concepiti ma non sono nati. Stiamo parlando di una strage che è stata permessa nientemeno che da parlamenti democraticamente eletti».
L'inaccettabile parallelo tra l'aborto e l'Olocausto suscita una indignazione che il cardinale Ratzinger cerca di smorzare affermando che il papa non intendeva mettere l'Olocausto e l'aborto sul medesimo

---

[1624] *Lettera enciclica «Evangelium vitae» del sommo pontefice Giovanni Paolo II ai vescovi, ai presbiteri e ai diaconi, ai religiosi e alle religiose, ai fedeli laici e a tutte le persone di buona volontà sul valore e l'inviolabilità della vita umana,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 146, v. II, 15 aprile 1995, p. 150.
[1625] *Lettera enciclica «Evangelium vitae» del sommo pontefice Giovanni Paolo II ai vescovi, ai presbiteri e ai diaconi, ai religiosi e alle religiose, ai fedeli laici e a tutte le persone di buona volontà sul valore e l'inviolabilità della vita umana,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 146, v. II, 15 aprile 1995, p. 150.
[1626] Cit. in Cosmacini, G., *La medicina dei papi*, cit, p. 58.

piano, bensì far notare che l'incultura della morte è una male che prospera «anche nei sistemi politici liberali»[1627].
La cultura della morte, per il papa, si identifica, oltreché nell'aborto, nella fecondazione artificiale, nella clonazione e nella contraccezione.
Infatti, sebbene abbiano una diversa natura e un diverso peso morale, per la Chiesa cattolica aborto e contraccezione sono spesso strettamente collegati, come frutti di una medesima mentalità. Secondo questa visione, in molti casi queste pratiche affondano le loro radici in un atteggiamento edonistico e di scarso senso di responsabilità nei confronti della sessualità, sostenendo un concetto egoistico di libertà che considera la procreazione come un ostacolo alla piena realizzazione della propria personalità. Di conseguenza, la vita potenzialmente generata dall'incontro sessuale viene percepita come un nemico da evitare, mentre l'aborto rappresenta l'unica soluzione possibile, nel caso in cui la contraccezione fallisca. Inoltre, secondo tale logica, la correlazione tra l'uso della contraccezione e l'aborto si sta sempre più diffondendo nella società. Un esempio significativo di questa connessione è rappresentato, secondo la visione cattolica, dalla contraccezione d'emergenza.
A ottobre del 2000, un comunicato della Pontificia Accademia per la Vita (PAV) afferma che:

> «La *pillola del giorno dopo* è un preparato a base di ormoni che, assunta entro e non oltre le 72 ore dopo un rapporto sessuale presumibilmente fecondante, impedisce che l'eventuale ovulo fecondato (il quale è un embrione umano), ormai giunto nel suo sviluppo allo stadio di blastocisti (5°-6° giorno dalla fecondazione), si impianti nella parete uterina. […] Soltanto nel caso in cui l'assunzione di tale pillola dovesse precedere l'ovulazione, essa potrebbe agire come un meccanismo di blocco di quest'ultima (in questo caso si tratterebbe di un'azione soltanto contraccettiva)».

La PAV prosegue dicendo:

> «[…] può essere utile, per motivi di descrizione scientifica, distinguere con termini convenzionali (ovulo fecondato, embrione, feto, etc.) differenti momenti di un unico processo di crescita, non può mai essere lecito decidere arbitrariamente che l'individuo umano abbia maggiore o minor valore (con conseguente fluttuazione del dovere alla sua tutela) a seconda dello stadio di sviluppo in cui si trova.
>
> Pertanto, risulta chiaramente che l'acclarata azione "antinidatoria" della *pillola del giorno dopo*, in realtà, nient'altro è se non un aborto realizzato con mezzi chimici. Non è coerente intellettualmente, né giustificabile scientificamente, affermare che non si tratti della stessa cosa.
>
> Del resto, appare abbastanza chiaro che l'intenzione di chi chiede o propone l'uso di detta pillola è finalizzata direttamente all'interruzione di una eventuale gravidanza in atto, esattamente come nel caso dell'aborto. La gravidanza, infatti, comincia dalla fecondazione e non già dall'impianto della blastocisti nella parete uterina, come invece si tenta di suggerire implicitamente»[1628].

A riguardo, ha preso posizione anche il presidente della CEI, il cardinale Camillo Ruini, sottolineando che, secondo i dati scientifici inconfutabili forniti dalla Pontificia Accademia per la Vita, la pillola del giorno dopo:

> «non è semplicemente un "contraccettivo d'emergenza" ma un vero e proprio "abortivo". […] Una nuova vita umana ha inizio, infatti, quando si uniscono il seme maschile e quello femminile; da allora esiste un

[1627] Cit. in ibidem.
[1628] Pontificia Accademia per la Vita, *Comunicato sulla cosiddetta pillola del giorno dopo*, Città del Vaticano, 31 ottobre 2000, in https://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pa_acdlife_doc_20001031_pillola-giorno-dopo_it.html

> nuovo essere umano che, per sopravvivere e svilupparsi, si annida nell'utero. Impedire questo annidamento significa dunque impedire al nuovo essere umano di continuare a vivere, ossia sopprimerlo: è esattamente questa la triste realtà dell'aborto intenzionalmente procurato»[1629].

Il Cardinale ha quindi evidenziato che, nel definire la pillola del giorno dopo come "contraccettivo d'emergenza", il Ministero della Sanità ha di fatto eluso la legge n. 194/1978, che: «pur avendo il difetto radicale di rendere legale l'aborto, si preoccupa almeno di porre una serie di condizioni perché ciò possa verificarsi: condizioni che, nel caso dell'uso di questa pillola, chiaramente non vengono rispettate». Infine, il cardinale fa questo appello:

> «Sappiamo bene che la legislazione attuale obbliga il farmacista a fornire quanto venga richiesto dietro presentazione di ricetta medica. Ma proprio questo mostra come la decisione di mettere in commercio questa pillola finisca per introdurre un conflitto all'interno delle norme dello Stato: la legge 194 garantisce infatti il diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario a cui sia richiesto di collaborare all'aborto. Non è giustificabile togliere questo diritto ai farmacisti»[1630].

A seguito si sono susseguite numerose dichiarazioni di diversa impostazione; tra le altre, meritano di essere ricordate quelle dell'Associazione Medici Cattolici Italiani e dell'Unione Cattolica Farmacisti Italiani, nelle quali si esprime la disponibilità all'obiezione di coscienza e si sollecita anche il Ministero la possibilità di esercitarla.
Il ministro Veronesi risponde nel merito, affermando che le ragioni della Chiesa cattolica sono più che legittime, ma che anche le ragioni delle donne devono essere tenute in conto, soprattutto se queste abbiano avuto un rapporto sessuale non desiderato e in questo modo possono scongiurare il dramma di una gravidanza non voluta o l'aborto. Rispetto all'obiezione per i farmacisti, il Ministro della Sanità, comprende che anche questa situazione in qualche modo vada risolta, ma che è molto complesso e servirebbe che il Parlamento faccia una legge ad hoc, visto che questi svolgono un servizio pubblico[1631].
Il 29 ottobre 2007 il papa Benedetto XVI riceve in udienza i farmacisti cattolici partecipanti al XXV Congresso internazionale della loro categoria.
Il messaggio principale del Papa rivolto ai farmacisti riguarda il riconoscimento del diritto all'obiezione di coscienza nella professione farmaceutica. Questo diritto si basa su un principio etico fondamentale, secondo cui non è lecito contribuire al male né direttamente né indirettamente[1632]. Fornire e vendere farmaci che hanno come obiettivo esplicito scelte chiaramente immorali, come l'aborto e l'eutanasia, rappresenta una forma di cooperazione al male. Sebbene questa cooperazione sia parzialmente indiretta, poiché i farmacisti non sono direttamente coinvolti nella produzione di tali prodotti, è anche parzialmente diretta, dal momento che i farmacisti li distribuiscono nell'ambito della loro professione, ricavandone un profitto. Non si tratta infatti di vendere medicinali destinati a curare malattie, preservare la salute o migliorare le condizioni fisiche e psicologiche, ma di mettere al servizio del pubblico, attraverso la vendita, prodotti farmaceutici il cui unico scopo è provocare l'aborto o favorire l'eutanasia[1633].
Il Ministro della Sanità, l'on. Turco, risponde a quanto affermato dal papa che:

[1629] Cit. in Simone, M., *La pillola del giorno dopo,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 151, v. IV, 18 novembre 2000, p. 390.
[1630] Ibidem.
[1631] Ibi, p. 391.
[1632] De Rosa, G., *L'obiezione di coscienza dei farmacisti,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 158, v. IV, 1° dicembre 2007, p. 482.
[1633] Ibi, p. 483.

> «I farmaci prescritti dal medico devono essere disponibili, non possono essere negati. E non esistono nel prontuario terapeutico medicine immorali [...]. Le autorità preposte alle autorizzazioni e al commercio, se così fosse, non ne avrebbero consentito la circolazione. Inoltre, non so a cosa si riferisca il Pontefice quando parla di farmaci per l'eutanasia. [...] Con fermezza ribadisco che un ministro deve rispettare l'autorità che gli deriva dal Parlamento e dalle leggi. La pillola del giorno dopo è stata autorizzata dall'agenzia europea del farmaco, l'Emea. L'Italia doveva introdurla e se viene prescritta deve essere venduta»[1634].

E aggiunge in un ulteriore comunicato:

> «La legge non prevede l'obiezione di coscienza dei farmacisti e credo che le norme siano sagge. Fra l'altro non esistono farmaci che incentivano l'aborto e l'eutanasia nella farmacologia ufficiale. Un pensiero diverso significa nutrire una grande sfiducia nei confronti dell'autorità europea che registra i farmaci consentiti dal prontuario farmaceutico»[1635].

Per quanto riguarda l'intervento dei pontefici sul tema, vale ricordare che papa Francesco, il 20 novembre 2016, al momento della chiusura della Porta Santa e della conclusione dell'Anno Santo, ha affermato che la misericordia non si esaurisce mai, poiché essa è infinita. In questo contesto, ha inviato la lettera apostolica *Misericordia et misera* a tutti i sacerdoti, esortandoli a non negare più l'assoluzione sacramentale alle donne che volontariamente hanno interrotto la gravidanza, né ai medici che hanno partecipato all'intervento abortivo, previo loro pentimento[1636]. Nonostante il gesto, sicuramente inusuale per i toni usati, papa Francesco non introduce alcuna innovazione, in quanto l'assoluzione previo pentimento era prevista già nell'Istruzione della CEI "La comunità cristiana e l'accoglienza della vita umana nascente" del 1978.

6.2.2. Fecondazione medicalmente assistita, cellule staminali e clonazione terapeutica.

Secondo la dottrina cattolica il rifiuto di ogni forma di fecondazione artificiale si fonda su principi che riguardano il valore intrinseco dell'atto coniugale, considerato come un'unione di valori corporei, mentali e spirituali, nonché come un'unità inscindibile tra l'amore coniugale e la capacità procreativa. Perciò, l'intervento tecnico che si limita alla semplice trasmissione del seme matrimoniale, ottenuto attraverso un rapporto coniugale ordinario, e che viene indirizzato alle vie superiori dell'apparato genitale femminile, non sembra in sé suscitare obiezioni morali. Infatti, in questo modo si mantiene il collegamento con l'atto procreativo, puntando a permettere che esso manifesti pienamente il suo senso e raggiunga la sua finalità. Differentemente, si pongono questioni di natura radicalmente diversa nel caso della fecondazione artificiale eterologa, che utilizza semi di donatori estranei, come nell'AID, o della cosiddetta fecondazione in vitro (FIV), sia essa omologa o eterologa[1637].
Le procedure di fecondazione artificiale considerate sollevano numerose perplessità morali. Nell'ambito dell'AID e della FIV si cerca di realizzare un desiderio legittimo, che rappresenta un valore fondamentale, come quello di vivere appieno la paternità e la maternità. Tuttavia, questi metodi implicano inevitabilmente una separazione tra la finalità procreativa e l'aspetto unitivo dell'atto coniugale. Questa divisione non nasce dall'intento di ostacolare la procreazione, ma dal volerla

[1634] Cit. in ibi, pp. 483-484.
[1635] Cit. in ibi, p. 484.
[1636] Cosmacini, G., *La medicina dei papi*, cit, p. 62.
[1637] Giunchedi, F., *Considerazioni morali sulla fecondazione artificiale*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 135, v. I, 1° febbraio 1984, p. 229.

attuare in modo tecnicamente separato: di conseguenza, sebbene presentino caratteristiche moralmente discutibili, tali procedure non possono essere valutate secondo gli stessi parametri etici applicati comunemente alle tecniche contraccettive[1638].

Anche la pratica della maternità surrogata è illecita per la Chiesa cattolica, in quanto «sconvolge l'ordine naturale […] del concepimento e della simultanea gestazione»[1639] e rappresenta una carenza concreta rispetto agli obblighi dell'amore materno, della fedeltà coniugale e della maternità responsabile, violando la dignità e il diritto del bambino ad essere concepito dai propri genitori[1640].

Anche la Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede si esprime in modo simile, avendo ricevuto richieste di valutazione da parte di diverse Conferenze episcopali, singoli vescovi, teologi, medici e scienziati riguardo alla compatibilità dell'AID e della FIV con i principi della morale cattolica. La Sacra Congregazione sottolinea che i valori fondamentali legati alle tecniche di procreazione artificiale sono due: innanzitutto, la tutela della vita umana fin dal suo nascere; in secondo luogo, l'originalità e l'indissolubilità della trasmissione della vita all'interno del contesto matrimoniale. Pertanto, ogni valutazione morale di tali metodologie dovrà basarsi su questi valori essenziali[1641].

Nella procedura usuale di fecondazione in vitro, non tutti gli embrioni prodotti vengono impiantati nell'utero materno; molti vengono distrutti nel processo. Come condanna l'aborto volontario, la Chiesa cattolica vieta anche di essere complici nella soppressione di questi "esseri umani". È di particolare gravità il danno causato dalla distruzione volontaria degli embrioni umani, ottenuti "in vitro" sia attraverso fecondazione artificiale che mediante fissione gemellare, se il loro unico fine è la ricerca. In questo modo, il ricercatore si sostituisce a Dio, e anche senza una consapevolezza del male, si assume il ruolo di decisionista sul destino di vite umane, scegliendo arbitrariamente chi far vivere e chi eliminare, privando la vita di "esseri umani" innocenti[1642].

Anche il congelamento degli embrioni, come la crioconservazione, volto a preservarli in vita, secondo la dottrina cattolica rappresenta un'offesa alla dignità umana. Secondo tale visione, questa pratica li espone a rischi significativi di morte o di danni fisici, privandoli temporaneamente dell'accoglienza e della possibilità di essere ospitati e gestiti dalla madre. Inoltre, mette gli embrioni in una condizione vulnerabile a ulteriori manipolazioni e abusi, andando contro il rispetto che si deve loro come esseri umani[1643].

Ugualmente la fecondazione in vitro omologa, anche se sia completamente estranea da pratiche "abortive" come la distruzione degli embrioni o la masturbazione, è considerata moralmente illecita dalla Chiesa cattolica perché svaluta la dignità propria e intrinseca alla procreazione umana. Sebbene questa procedura non presenti tutte le criticità etiche associate alla procreazione extraconiugale, la famiglia e il matrimonio, infatti, continuano a costituire l'ambito della nascita e dell'educazione dei figli. Tuttavia, in linea con la dottrina tradizionale sul valore sacro del matrimonio e della dignità della persona, la Chiesa rimane contraria alla fecondazione omologa in vitro, ritenendola di per sé stessa innaturale e contraria alla dignità della procreazione e dell'unione coniugale, anche se messa in atto cercando di evitare la morte dell'embrione umano[1644].

[1638] Ibi, pp. 240-241.

[1639] Cit. in Simone, M., *Il caso della maternità surrogata,* cit, pp. 607.

[1640] Bovone, A., *Istruzione su il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione. Risposte ad alcune questioni di attualità. Congregazione per la dottrina della fede*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 138, v. I, 1987, p. 576.

[1641] Ibi, p. 565.

[1642] Ibi, p. 572.

[1643] Ibi, p. 573.

[1644] Ibi, p. 580.

Nel 1988 la Chiesa cattolica si pone il problema di alcune istituzioni ospedaliere cattoliche che effettuano PMA omologa e che già sono state richiamate ad attenersi alle disposizioni del documento vaticano *Donum Vitae*. Si tratta delle facoltà di medicina delle università cattoliche di Lille in Francia, Louvain in Belgio e Nimega in Olanda che all'indomani della pubblicazione del documento vaticano hanno fatto sapere di non voler interrompere i procedimenti di PMA omologa anche in vitro, e hanno chiesto alla Congregazione per la Dottrina della fede di instaurare un dialogo in proposito.
Non si tratta, però, di indicazioni generiche suscettibili di interpretazioni più o meno restrittive ma di norme precise che si richiamano al rispetto degli «obblighi morali contratti spesso anche a titolo di statuto»[1645]. Anche per quanto riguarda medici e ricercatori le disposizioni della *Donum vitae* sono altrettanto precise richiamando al rispetto dovuto alla vita nascente nel senso indicato dal documento vaticano e al dovere di sollevare «obiezione di coscienza» di fronte alle eventuali leggi civili che liberalizzino la PMA, nonché alla «resistenza passiva alla legittimazione di pratiche contrarie alla vita e alla dignità dell'uomo»[1646].
Nel 1995 con l'enciclica «*Evangelium vitae*», Giovanni Paolo II afferma:

> «Anche le varie tecniche di riproduzione artificiale, che sembrerebbero porsi a servizio della vita e che sono praticate non poche volte con questa intenzione, in realtà aprono la porta a nuovi attentati contro la vita. Al di là del fatto che esse sono moralmente inaccettabili, dal momento che dissociano la procreazione dal contesto integralmente umano dell'atto coniugale, queste tecniche registrano alte percentuali d'insuccesso: esso riguarda non tanto la fecondazione, quanto il successivo sviluppo dell'embrione, esposto al rischio di morte entro tempi in genere brevissimi. Inoltre, vengono prodotti talvolta embrioni in numero superiore a quello necessario per l'impianto nel grembo della donna e questi cosiddetti "embrioni soprannumerari" vengono poi soppressi o utilizzati per ricerche che, con il pretesto del progresso scientifico o medico, in realtà riducono la vita umana a semplice "materiale biologico" di cui poter liberamente disporre»[1647].

Nel 2004 l'emanazione della legge n. 40/2004 viene accolta con favore dalla Chiesa cattolica, per il fatto stesso che sia stata approvata. In quanto per i cattolici è importante, innanzitutto, che ci sia una normativa che regoli un tema come la PMA. Da parte dei commentatori cattolici il dibattito che ha preceduto l'emanazione ne ha traviato l'informazione, dividendo gli schieramenti in «cattolici» da una parte, e «laici» dall'altra, facendo credere che si trattasse di una «legge cattolica»[1648].
Essa certamente contiene alcune indicazioni condivise dai cattolici, come il divieto della fecondazione eterologa, il divieto di clonazione e quello di crioconservazione degli embrioni, oltre al divieto di qualsiasi sperimentazione sugli embrioni umani a scopo eugenetico. Ma la legge, ad ogni modo, prevede la regolamentazione di pratiche contrarie alla dottrina cattolica, come la FIV che non è permessa dalla dottrina morale cattolica. Inoltre, la legge prevede tra i soggetti che possono valersi della PMA le coppie di fatto, non condivise dalla Chiesa cattolica, per la quale la famiglia si fonda sul matrimonio.
Nonostante ciò, i parlamentari cattolici hanno votato ispirati e confortati dalle parole del n. 73 dell'enciclica *Evangelium vitae*[1649], che afferma:

[1645] Gianni, A., *Fecondazione artificiale, Chiesa, Diritto*, in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 1, 1988, p. 126.
[1646] Congregazione per la Dottrina della Fede, *Il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione*, 22 febbraio 1987, in https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for%20human-life_it.html
[1647] *Lettera enciclica «Evangelium vitae» del sommo pontefice Giovanni Paolo II ai vescovi, ai presbiteri e ai diaconi, ai religiosi e alle religiose, ai fedeli laici e a tutte le persone di buona volontà sul valore e l'inviolabilità della vita umana,* cit, pp. 152-153.
[1648] Simone, M., *La legge sulla fecondazione «in vitro»*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 155, v. I, 17 gennaio 2004, p. 183.
[1649] Ibidem.

> «un parlamentare, la cui personale assoluta opposizione all'aborto fosse chiara e a tutti nota, potrebbe lecitamente offrire il proprio sostegno a proposte mirate a limitare i danni di una tale legge e a diminuirne gli effetti negativi sul piano della cultura e della moralità pubblica. Così facendo, infatti, non si attua una collaborazione illecita a una legge ingiusta; piuttosto si compie un legittimo e doveroso tentativo di limitarne gli aspetti iniqui».

Nel 2005 in vista del referendum alla legge n. 40/2004, va nuovamente ribadito che non si tratta di una «legge cattolica e che i cattolici che intendono rispettare i dettami del Magistero non dovrebbero farvi ricorso». Ma comunque la difenderanno ritenendo peggiorativi i tentativi di modificarla[1650]. Si potrebbe sostenere altrimenti che legge n. 40/2004 non è una "legge cattolica" tanto come la proposta "minimale" di referendum abrogativo del 1979 non era un "referendum cattolico".
Anche il presidente della CEI, card. Ruini, sostiene l'opposizione ai contenuti del referendum e «alla stessa applicazione dello strumento referendario in materia di tale complessità»[1651] invitando la popolazione cattolica a essere compatta per non favorire questa iniziativa.
Nel 2008 la Congregazione per la Dottrina della Fede esprime attraverso *Dignitas Personae* le indicazioni e i principi dell'istruzione *Donum Vitae*, rispondendo ai quesiti posti dai progressi della scienza biomedica avuti in questi anni, senza però cambiare di molto i principi enunciati nel 1987.
Fin dalla prima apparizione della PMA nel dibattito pubblico italiano, come documentato nel capitolo terzo, la Chiesa cattolica ha espresso la sua contrarietà e posto in luce tutti i dilemmi che questa pratica comporta. Primo tra tutti questi dilemmi i diritti del nascituro e ancora prima la dignità dell'embrione. Dagli anni Ottanta, quando ormai in Italia le pratiche di PMA sono più che diffuse e gli sviluppi in questa materia iniziano a ricomprendere vere e proprie selezioni di embrioni e di manipolazioni sugli stessi la Chiesa cattolica intensifica, sostenuta anche dalla relazione con l'aborto, le dichiarazioni di riconoscimento dell'embrione come essere umano da salvaguardare.
Nel 1990 la «Dichiarazione sull'embrione» definita in occasione del convegno «La bioetica: questioni morali e politiche per il futuro dell'uomo» è molto criticata da parte cattolica. In particolare, per quanto riguarda lo status di "non persona" attribuito all'embrione. È ritenuto difficile e estremamente pericoloso sostenere che una persona con disabilità non sia considerata "persona", o che un bambino sia meno "persona" di un adulto, o ancora che un anziano, incapace di intendere e volere a causa di una malattia, perda la propria condizione di "persona". Al contrario, osservano i commentatori cattolici, in tutte queste situazioni il diritto si comporta proprio in modo opposto a quanto auspicato da questa Dichiarazione sull'embrione, offrendo una serie di maggiori tutele e garanzie per coloro che sono meno in grado di proteggere i propri diritti inalienabili[1652].
Secondo *La Civiltà Cattolica* questa Dichiarazione si potrebbe intitolare, per essere maggiormente coerente con il suo contenuto «Dichiarazione dei diritti di sfruttamento dell'embrione»[1653].
Nel 2001 in una dichiarazione della Pontificia Accademia per la Vita, si afferma che coloro che sostengono la ricerca sulle cellule staminali da embrioni umani e sulla clonazione terapeutica negano la verità oggettiva che l'embrione umano rappresenti un "soggetto umano", di conseguenza non gli attribuiscono un'importanza particolare e lo trattano come un "oggetto". Inoltre, minimizzano il valore reale dell'embrione, considerandolo solo come un "individuo in fase di sviluppo" il cui valore

[1650] Simone, M., *I «referendum» sulla procreazione «in vitro»*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 156, v. I, 19 marzo 2005, p. 608.
[1651] Cit. in ibi, p. 609.
[1652] Danesi, F., *Note sulla fondazione della bioetica*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 141, v. IV, 3 novembre 1990, p. 236.
[1653] Ibi, p. 238.

viene subordinato al beneficio che si potrebbe ottenere dalla sua utilizzazione a fini di ricerca. Infine, negano o trascurano l'esistenza di un legame diretto e stretto tra le cellule staminali e la loro origine. In conclusione, esortando una ricerca che sia etica, ripropongono il ricordo che Giovanni Paolo II lasciava ai membri della Pontificia Accademia delle Scienze, che afferma: «Non bisogna lasciarsi affascinare dal mito del progresso, come se la possibilità di realizzare una ricerca o mettere in opera una tecnica permettesse di qualificarle immediatamente come moralmente buone. La bontà morale si misura dal bene autentico che procura all'uomo considerato secondo la duplice dimensione corporale e spirituale».
Mentre tutti i ricercatori che starebbero da anni lavorando su cellule staminali presenti in tessuti di feti spontaneamente abortiti, nel sangue del cordone ombelicale raccolto durante il parto o da vari tessuti dell'uomo di ogni età, portano avanti una ricerca rispettosa della vita, pur non essendo cattolici la maggior parte di questi. Una ricerca quest'ultima «eticamente ineccepibile e sostenuta con forza dalla Chiesa cattolica, a vero servizio e beneficio della persona umana»[1654] a rimarcare che non è la ricerca sulle cellule staminali a preoccupare la Chiesa ma la ricerca su un determinato tipo di cellule staminali, provenienti da embrioni umani; differenziandosi marcatamente in questo modo dalla posizione ebraica in materia e in parte anche da quella valdese, che saranno approfondite in seguito.

6.2.3. Fine vita e trapianti.

Il 26 giugno 1980, la Congregazione per la Dottrina della Fede pubblica la "Dichiarazione sull'eutanasia". In questo documento si riconosce che la paura del dolore fisico, che spesso accompagna il momento della morte, può angosciare profondamente una persona, fino a portarla a desiderare di eliminarlo a qualsiasi costo. Viene inoltre affermato che il cristiano è chiamato a interpretare il dolore alla luce della fede, ma senza considerare prudente imporre come norma un atteggiamento così eroico. Per questo motivo, anche per evitare rischi di pensiero eutanasico, la posizione cristiana raccomanda, nella maggior parte dei casi, l'uso di antidolorifici, anche se questi possono avere effetti collaterali. Per quanto concerne gli analgesici che causano perdita di coscienza, si richiama l'insegnamento di Pio XII secondo cui non è lecito privare un malato terminale della coscienza senza un giustificato motivo[1655].
Uno speciale gruppo di studio interdisciplinare istituito dal Pontificio Consiglio *Cor Unum* nel 1981 per occuparsi dei problemi morali posti dall'assistenza medica ed anche pastorale da prestare ai malati gravi e ai moribondi, pubblica un documento che traccia linee guida anche in materia di cure palliative[1656]. In questo documento si sostiene che visti gli effetti secondari che si accompagnano all'uso degli analgesici che agiscono sul sistema nervoso centrale si consiglia di astenersene fin quando le sofferenze del malato possono essere alleviate in altri strumenti abituali (medicinali, irradiazioni, intervento chirurgico) e mediante una presenza umana per combattere la solitudine che vive il malato terminale.
Nei casi in cui si deve ricorrere agli analgesici centrali, come la morfina, non c'è motivo di rifiutarle, tanto più perché si è in grado di ridurne notevolmente gli effetti secondari. Queste però rappresentano

[1654] Serra, A., *L'embrione umano: prezioso strumento tecnologico: Dalle «cellule staminali embrionali» alla «clonazione terapeutica»,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 152, v. IV, 15 dicembre 2001, p. 565.
[1655] Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull'eutanasia*, 5 maggio 1980, in https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_eutanasia_it.html
[1656] Cit. in Caprile, G., *L'assistenza ai malati gravi e ai moribondi problemi morali*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 132, v. IV, 5 dicembre 1981, p. 474.

solo un rimedio parziale per l'angoscia e la paura che i pazienti in questo stato vivono, dunque, viene sostenuto che soltanto la presenza umana «discreta e attenta»[1657] può dare conforto al malato. Bisogna evitare una somministrazione sistematica e far vivere in coscienza, invece, la propria morte al malato, perché se cristiano lo si priverebbe di «vivere questa morte in comunione con Cristo»[1658]. Dunque, è assai più essenziale formare il personale sanitario e le famiglie ad accompagnare i morenti. Per quanto riguarda l'apporto dei sanitari in queste circostanze, non è mai lecito somministrare anestetizzanti ad un paziente cosciente senza la sua volontà, in quanto il malato potrebbe avere degli obblighi da dover soddisfare in fin di vita; in questo caso anche se sollecitato dal malato, il medico non può acconsentire prima che il malato abbia sistemato la sua situazione personale. Se l'ammalato dovesse rifiutarsi ed insistere nel ricercare l'incoscienza, «il medico può somministrargli il narcotico, senza rendersi colpevole di cooperazione formale al male commesso, giacché l'omissione di atti doverosi in tal caso non è dovuta alla somministrazione del farmaco, ma alla cattiva volontà del moribondo»[1659].

Nella Dichiarazione sull'eutanasia del 1980 in proposito di uso proporzionato dei mezzi terapeutici si afferma l'importanza di proteggere la doverosità delle cure in punto di morte dal rischio che diventi abusività. Il diritto di morire in serenità, che altro non è che il "diritto alla morte" in senso cristiano, non sempre coincide con il ricorre ad ogni rimedio possibile attenendosi ai soli mezzi proporzionati. Nel documento sono presentati dei principi generali per non ricorre ad un uso sproporzionato delle cure. Questi sono:

- In mancanza di rimedi, è lecito ricorrere, con il consenso dell'ammalato, a cure sperimentali. Accettandole, l'ammalato darà anche esempio di generosità per il bene comune.
- È anche lecito interrompere l'applicazione di tali mezzi, quando i risultati deludono le aspettative del malato. Ma si dovrà tener conto del desiderio dell'ammalato, dei suoi cari e del parere dei medici; costoro potranno senza dubbio giudicare se gli strumenti e il personale impiegati non sono proporzionati ai risultati attesi e se tali cure impongono al paziente più sofferenze e disagi rispetto ai benefici.
- È sempre lecito accontentarsi dei mezzi normali di cura. Il loro rifiuto non equivale al suicidio, ma si tratterebbe piuttosto di accettazione della condizione umana oppure di volontà di non imporre oneri gravi alla famiglia o alla collettività.
- Nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita[1660].

Anche papa Francesco, nel novembre del 2017, sottolinea l'importanza di affrontare con sensibilità le questioni complesse legate alla fine della vita, precisando che «è più insidiosa la tentazione di insistere con trattamenti che producono potenti effetti sul corpo, ma talora non giovano al bene integrale della persona»[1661].

In merito all'eutanasia, la Dichiarazione sul tema della Congregazione per la Dottrina della Fede del 1980 espone prima diverse accezioni del termine, in modo particolarmente ampio se si raffronta con le accezioni date dai pronunciamenti della Chiesa valdese e delle Comunità ebraiche in merito, ad

[1657] Cit. in ibi, p. 478.
[1658] Ibidem.
[1659] Ibidem.
[1660] Caprile, G., *Orientamenti morali circa l'eutanasia,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 131, v. III, 2-16 agosto 1980, p. 308.
[1661] Francesco, *Messaggio ai partecipanti al Meeting regionale europeo della "World Medical Association" sulle questioni del "fine-vita", 16-17 novembre 2017*, in https://press.vatican.va/content/salastampa/it/bollettino/pubblico/2017/11/16/0794/01721.html

esempio «morte procurata per evitare una vita infelice a bambini [con disabilità] o a [persone con psico-patologie]». Poi precisa che:

> «è necessario ribadire con tutta fermezza che niente e nessuno può autorizzare l'uccisione di un essere umano innocente, feto o embrione che sia, bambino o adulto, vecchio, ammalato incurabile o agonizzante. Nessuno, inoltre, può richiedere questo gesto omicida per sé stesso o per un altro affidato alla sua responsabilità né può acconsentirvi esplicitamente o implicitamente. Nessuna autorità può legittimamente imporlo né permetterlo. Si tratta, infatti, di una violazione della legge divina, di un'offesa alla dignità della persona umana, di un crimine contro la vita, di un attentato contro l'umanità»[1662].

Le preghiere dei malati anche molto gravi, che richiedono la morte:

> «non devono essere intese come espressione di una vera volontà di eutanasia, infatti, sono quasi sempre richieste angosciate di aiuto e di affetto. Oltre le cure mediche, ciò di cui l'ammalato ha bisogno è l'amore, il calore umano e soprannaturale, col quale possono e debbono circondarlo tutti coloro che gli sono vicini, genitori e figli, medici e infermieri»[1663].

Il gruppo di studio interdisciplinare istituito dal Pontificio Consiglio *Cor Unum* nel 1981 raccomanda di eliminare completamente il termine eutanasia quando si intende riferirsi ad altri concetti, come ad esempio le cure terminali, ovvero quelle rivolte a rendere più sopportabile la fase finale di una malattia (reidratazione, massaggi, cure infermieristiche, palliativi, assistenza ai moribondi, ecc.), oppure la scelta di rinunciare ad alcuni interventi medici considerati non appropriati alla condizione del paziente, come la decisione di non ricorrere a mezzi straordinari. In tali situazioni, non si tratta di una scelta di provocare la morte, ma di utilizzare con saggezza, ragionevolezza e temperanza le risorse tecniche disponibili; l'obiettivo è alleviare le sofferenze del paziente, anche se ciò può comportare un rischio di ridurne la durata della vita. È compito del medico prendersi cura e confortare chi soffre. Pertanto, il termine eutanasia dovrebbe essere riservato esclusivamente all'atto di togliere la vita al malato[1664].

Anche al XVI Congresso nazionale dell'Associazione Medici Cattolici Italiani nel 1982, viene ribadita la più completa opposizione a qualunque forma di autentica eutanasia e richiama i soci alla perfetta conoscenza e osservanza delle indicazioni dottrinali e pratiche della Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede[1665]. Mentre al XVII Congresso si richiama alla memoria il contributo dell'associazione dato alla riforma sanitaria italiana, si ricorda il suo impegno attivo anche nella campagna contro la progettata introduzione dell'eutanasia[1666].

Secondo *La Civiltà Cattolica* l'eutanasia rappresenta una componente del più ampio dibattito tra trascendenza e immanenza, tra una prospettiva cristiana e religiosa e una visione materialista e atea dell'esistenza. Perciò, da questo punto di vista:

> «la risposta che si dà al problema dell'eutanasia dipende dalla risposta che si dà alle domande cruciali: Chi è l'uomo? Qual è il suo destino? Qual è il senso ultimo della vita umana? Qual è il senso della sofferenza e della morte? Qui sta il dramma dell'eutanasia: accettarla o respingerla dipende dalla posizione

[1662] Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull'eutanasia*, cit.
[1663] Ibidem.
[1664] Caprile, G., *L'assistenza ai malati gravi e ai moribondi problemi morali*, cit, p. 477.
[1665] Caprile, G., *Medici a difesa della vita e problemi della famiglia*, cit, p. 269.
[1666] Caprile, G., *"La medicina per la civiltà della pace". Il XVII Congresso dei medici cattolici italiani*, cit, p. 583.

materialistica e atea oppure religiosa e cristiana che si assume di fronte al problema - o, se si vuol essere più precisi, al "mistero" — della vita e della morte»[1667].

Nel 1995 è Giovanni Paolo II con l'enciclica *Evangelium vitae*, a mettere in guardia dalle: «minacce» che incombono «sui malati inguaribili e sui morenti». In un contesto sociale e culturale che rende tutto più complesso, anche affrontare e tollerare la sofferenza, aumenta la tentazione di trovare immediatamente una soluzione al problema del dolore «eliminandolo alla radice con l'anticipare la morte al momento ritenuto più opportuno»[1668].

«Nell'orizzonte culturale complessivo – prosegue l'enciclica – non manca d'incidere anche una sorta di atteggiamento prometeico dell'uomo che, in tal modo, si illude di potersi impadronire della vita e della morte perché decide di esse, mentre in realtà viene sconfitto e schiacciato da una morte irrimediabilmente chiusa a ogni prospettiva di senso e ad ogni speranza. Riscontriamo una tragica espressione di tutto ciò nella diffusione dell'eutanasia, mascherata e strisciante o attuata apertamente e persino legalizzata. Essa, oltre che per una presunta pietà di fronte al dolore del paziente, viene talora giustificata con una ragione utilitaristica […] ad esempio, [potrebbe] verificarsi quando, per aumentare la disponibilità di organi da trapiantare, si procedesse all'espianto degli stessi organi senza rispettare i criteri oggettivi e adeguati di accertamento della morte del donatore»[1669].

Nel 1999 si svolge una sessione di studio della Pontificia Accademia per la Vita, sul tema: "La dignità del morente". A tale Assemblea hanno partecipato esperti, provenienti da tutto il mondo, in diverse discipline scientifiche. Al termine dei lavori, l'Assemblea plenaria della PAV ha emesso una dichiarazione finale, nella quale si invitano «i legislatori e i responsabili dei Governi e delle istituzioni internazionali a escludere la legalizzazione o depenalizzazione della pratica dell'eutanasia o dell'assistenza al suicidio. L'accettazione legale dell'uccisione volontaria di un membro della società da parte di un altro membro sconvolgerebbe nella sua radice uno dei principi fondamentali della convivenza civile»[1670].
Quando l'autonomia del paziente e la sua volontà iniziano ad essere maggiormente tenute in conto, anche dal legislatore e dai giudici, il suicidio assistito e la sua depenalizzazione iniziano a soppiantare l'eutanasia tra le preoccupazioni della Chiesa cattolica.
Dopo la legge n. 219/2017 la Conferenza episcopale italiana propone al Parlamento di ridurre le pene senza depenalizzare il gesto, mentre dopo la sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale chiede di prevedere l'obiezione di coscienza per i medici. Il segretario generale della CEI precisa che in nessun modo, dopo la sentenza, si è creata una frattura tra la CEI e le istituzioni italiane ma aggiunge essere anomalo che una sentenza del genere sia arrivata prima di un passaggio parlamentare[1671].
Nel comunicato finale, diramato appena dopo il pronunciamento della Corte, si legge che:
«i vescovi hanno unito la loro voce a quella di tante associazioni laicali nell'esprimere la preoccupazione a fronte di scelte destinate a provocare profonde conseguenze sul piano culturale e sociale. Consapevoli di quanto il tema si presti a strumentalizzazioni ideologiche, si sono messi in

[1667] *Né eutanasia né accanimento terapeutico*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 138, v. I, 1987, p. 323.
[1668] Giovanni Paolo II, *Evangelium Vitae*, 25 marzo 1995, in https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/it/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html
[1669] *Lettera enciclica «Evangelium vitae» del sommo pontefice Giovanni Paolo II ai vescovi, ai presbiteri e ai diaconi, ai religiosi e alle religiose, ai fedeli laici e a tutte le persone di buona volontà sul valore e l'inviolabilità della vita umana,* cit, p. 154.
[1670] Cit. in Marchesi, G., *Sulla cura del malato e la dignità del morente*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 150, v. II, 3 aprile 1999, p. 74.
[1671] Ochetta, F., *Il suicidio assistito. Un nodo politico da sciogliere*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 170, v. IV, 2/16 novembre 2019, p. 247.

ascolto delle paure che lacerano le persone davanti alla realtà di una malattia grave e della sofferenza»[1672].
Nel comunicato, inoltre, si rivendica: «la possibilità di esercitare l'obiezione di coscienza, rispetto a chi chiedesse di essere aiutato a morire; [sostenendo] il senso della professione medica, alla quale è affidato il compito di servire la vita»[1673].
Un tema che racchiude in sé il senso cristiano di sacralità della vita e sacralità della morte, è il trapianto d'organi; mettendo in relazione l'apporto che la morte di una persona, sacralizzata in questo modo, possa contribuire a preservare o a migliorare la vita di un'altra persona, che sacra sempre è.
Negli anni Novanta di fronte, ancora, ad una forte reticenza delle famiglie nell'autorizzare il prelievo di organi è stato richiesto alla Chiesa cattolica un pronunciamento ufficiale circa la validità della dichiarazione di morte dell'essere umano quando è stata debitamente costatata la morte cerebrale. Gli organi della Chiesa rispondono che anche se questa istanza venisse presa in considerazione, essa non potrebbe soddisfarla assumendosi il carico d'una dichiarazione di natura scientifica, e ancor meno quello di formulare essa stessa una lista di criteri per dichiarare sopravvenuta la morte cerebrale[1674].
Ad occuparsi di una dichiarazione sull'argomento è stata invece la Pontificia Accademia delle Scienze; attraverso i suoi esperti, ha dichiarato la «cessazione irreversibile di tutte le funzioni del cervello»[1675] quale sicuro criterio di accertamento della morte[1676].
Anche gli esperti in etica e i teologi moralisti condividono in modo quasi unanime questa opinione. Numerosi documenti del Magistero della Chiesa, sia in modo esplicito che implicito, accettano tale criterio, riconoscendo la donazione di organi per il trapianto come un gesto nobile di amore nei confronti degli altri[1677]. Il prelievo di organi o tessuti a scopo di trapianto, dal punto di vista cattolico, non costituisce né una violazione né un'offesa nei confronti del defunto né dei familiari. Al contrario, può essere visto come un modo di valorizzare alcune parti del corpo che, altrimenti, sarebbero semplicemente destinate alla decomposizione[1678].
Nel 2005, Giovanni Paolo II, nel Compendio del Catechismo della Chiesa Cattolica (n. 476) afferma che «il trapianto di organi è moralmente accettabile col consenso del donatore e senza rischi eccessivi per lui. Per il nobile atto della donazione degli organi dopo la morte, però, deve essere pienamente accertata la morte reale del donatore»[1679].
Nel 2008 la Pontificia Accademia per la Vita, la Federazione delle Associazioni mediche cattoliche (FIAC) e il Centro italiano nazionale dei trapianti (CNT) organizzano un congresso internazionale sui trapianti di organi che ha avuto come oggetto «Un dono per la vita. Considerazioni sulla donazione di organi». I partecipanti al Congresso sono stati ricevuti in udienza da Benedetto XVI, che ha rivolto loro un discorso, in cui ha precisato la posizione della Chiesa su alcuni problemi dei trapianti di organi.
Benedetto XVI dice che il moltiplicarsi delle richieste di trapianti rischia di «sovvertire i principi etici che ne stanno alla base». Poi ha ricordato che «il corpo non potrà mai essere considerato un mero oggetto; altrimenti, la logica del mercato avrebbe il sopravvento. Il corpo di ogni persona, insieme con lo spirito che è dato a ognuno singolarmente, costituisce un'unità inscindibile in cui è impressa

[1672] Ibidem.
[1673] Ibi, p. 248.
[1674] Caprile, G., *L'assistenza ai malati gravi e ai moribondi problemi morali*, cit, p. 479.
[1675] Perico, G., *La nuova legge sull'accertamento della morte,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 145, v. II, 21 maggio 1994, p. 343.
[1676] Ibidem.
[1677] Burroni, U., *La recente legge sui trapianti,* in «La Civiltà Cattolica», Anno 150, v. III, 18 settembre 1999, p. 474.
[1678] Ibi, p. 477.
[1679] Cit. in De Rosa, G., *I trapianti di organi. Un dono per la vita*, in «La Civiltà Cattolica», Anno 159, v. IV, 6 dicembre 2008, p. 458.

l'immagine di Dio stesso»[1680]. Pertanto, è fondamentale innanzitutto considerare la dignità della persona e proteggere la sua integrità e identità individuale, dunque «si può donare solamente se non è mai posto in essere un serio pericolo per la propria salute e sempre per un motivo valido e proporzionato»[1681].

6.3. Chiesa valdese e questioni bioetiche.

L'etica protestante afferma che ogni credente è chiamato a rispondere personalmente e responsabilmente di ciò che avviene nel mondo e quindi sentirsi coinvolto da questi problemi. Questo vale anche per i problemi bioetici. Uno dei modi che le chiese evangeliche hanno per incentivare un'etica protestante tra i credenti è l'informazione, fare in modo che ogni credente possa affrontare in maniere informata, e responsabilmente dunque, ognuno di questi problemi che si trova a vivere. Un esempio di questo sono iniziative come quella del Gruppo di attività femminile della Chiesa metodista di Padova, che si è impegnata a promuovere una serie di conversazioni e incontri sui principali temi di bioetica. «In Italia [commenta la rivista evangelica *Riforma*] quando si tratta di etica l'unico vero punto di riferimento diventa la Chiesa cattolica»[1682].
La bioetica espressa dai protestanti «deve fondarsi sulla consapevolezza del dono, in quanto restituisce il senso di responsabilità per il dono e la gratitudine»[1683], in modo che prima che il vuoto legislativo vada colmato venga colmato il vuoto riflessivo. I credenti evangelici non «sono chiamati a combattere oscurantistiche battaglie contro le profanazioni della natura, tanto meno sono chiamati ad accogliere tutto»[1684].
Nel febbraio del 1995 su *Protestantesimo* va in onda un dibattito sulla bioetica, con esponenti cattolici e valdesi e scienziati. Nel presentare la posizione protestante il prof. Sergio Rostagno, della Facoltà valdese di teologia, ha evidenziato la necessità di confronto per non soffocare il dibattitto su una materia così nuova e che l'urgenza di legiferare non impedisca il dialogo. Questa posizione ha spinto a sostenere che il contributo protestante si risolverebbe in un atteggiamento di pura tolleranza democratica. E questo sembra essere, soprattutto su questi temi, il pensiero che la società italiana ha sul contributo protestante[1685]. E probabilmente, secondo i commentatori evangelici, a determinare questo fraintendimento concorrono una scarsa conoscenza in Italia del pensiero protestante e una scarsa penetrazione protestante nella cultura del Paese[1686]. Quello che Rostagno ha voluto affermare è che non si tratta solo di tolleranza, il confronto, sul quale si basa la posizione protestante, «deve fondarsi sulla Bibbia e animarsi della risposta che i credenti danno alla vocazione rivolta dalla Parola»[1687].
A febbraio del 1996 la Tavola valdese invia ai presidenti della Camera e Senato il documento *Bioetica, ricerca e orientamenti* elaborato dal Gruppo di lavoro sulla bioetica nominato dalla Tavola

[1680] Cit. in ibi, p. 463.
[1681] Cit. in ibidem.
[1682] Bragaglia, A., *Libertà dell'Evangelo e etica dell'ascolto,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 1, fasc. 15, 16 aprile 1993, p. 8.
[1683] Berlendis, A., *La bioetica: una responsabilità per l'uomo, tra la natura e le leggi,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 2, fasc. 30, 29 luglio 1994, p. 10.
[1684] Ibidem.
[1685] Corsani, A., *Non è questione di semplice tolleranza,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 3, fasc. 10, 10 marzo 1995, p. 7.
[1686] Ibidem.
[1687] Ibidem.

valdese. Il testo non rappresenta ancora la posizione delle Chiese, poiché il Sinodo non si è ancora espresso in merito ma ha rimandato lo studio a livello locale. Con questo documento che dà risposte definitive e affronta i temi della procreazione assistita, la ricerca sull'embrione umano, la donazione degli organi e i problemi dei malati terminali, la Tavola valdese non intende esportare nella società i propri modelli comportamentali ma promuovere un'etica pubblica valida per tutti, alla ricerca di un consenso umano, non sui principi ma su attuazioni pratiche[1688].

In campo protestante viene fortemente criticato il documento del Comitato Nazionale per la Bioetica *Identità e Statuto dell'embrione umano* che costellato di posizioni criticate, come l'attributo di persona all'embrione, è accusato di essere prodotto della sola posizione cattolica. Questo non sorprende, essendo fin dall'inizio, la sola confessione religiosa presente nel Comitato, situazione aggravata dal decreto firmato da Silvio Berlusconi che sostituisce il presidente ed esclude gran parte dei membri laici del Comitato, provocando la dimissione di altrettanti membri laici, diventando in questo modo esclusiva espressione della Chiesa cattolica[1689].

A fine degli anni Novanta il dibattito etico in Italia, come veicolato dall'informazione di massa, sembra contrapporre la posizione laica alla posizione cattolica, che viene generalizzata come posizione religiosa. Le chiese evangeliche continuano a chiedere che venga riconosciuto il pluralismo in campo etico anche in Italia in modo da poter apportare il loro contributo in materia[1690].

Al Sinodo del 1998 tema centrale è la bioetica e si discute in particolare dei tre documenti prodotti dal Gruppo di lavoro sui problemi etici posti dalla scienza alla fede. L'ordine del giorno che viene approvato dal Sinodo è il seguente:

> «Il Sinodo, consapevole dei problemi etici che i temi della bioetica pongono all'opinione pubblica, osserva che il termine bioetica si riferisce ai problemi posti dalle applicazioni delle recenti scoperte scientifiche ai fenomeni biologici e alle pratiche cliniche; di conseguenza non possono essere ricomprese sotto questo termine tutte le questioni etiche inerenti all'evoluzione dei costumi in materia di sessualità; ritiene che le chiese debbano inserirsi nella discussione in corso nel paese sulla bioetica offrendo il loro contributo per aumentare la consapevolezza dell'opinione pubblica sui problemi e per la ricerca di soluzioni ottimali;
> affida alle chiese il compito di inserire le proprie argomentazioni nelle diverse sedi del dibattito, con il fine di tendere a consensi etici intorno a soluzioni realistiche basate sul perseguimento del maggior bene possibile condiviso nelle circostanze concrete; raccomanda alle chiese che nella loro elaborazione venga sollecitato e valorizzato l'apporto di persone che esercitano professioni direttamente connesse con i problemi discussi, siano esse membri delle chiese oppure appartenenti a varie religioni e culture;
> riceve i tre documenti prodotti dal Gruppo di lavoro sui problemi etici posti dalla scienza alla fede e, senza pronunciarsi su singoli giudizi, ne approva la diffusione come elemento di pubblica discussione; raccomanda alle chiese di prendere in esame oltre ai documenti suddetti, altri testi diffusi nell'ambito delle chiese o in sedi nazionali e internazionali; sollecita l'impegno del mondo ospedaliero evangelico e dei comitati etici esistenti sui temi legati alla fine della vita, all'interruzione volontaria della gravidanza, alla procreazione medicalmente assistita, trapianto di organi; chiede alle chiese di far pervenire al Gruppo, di qui all'aprile 1999, le loro osservazioni in merito alle tematiche sin qui esaminate dal Gruppo nei tre documenti; incarica il Gruppo di preparare, per la prossima sessione sinodale italiana, tenendo conto delle osservazioni delle chiese, testo orientativo di carattere generale, da sottoporre al Sinodo: per

[1688] *Inviato ai parlamentari il testo sulla bioetica,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 4, fasc. 7, 16 febbraio 1996, p. 1.

[1689] Genre, E., *Bioetica: si può discutere senza dogmatismi?,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 4, fasc. 33, 30 agosto 1996, p. 6.

[1690] Maffei, A., *Per il pluralismo anche in campo etico,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 5, fasc. 6, 14 febbraio 1997, p. 1.

l'approvazione; dà mandato alla Tavola di diffondere via internet questo ordine del giorno e i documenti fin qui prodotti in versione italiana e inglese»[1691].

Sempre nel 1998, con l'accorpamento dei tre Ospedali valdesi, il Comitato Etico nato nel '97 nell'ospedale di Torino ha valenza per tutti e tre gli ospedali. Il Comitato è composto da 13 membri di cui 11 nominati dalla CIOV e 2 membri di diritto. Da subito il compito del comitato è stato quello di vagliare la sperimentazione di nuovi farmaci e di fornire pareri sui profili etici delle attività svolte e sul rapporto operatori-pazienti[1692].
Nel 1999 il Sinodo delle Chiese valdesi e metodiste, dopo aver esaminato la bozza redatta dal Gruppo di lavoro sui problemi etici posti dalla scienza, invita il Gruppo stesso a raccogliere i risultati del dibattito sinodale per utilizzarli ai fini di una nuova redazione del documento da inviare alle chiese. Ricevuto il documento le chiese sono invitate a studiare questa versione del documento e inviare le loro osservazioni in previsione di una decisione definitiva al Sinodo del 2000[1693].
Nel documento finale approvato dal Sinodo sui *Problemi etici posti dalla scienza* si afferma tra l'altro che «le chiese rivendicano una competenza dal momento che si situano sul terreno della discussione pubblica dei problemi a partire dagli interessi e dai bisogni delle persone coinvolte, soprattutto quando si tratta di salvaguardare i diritti delle persone più vulnerabili»[1694]. L'etica cristiana, se da un lato apre diverse dimensioni e punti di riferimento, dall'altro tali punti di riferimento portano a respingere atteggiamenti come: un comportamento «dualistico [riduzionistico della realtà] che mira a ritagliare per sé un innocente parte buona»[1695]; un punto di vista «clericale, che scomunica a priori ogni tentativo razionale», [dividendo i cittadini e assoggettandoli a] «concezioni paternalistiche, conservatrici e autoritarie»[1696]; una «concezione meccanicistica ed eccessivamente fiduciosa nella scienza»[1697].
«I problemi etici posti dalla scienza [prosegue il documento] possono essere affrontati in base a quattro nozioni di vasta portata quali quelle di limite e di autonomia, di rispetto e di diritto, considerate nei loro vari legami e riferite alla scienza, alla persona e all'ambiente»[1698]. Insieme al concetto di autonomia della scienza, l'etica utilizza il concetto di limite, per cui non tutto ciò che è possibile va necessariamente fatto, in particolare dove è in gioco l'alterazione del patrimonio genetico. Essa impiega il concetto di rispetto, da applicare ad ogni forma di vita e all'ambiente, contribuendo a ricercare soluzioni alternative. Questo rispetto si applica in modo particolare all'embrione umano, «che può al massimo essere studiato in connessione con una stretta regolamentazione scientifica tendente a promuovere conoscenze essenziali e universali»[1699].
La libertà della persona va limitata soltanto per motivi di carattere generale e mai per asserire particolari visioni filosofiche o religiose. Questa limitazione deve essere fatta dalla legge che ha il dovere di porre obblighi e limiti, dove la libertà, lasciata a sé stessa metterebbe a rischio le

[1691] Cit. in, Marottoli, M., *Per una democrazia aperta e pluralista,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 6, fasc. 35, 11 settembre 1998, p. 8.
[1692] Rosso, D., *Un dialogo continuo con le nostre chiese,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 9, fasc. 33, 19 gennaio 2001, p. 9.
[1693] *I problemi etici posti dalla scienza,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 8, fasc. 7, 18 febbraio 2000, p. 6.
[1694] Ibi, p. 14.
[1695] Ibidem.
[1696] Ibidem.
[1697] Ibidem.
[1698] Ibidem.
[1699] Ibidem.

«acquisizioni di uguaglianza e giustizia faticosamente elaborate e parzialmente realizzate dall'umanità»[1700]. Viene respinta dal documento, riflesso del pensiero protestante, l'idea di un valore intrinseco della sofferenza fisica, dal quale scaturisce l'affermazione che: l'essere umano ha diritto a un accompagnamento alla morte, nonché una morte dignitosa [quindi] l'eventualità di una fase terminale della malattia, in cui la terapia non sia più in grado di alleviare la sofferenza, richiede una riflessione alla luce del principio della libertà di scelta del malato stesso»[1701].
Il documento si conclude invitando a praticare l'etica, in quanto questa promuove un consenso intorno a comportamenti reali, non solo teorie, e invitando tutti a rendersi partecipi con la stessa dignità nella scoperta di soluzioni eque e universalmente applicabili.
Luca Savarino, docente di bioetica presso l'Università del Piemonte Orientale e Coordinatore della Commissione bioetica delle Chiese valdesi, metodiste e battiste sui temi etici connessi alla scienza, è stato nominato nel nuovo Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) istituito dalla Presidenza del Consiglio dei ministri. Il Comitato, composto da 26 membri selezionati in base alle loro competenze ed esperienze, è stato nominato il 23 marzo e avrà un mandato di quattro anni. Savarino, valdese e primo rappresentante protestante ad essere incluso nel Comitato sin dalla sua creazione, ha dichiarato:

> «Ritengo che questa nomina sia importante per almeno tre ordini di ragioni. La prima riguarda il pluralismo. Le Chiese battiste, metodiste e valdesi, per quanto numericamente esigue nel nostro Paese, rappresentano una delle grandi "famiglie spirituali" presenti in Italia e in Europa. La seconda ragione è strettamente collegata alla prima e ha a che fare con la dimensione internazionale dei temi in agenda del CNB. Il protestantesimo, infatti, è una componente culturalmente molto significativa nelle principali sedi internazionali con cui l'Italia collabora. La terza è una questione di competenza. Il protestantesimo storico italiano ha istituito da più di vent'anni una Commissione bioetica. Molti dei nostri documenti sono stati ripresi e discussi su alcune tra le principali riviste di bioetica italiane e internazionali e hanno contribuito a migliorare la qualità del dibattito pubblico su questioni destinate a diventare sempre più attuali nelle società in cui viviamo»[1702].

6.3.1. Aborto e opposizione alla legge n. 194/1978.

Dopo l'entrata in vigore della legge n. 194 del 1978 l'offensiva della Chiesa cattolica contro la legge non risparmia colpi, ad ogni livello, dal Pontefice fino alla sua base. Il mondo protestante più che osservare azioni e toni di tale offensiva non si sente di negare legittimità della lotta della Chiesa cattolica nella società in cui vive. Sicuramente interessano di più i caratteri di questa lotta condotta sul piano etico-sociale che le valutazioni della politica vaticana, ma il ruolo di "sentinella" nella società da parte della Chiesa cattolica è riconosciuta, anche dal mondo protestante, come una funzione irrinunciabile che caratterizza la missione della chiesa e che nella maggior parte dei casi è risultata carente nella storia di ogni chiesa. Sono però i caratteri specifici di questa lotta contro la legge n. 194/1978 che, per i protestanti, sembrano in contrasto con la missione della chiesa stessa.
«La funzione profetica [infatti] non può mai prescindere dalla verità»[1703] e l'incondizionata ammirazione del papa per gli operatori sanitari obiettori di coscienza con la verità.

[1700] Ibidem.
[1701] Ibidem.
[1702] *Un protestante nel Comitato nazionale per la bioetica,* in «Riforma.it il quotidiano on-line delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia», 28 marzo 2018.
[1703] Giampiccoli, F., *Aborto e compito profetico*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 109, fasc. 2, 12 gennaio 1979, p. 1.

Dal punto di vista protestante, la verità è che tra tutti i medici obiettori, accanto a chi obietta seguendo la retta coscienza, c'è chi lo fa per interesse, per la difesa di una «malintesa libertà della professione»[1704], ma soprattutto per il vile motivo di poter continuare clandestinamente ad eseguire aborti, sabotando con la loro obiezione il servizio predisposto dallo Stato. Non vedere questa verità, sostenere indiscriminatamente l'obiezione di coscienza, in modo volutamente acritico, rischia di mettere da parte il criterio di verità. Inoltre, l'uso della scomunica annunciato dalla CEI e non sconfessato dal papa è una testimonianza imposta e come tale è un criticabile dal punto di vista evangelico. Indubbiamente, si tratta di uno strumento efficace nel promuovere la lotta contro la legge 194/1978 ritenuta lesiva del bene sacro che è la vita umana, ma soffoca il criterio della testimonianza. Dunque, non è il fine che la Chiesa cattolica si prefigge ad essere contestato dai protestanti (in quanto è il loro stesso fine) ma sono le modalità utilizzate dalla Chiesa cattolica per questa lotta sulle quali divergono i protestanti. Essi non ritengono utile lottare contro l'aborto legale quando questo significa aumento degli aborti clandestini, inoltre considerano necessario migliorare una legge imperfetta, attuare una solidarietà attiva con chi vive queste situazioni e non reprimerli, ma soprattutto l'impegno tenace nella promozione della procreazione cosciente e della pianificazione familiare, il corretto funzionamento dei consultori e l'educazione dell'uomo per una reciprocità di rapporto con la donna. Nell'intraprendere, con queste modalità, la lotta all'aborto i protestanti sono consapevoli della loro poca incisività ma essi vogliono rimanere fedeli ai caratteri di verità e testimonianza che li contraddistingue[1705].

La posizione delle Chiese valdesi e metodiste è confermata nel riferimento alle quattro tesi del Centro Studi Protestante della Chiesa Riformata di Ginevra il cui contenuto può essere riassunto nel rifiuto dell'aborto in sé, come violenza alla donna e alla speranza di un bambino non accettabile da un cristiano, nel riconoscimento dello Stato a regolare un fenomeno tanto vasto da avere un evidente riflesso sociale e nel rifiuto di chiedere allo Stato di trasformare un peccato in reato, confermando invece il dovere delle Chiese di attivarsi per vuotare di oggetto la legge, una volta che l'aborto, e le sue cause, non sia più necessario[1706].

La posizione protestante sull'aborto è manifestata maggiormente dalle donne evangeliche. Questo è evidenziato nello stesso contenuto di tale posizione come si è abbondantemente rimarcato nel capitolo precedente. Un peso importante nella posizione protestante in difesa della legge 194/1978 è proprio l'autodeterminazione femminile e l'emancipazione dal ruolo esclusivamente di madre nella quale la società patriarcale continua a volerla relegare. Per lo stesso forte motivo le donne, anche quelle protestanti, manifestano contro le azioni messe in atto dal Movimento per la vita, tra i quali i quesiti referendari proposti per abrogare la legge 194/1978[1707]. L'aborto, denunciano le donne del FGEI, è un peccato. Ma non perché stabilito da un'astratta legge morale, ma perché è causa e conseguenza di dolori e lacerazioni, e le radici di questo peccato affondano nel terreno dell'indifferenza, dell'incapacità di comunicare, della paura, della debolezza, della malattia e dell'ignoranza. Di tale situazione sono tutti responsabili, ma secondo le donne del FGEI, ha una responsabilità molto individuabili e precise chi ha creduto di dover predicare l'evangelo di Cristo come se si trattasse di un insieme di leggi da osservare e che avrebbero avuto, nel caso di una trasgressione, adeguate pene

[1704] Ibi, p. 8.
[1705] Ibidem.
[1706] De Michelis, N., *Rifiuto dell'aborto*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 110, fasc. 43, 31 ottobre 1980, p. 3.
[1707] Pellenco Malan, L., *Diritto all'aborto per non abortire più*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 110, fasc. 43, 31 ottobre 1980, p. 4.

nell'al di là, salvo una decisione diversa da parte degli uomini (sacerdoti) preposti su questa terra a dispensare assoluzioni[1708]. L'aborto per le donne del FGEI non deve essere visto sul piano del peccato, sia che lo si creda tale o no, così facendo si crea confusione. Questo è per loro una sconfitta perché interrompe e spezza una potenzialità di esistenza, perché è una violenza e una sofferenza che grava su ogni donna che lo fa. Esse denunciano chi si erge a giudice delle donne e debbano impaurirle con l'immagine di un Dio giudicatore, in quanto Dio non giudica ma salva. Con tali motivazioni, con la fede in Dio e nella vita, che le donne del FGEI respingono il grave attacco alla legge 194/1978, portato avanti con le tre proposte di referendum[1709].
Il no dei protestanti è unanime ai referendum indetti per abrogare la legge 194/1978, anche se per la libertà delle Chiese e dei singoli fedeli non è possibile affermare che tutti seguano la stessa condotta, come invece si può affermare per i cattolici che si uniformano alle decisioni della propria gerarchia. Ad esempio, il responsabile della Chiesa cristiana evangelica di Rapallo, intervistato da *L'Avvenire* prende posizione contro l'aborto e allo stesso tempo denuncia la legge 194/1978, dividendo chi voterà *Si* dalla parte di Cristo e chi voterà per il *No* dalla parte di Erode «iniziatore della strage degli innocenti»[1710]. In attesa del voto, a Bologna si costituisce il *Comitato cristiani per il no* di cui è parte la comunità metodista locale, anche per smarcare la differenza di voto al referendum con i cristiani cattolici[1711]. La Federazione delle Donne Evangeliche di Puglia e Lucania dichiara: «Denunciamo […] il tentativo in atto di bollare come "abortista" chi, come noi, non vuole l'abrogazione della legge 194/1978, in quanto ci sentiamo impegnate nella lotta sia contro le cause dell'aborto che a favore di un reale rispetto della vita»[1712]. La Chiesa valdese di Grottaglie nell'esprimere l'intenzione di voto al referendum aggiunge:

> «siamo […] convinti che la parola "vita" abbracci una realtà assai più ampia che quella costituita da un ammasso di cellule, che è invece un fatto biologico. Vita è per noi la possibilità di scegliere, di decidere, di "realizzarsi" […]; è un complesso di relazioni, è una possibilità di rapporti interpersonali. Tutto questo non si può certo dire per la vita fetale, e questa non costituisce perciò un idolo al quale sacrificare»[1713].

La Chiesa valdese di Pinerolo, in assemblea pubblica un documento sull'aborto che tra le altre cose afferma: «L'assemblea di Chiesa di Pinerolo […] ritiene giusto che lo Stato abbia una legge che tenga conto della realtà di fatto e che attraverso la depenalizzazione dell'aborto e la garanzia dell'assistenza medica gratuita cerchi di evitare le conseguenze più dannose dal punto di vista sociale»[1714].
A dieci anni dall'approvazione della legge n. 194 del 1978, il Coordinamento delle donne ternane per la difesa della legge n. 194/1978, di cui fanno parte anche le donne della Chiesa metodista di Terni, indice una iniziativa di dibattito sulla premessa che la legge, oltre a non funzionare come dovrebbe, è nuovamente sotto attacco da parte di molte figure di spicco, tra i quali il papa. Degno di nota è un

[1708] Tron, G., *Nessuno ha la coscienza a posto*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 110, fasc. 46, 21 novembre 1980, p. 7.
[1709] *Perché come credenti difendiamo la legge sull'aborto*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 110, fasc. 44, 7 novembre 1980, p. 7.
[1710] *Una Chiesa contro la 194*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 111, fasc. 19, 8 maggio 1981, p. 2.
[1711] De Michelis, N., *Protestanti e aborto*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 111, fasc. 19, 8 maggio 1981, p. 3.
[1712] *Sud evangelico per il no*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 111, fasc. 19, 8 maggio 1981, p. 2.
[1713] Ibidem.
[1714] *Sull'aborto*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 111, fasc. 20, 15 maggio 1981, p. 9.

intervento che sottolinea l'etica protestante della responsabilità civile e morale di ogni singolo individuo circa la maternità anche in vista delle nuove prospettive aperte dalla biogenetica[1715].
Da punto di vista protestante, con la legge n. 194/1978, dopo secoli di coercizione e attenzione unicamente punitiva, viene riconosciuta alla donna la possibilità di riflettere in libertà sull'interrogativo postole da una maternità inattesa, maturando la propria coscienza. Con l'adesione dei medici e degli operatori sanitari all'obiezione di coscienza si assiste nuovamente a uno spostamento dell'attenzione della "coscienza" dalla donna a quella del medico. Nel rapporto tra il medico e il nascituro la donna torna ad essere vista come un oggetto, un "contenitore", non più come soggetto della decisione[1716].
L'obiezione di coscienza, stimata come una conquista protestante per contrapporsi alla guerra, utilizzata dai cattolici per sabotare la legge n. 194/1978 è come se venisse "riciclata" spostandola dai suoi fini originari. Nello stesso campo i protestanti, invece, ne rivalutano il senso, intendendola in modo nuovo, in modo comunitario, nel significato del mutuo aiuto all'interno della società e in sostegno delle donne sofferenti[1717]. Inoltre, l'obiezione di coscienza in tema di aborto da parte dei cattolici, secondo i valdesi, è svuotata del suo contenuto e della carica contestatrice che le è propria, in quanto l'obiettore in coerenza con la propria "coscienza" ha sempre affrontato le conseguenze del rifiuto delle norme imposte dall'autorità statale, che in questa situazione vengono meno. Anche quando le conseguenze più dure per gli obiettori sono state attenuate con il riconoscimento dell'obiezione di coscienza da parte della legge n. 772/1972 nei confronti degli obblighi di leva, sono previsti l'obbligo della presentazione di una domanda motivata da parte dell'obiettore che può sempre essere respinta previo controllo della fondatezza e della sincerità "in coscienza" di tale obiezione e comunque prevedendo una attività alternativa alla leva. L'obiezione di coscienza prevista dalla legge n. 194/1978, invece, opera indipendentemente dall'imprescindibilità dei motivi di coscienza, non necessità di una domanda motivata ma di una semplice comunicazione (tutelata dal segreto d'ufficio), non è sottoposta a nessun controllo sulla sua fondatezza e non prevede alcune prestazioni alternative, facendo così dello stesso strumento due pesi e due misure[1718].
Nel 2017 l'obiezione di coscienza in tema di aborto torna a preoccupare il mondo protestante, in particolare il caso suscitato dalla messa a bando dalla Regione Lazio di due posti all'Ospedale San Camillo di Roma per ginecologi che non vogliono servirsi dell'obiezione di coscienza. Se per la CEI l'obiezione di coscienza è un diritto, secondo le confessioni evangeliche se una tale richiesta è stata fatta è solo per garantire la legge 194/1978 e che i numeri di obiettori nella sanità italiana sono anomali e preoccupanti. La CEI commenta che episodi del genere fanno diminuire le opportunità di lavoro per chi è obiettore, per i protestanti invece è un diritto costituzionale che si trasforma in un impedimento per altri individui che vogliono accedere a un servizio. Dal punto di vista evangelico si evidenziano due cose: manca l'onere compensativo nella sanità italiana e gli obiettori non sono una minoranza, ma una maggioranza che attua una «disobbedienza civile a basso costo»[1719].

[1715] Roela, G., *Maternità e aborto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 119, fasc. 15, 14 aprile 1989, p. 4.
[1716] Girardet-sbaffi, M., *Quale coscienza?*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 109, fasc. 2, 12 gennaio 1979, p. 5.
[1717] Gonnet, G., *Un'obiezione "riciclata"*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 109, fasc. 2, 12 gennaio 1979, p. 5.
[1718] Ribet, A., *Due pesi e due misure*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 109, fasc. 2, 12 gennaio 1979, p. 5.
[1719] De Fazio, M., *Obiezione di coscienza o disobbedienza civile a basso costo?,* in «Riforma.it il quotidiano on-line delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia», 24 febbraio 2017.

6.3.2. Ingegneria genetica: fecondazione artificiale e cellule staminali.

Nel 1987 a esprimere l'opinione valdese sulla PMA è Marco Tullio Florio; secondo lui la fecondazione artificiale in sé, non crea remore di tipo etico, che sia in vivo o in vitro, anche eterologa, mentre ci sarebbe da obiettare sulla preferenza dell'adozione a queste pratiche, essendoci molti bambini nati senza genitori[1720].

L'8 luglio 1997, presso la Commissione affari sociali della Camera, è stata ascoltata una delegazione della Federazione delle chiese evangeliche in Italia (FCEI) su "procreazione medicalmente assistita" in vista della stesura di un testo unico di legge da sottoporre al Parlamento. Gli evangelici presenti hanno espresso la loro preferenza per un testo di legge snello che riassuma le diverse visioni etiche in materia; l'auspicio che non siano presenti espressioni opinabili come "considerare l'embrione un essere umano già dal concepimento"; la richiesta che non sia posto un limite troppo rigido alla procreazione assistita solo ai coniugi e alle coppie stabili; la necessità di riconoscere e valutare i centri che praticano queste metodiche; la tutela da parte del Sistema Sanitario Nazionale. Inoltre, a integrazione della legge sulla procreazione assistita, gli evangelici richiedono che venga fatta una revisione della legislazione sulle adozioni[1721].

Nel 1987 sempre Marco Tullio Florio dice che l'ingegneria genetica sull'uomo è da distinguere in negativa, che tende ad eliminare caratteri patologici trasmessi attraverso il patrimonio genetico, e in positiva, tendente a creare modifiche nella specie che «sarebbe di certo sfruttata per assoggettare l'uomo all'uomo»[1722].

Nel 1988 l'Assemblea della Chiesa Battista in Italia si esprime sulle problematiche di bioetica, in particolare sull'ingegneria genetica, chiede al Governo italiano di sostenerla finanziariamente visto il suo apporto a cure mai raggiunte con altre tecniche, ma invita le Chiese a vigilare affinché la ricerca sia rispettosa della natura umana; chiede ai propri dipartimenti di diffondere nelle comunità informazioni accurate sulla problematica bioetica; esorta infine le Chiese ad essere presenti nella composizione dei comitati etici, già esistenti o in formazione, negli ospedali[1723].

Nello stesso anno, il ministro della Sanità in carica, Umberto Veronesi, crea una commissione speciale per approfondire il tema della clonazione. A presiederlo è il premio Nobel Renato Dulbecco e tra i membri è chiamato anche il professore della Facoltà valdese di teologia di Roma Sergio Rostagno[1724]. A dicembre del 2000 viene presentato il rapporto finale stilato dalla Commissione speciale che in particolare si focalizza sull'utilizzo delle cellule staminali. Il documento è chiaro sui benefici che la medicina potrebbe trarre dell'uso delle cellule staminali e l'interesse del mondo scientifico a intraprendere ricerche su possibili future terapie ma allo stesso tempo mette in evidenza due punti delicati: la richiesta di ovociti, che può pesare sulle donne; o al posto degli ovociti, l'utilizzo di embrioni soprannumerari. Ma l'utilizzo di cellule embrionali con caratteristiche uniche nell'universo rinvia ad una individualità umana unica che non si può non rispettare. Su questo

[1720] Florio, P., *Libertà dell'uomo, libertà della scienza,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 117, fasc. 12, 27 marzo 1987, p. 7.

[1721] *Gli evangelici italiani e i problemi di bioetica,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 5, fasc. 28, 18 luglio 1997, p. 1.

[1722] Florio, P., *Libertà dell'uomo, libertà della scienza,* cit, p. 7.

[1723] *Speciale assemblea battista. Attenzione all'etica,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 118, fasc. 38, 7 ottobre 1988, p. 2.

[1724] *Clonazione. Un protestante in Commissione,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 8, fasc. 36, 22 settembre 2000, p. 1.

dilemma la Commissione propone tre posizioni. La posizione per cui all'embrione si deve lo stesso rispetto che si deve alla persona umana, che esclude questo tipo di ricerche; la posizione maggioritaria nella Commissione di soppesare i vantaggi attesi dalla ricerca, non escludendo a priori l'avanzamento di queste ricerche; la posizione, in fine, di chi ritiene che l'impiego degli embrioni non intacchi nessun principio etico e incita la ricerca sugli embrioni per l'utilizzo delle cellule staminali. Le raccomandazioni finali rispecchiano il confronto avuto in Commissione tra queste tre posizioni, quella intransigente sull'uso degli embrioni sostenuta soprattutto dai cattolici è rientrata nell'orientamento comune, che rispecchia la posizione mediana, laica, che resta il vero terreno di intesa tra i due estremi. I valdesi, attraverso il loro rappresentate in Commissione, si sono posizionati al centro[1725].

6.3.3. Fine vita e trapianti.

Per gli evangelici bisogna accettare la responsabilità delle proprie scelte e non vi sono ricette prestabilite per il giusto comportamento di fronte al fine vita e all'eutanasia. Un atteggiamento di rifiuto assoluto non è conforme al Vangelo, va considerato caso per caso. Un giudizio sull'eutanasia deve tenere conto del rapporto con la morte e la sua accettazione. Per la posizione protestante, in alcuni casi bisogna sapersi rassegnare al fatto che la morte è sopraggiunta (anche se il cuore continua a battere), in altri casi saper accettare il desiderio di chi, in una situazione di grave sofferenza serenamente chiede che questa situazione sia abbreviata, sospendendo cure destinate solo ad allungare le sofferenze, e spesso non prive di effetti tossici, pienamente risentiti dal malato. Per quanto riguarda l'eutanasia attiva, per quanto comporta molte più complicazioni di natura morale, legale e scientifica la quale necessiterebbe di molteplici garanzie e non essere lasciata alla discrezione del singolo, ma nella sostanza non vi è grande differenza essendo anche quella passiva un modo di procurare la morte[1726].
Nel documento pubblicato nel 1980 dalla chiesa valdese-metodista di Venezia: *Per la dignità dell'uomo anche nella malattia e nella morte* la quarta considerazione si concentra sull'educazione e il diritto alla morte; in questa sede si dichiara che nei paesi in cui la maggioranza della popolazione si definisce cristiana si è perso «per colpa dell' istituzione ecclesiastica che spesso ha predicato dei valori anziché il vangelo»[1727] il senso della speranza cristiana che è anche liberazione dalla morte. Come quinta considerazione, anche se come comunità non si vuole esprimere un giudizio definitivo in merito, si dichiara che non vi è sostanziale differenza tra eutanasia passiva ed eutanasia attiva e che vada rivisto il problema dei medici che affrettano la morte di pazienti terminali e sofferenti che lo richiedono, per evitare ingiuste condanne penali. Sesta considerazione, non si deve considerare l'eutanasia come un trattamento che uccide e abbandona l'ammalato, essendoci casi penosi nel sistema sanitario italiano in cui i malati proprio perché tenuti in vita sono considerati come numeri, abbandonati a loro stessi e alle loro sofferenze, la qual cosa è già togliere la vita[1728].

[1725] Rostagno, S., *Embrioni per la ricerca,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 9, fasc. 1, 5 gennaio 2000, p. 1.
[1726] Florio, M., T., *La buona morte,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 110, fasc. 12, 21 marzo 1980, p. 4.
[1727] *Per la dignità dell'uomo anche nella malattia e nella morte,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 110, fasc. 19, 9 maggio 1980, p. 2.
[1728] Ibidem.

Dopo riunioni di studio e dibattiti, l'assemblea della Chiesa valdese di Genova, a maggio del 1981, ha votato un documento sui "Diritti dei morenti". Da questo documento, con riferimento alle Raccomandazioni del Consiglio d'Europa n. 779/1976, emergono alcune linee sintetizzabili in due aspetti fondamentali, uno di ordine etico-teologico e l'altro di ordine giuridico. Tale distinzione è necessaria a chiarire la complessità dei problemi delle società tecnologicamente avanzate e culturalmente pluraliste. L'aspetto etico-teologico non può prescindere dalla consapevolezza che la vita è un dono di Dio. Da questo la vita non è riconducibile a mero fatto biologico vegetativo, ma implica coscienza, intelligenza e partecipazione. In questa visione si rendono impliciti: il rifiuto della sopravvivenza medicalmente forzata; la positività dell'impegno nella lotta al dolore, contro ogni mistica della sofferenza; il diritto del morente all'informazione più completa e la solidarietà umana attiva nei suoi confronti. L'aspetto giuridico, che non può prescindere dalle considerazioni etico-teologiche, esige l'adeguamento della legislazione, della giurisprudenza e della coscienza civica alla validità di un'impostazione che rifletta una genuina preoccupazione per la difesa integrale di ogni uomo, senza rimandare a autoritarismi e dogmatismi ecclesiastici. In Italia, prosegue il documento, le Raccomandazioni del Consiglio d'Europa appaiono particolarmente attuali di fronte agli impedimenti interposti alla riforma sanitaria, all'avvio dell'impegno del Tribunale per i diritti del malato e alle prospettive del volontariato ospedaliero. In conclusione, il documento tratta il tema dell'eutanasia che in Italia non ha ancora trattazione diversificata rispetto all'omicidio volontario o nel migliore delle ipotesi, dell'omicidio "del consenziente". In questa sede viene espressa la volontà per un diritto alla vita, seriamente contrapposto da un lato alla medicalizzazione e dall'altro alla programmazione della morte. Su questa strada, già aperta dalla riflessione medica e teologica, si aprono nuove prospettive giuridiche che la Chiesa invita a considerare in uno spirito di apertura[1729].
Un'altra dichiarazione sui diritti dei malati e dei morenti arriva nel 1982 dalla Chiesa valdese di Trapani-Marsala, nella quale si afferma che l'eutanasia (attiva), la buona morte, voluta o procurata, non sono altro che un suicidio se attuata contro sé stessi e omicidio se realizzata verso gli altri. E dunque mai leciti[1730].
Il documento *Eutanasia e suicidio assistito* inviato dal Sinodo del 1998 alle Chiese è stato discusso da un gruppo di studio delle comunità valdesi, battiste e metodiste di Milano in vista del dibattito al Sinodo seguente. Il documento per quanto apprezzato dal gruppo di studio per la sua chiarezza ha rivelato anche alcune imprecisioni e lacune. Come la cavillosa differenziazione tra eutanasia attiva e eutanasia passiva che, secondo il gruppo di studio, nella realtà clinica sarebbe inapplicabile; o l'utilizzo di statistiche fatte dall'OMS per monitorare l'effettiva assistenza ai malati terminali, senza spiegare che queste statistiche hanno come parametro la quantità di morfina utilizzata in ogni stato.
Il gruppo di studio propone che un documento redatto da una confessione religiosa, riguardante l'eutanasia e il suicidio assistito, potrebbe essere considerato nei seguenti ambiti: «la sofferenza e la cultura che ne può derivare. […]; la capacità di affrontare situazioni specifiche senza ricorre a impossibili criteri universali. […]; la necessità di apertura a un lavoro di équipe e quindi di una nuova visione della formazione professionale più globale anche a scapito della specializzazione. […]; la richiesta di idonee forme legislative e di una loro efficace applicazione»[1731].

[1729] *Diritti dei morenti,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 111, fasc. 27, 3 luglio 1981, p. 2.
[1730] *Trapani: i diritti dei malati,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 112, fasc. 22, 28 maggio 1982, p. 5.
[1731] Broffiero, F., *Eutanasia e suicidio assistito,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», A. 7, fasc. 29, 16 luglio 1999, p. 8.

Dal 2011 il Coordinamento laico nazionale istituisce la giornata del Testamento biologico. Le DAT diventano un modo per superare il dilemma tra accanimento terapeutico e interruzione delle cure e riaprire un vecchio dibattito, mascherando quella pratica che negli anni Settanta-Ottanta era ancora distinta come eutanasia attiva e passiva. In Italia, il dibattito però continua ad essere polarizzato come quando si è iniziato a parlare di eutanasia; chi difende le DAT sarebbe «portatore di una cultura di morte», chi è contrario sarebbe «il paladino della vita»[1732], ad ogni costo e in ogni circostanza.
Aspettando la normativa in merito, diverse Chiese evangeliche si sono attivate negli anni per aprire uno sportello di raccolta dei testamenti biologici, su sollecitazione del Sinodo e della Commissione bioetica di portare avanti, da parte delle Chiese una discussione sul fine vita e su come affrontare la morte. La prima chiesa ad aprire uno sportello è stata la Chiesa valdese di Milano, poi si sono aggiunte, Pinerolo, Torino, Napoli, Trieste, Udine, Civitavecchia, Venezia e Mestre, Vicenza, Lucca, Roma-Piazza Cavour, Palermo e Brescia. Istituendo l'attività dello sportello per il testamento biologico, queste Chiese hanno anche dedicato momenti per l'informativa, la distribuzione del dossier ufficiale, la raccolta stessa dei testamenti, alla presenza di notai o avvocati[1733].
La Commissione Bioetica delle chiese valdesi, metodiste e battiste in Italia riflette da anni sui temi del fine vita e negli anni ha prodotto diversi documenti, il primo dei quali è quello del 1998, seguito da quelli del 2002 e 2007. Nel 2017 La Commissione sta lavorando a un nuovo documento in modo da riflette l'evoluzione che in questi anni c'è stata nel Paese.
Il dibattito sull'eutanasia e sul suicidio assistito ha registrato alcuni significativi mutamenti: si è ampliata la tipologia dei soggetti coinvolti (di eutanasia nel 1998 si parlava principalmente in relazione ai problemi dei pazienti oncologici); si sono evolute le tecniche mediche (in particolare alle cure palliative, il cui sviluppo avrebbe reso, meno urgente la domanda di eutanasia nelle società occidentali); inoltre, è possibile ragionare oltre che su questi dati anche riguardo le esperienze legislative dei paesi che hanno scelto la via della depenalizzazione o della legalizzazione dell'eutanasia. Per tutti questi motivi la Chiese hanno ritenuto utile riprendere il documento pubblicato nel 1998, chiedendosi se le conclusioni di allora fossero ancora valide vent'anni dopo[1734].
Ad aprile 2017 la Commissione bioetica delle chiese valdesi, metodiste e battiste in Italia pubblica il nuovo testo intitolato: *È la fine, per me l'inizio della vita. Eutanasia e suicidio assistito: una prospettiva protestante*.
Luca Savarino, coordinatore della Commissione bioetica delle Chiese, in merito spiega che: «Dopo due anni di lavoro proponiamo alle chiese questo testo con cui auspichiamo di avviare all'interno delle singole comunità, ma anche nel più ampio spazio pubblico italiano, un dibattito sereno e approfondito sui temi dell'eutanasia e del suicidio assistito».
Le conclusioni del documento riportano che:

> «[t]ale dibattito dovrebbe essere condotto tenendo a mente sia le evidenze scientifiche a oggi disponibili, sia i dati sulla legislazione dei paesi che negli ultimi venticinque anni hanno intrapreso un simile percorso. Nella consapevolezza di affrontare un tema controverso, abbiamo tentato di distinguere tra diversi livelli del discorso, che spesso si intrecciano e si confondono reciprocamente. Tra il piano scientifico, quello etico e quello giuridico, innanzitutto. Tra un'etica cristiana, che si rivolge principalmente alle comunità di fede, e un'etica secolare, che fa uso di argomentazioni potenzialmente universali, in secondo luogo, il nostro

[1732] D'Auria, M., *Oggi ricorre la giornata del testamento biologico,* in «Riforma.it il quotidiano on-line delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia», 19 novembre 2014.
[1733] Ibidem.
[1734] Tourn, S., *Fine vita: serve un salto di qualità al dibattito in corso,* in «Riforma.it il quotidiano on-line delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia», 27 febbraio 2017.

> punto di vista, aperto dalla fede, non pretende di assolutizzare una morale speciale, ma è attento al contesto entro cui le scelte individuali e le dinamiche politiche avvengono»[1735].

Sul tema dell'eutanasia nelle Chiese protestanti, anche a livello europeo, c'è disaccordo. Tuttavia, la Commissione bioetica delle Chiese valdesi, metodiste e battiste propende per una linea più possibilista a favore dell'eutanasia. Sempre Savarino afferma: «È giusto che si discuta, le posizioni divergono anche all'interno della nostra stessa Commissione, tant'è che il testo non è stato votato all'unanimità»[1736]. Nel panorama del protestantesimo storico da almeno quarant'anni sono compresenti due differenti linee di pensiero sui temi del fine vita. La prima, largamente maggioritaria, è quella che si ritrova nel documento della Comunione di Chiese protestanti in Europa (CCPE) *Un tempo per vivere e un tempo per morire*, in cui l'eutanasia è vista come profondamente problematica sul piano etico, mentre sul piano culturale la sua legalizzazione equivarrebbe alla sua banalizzazione. La seconda è quella che compare per la prima volta nel 1972 in un rapporto del Sinodo della Chiesa riformata d'Olanda dal titolo *Eutanasia. Significato e limiti della terapia medica*, e che per certi aspetti caratterizza anche i documenti delle Chiese italiane.
Il nuovo documento, inviato alle Chiese, viene presentato in occasione del Sinodo delle Chiese valdesi e metodiste di agosto 2017 a Torre Pellice[1737].
A fine del 2017 la Commissione bioetica delle chiese valdesi, metodiste e battiste in Italia si dice soddisfatta per l'approvazione al Senato della legge che disciplina le "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"; definendola una conquista per l'Italia, ponendola sullo stesso piano della maggioranza dei paesi europei.
A questa legge si riconoscono due elementi fondamentali, da un lato la relazione medico-paziente e dall'altro la facoltà del paziente di avere l'ultima parola riguardo ai trattamenti a cui vuol essere sottoposto. Inoltre, si riconosce al testo di legge di essere esente da ogni deriva eutanasica, esplicita o velata. Secondo Luca Savarino, anche se si tratterà di una legge che verrà usata da una stretta minoranza di persone, questa riconosce un diritto fondamentale ampiamente condiviso dalla maggioranza dei cittadini, «compresa larga parte del mondo cattolico-romano»[1738].
In merito ai trapianti d'organi nel 1987 viene pubblicato sulla rivista mensile della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, «Federazione Medica», un dibattito dal titolo *Libertà della ricerca scientifica e rispetto dei valori umani* nel quale vengono espresse le posizioni ebraica e valdese in merito a diverse tematiche bioetiche, interessante come nella rivista non venga riportato il pensiero cattolico, che avrebbe potuto apportare una posizione controcorrente sugli argomenti trattati[1739].
Ad esprimere l'opinione valdese è Marco Tullio Florio che, in apertura, afferma esistere un limite da non superare, non dato dal timore di infrangere regole cristallizzate nei secoli o di alterare qualcosa che è stato considerato "naturale", ma dal rispetto per l'uomo, creatura di Dio. Dunque, è la libertà dell'uomo, come «soggetto di volontà, desideri, di scelte e di diritti»[1740], da contrapporre alla libertà della scienza. Sui trapianti d'organo egli osserva però, in mancanza di un esplicito rifiuto della

[1735] Commissione bioetica delle Chiese BMV, "É la fine, per me l'inizio della vita". *Eutanasia e suicidio assistito: una prospettiva protestante,* n. 18, aprile 2017, p. 15.
[1736] Notizie evangeliche, *Eutanasia si o no? Aperto il dibattito nelle chiese evangeliche, in* «Riforma.it il quotidiano on-line delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia», 27 luglio 2017.
[1737] Ibidem.
[1738] Notizie evangeliche, *Il biotestamento è legge, in* «Riforma.it il quotidiano on-line delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia», 15 dicembre 2017.
[1739] Florio, P., *Libertà dell'uomo, libertà della scienza,* cit, p. 7.
[1740] Ibidem.

persona in vita, si possa prelevare l'organo da trapiantare anche senza un'esplicita accettazione del soggetto in vita o dei familiari dopo la sua morte.
Nel 1988 l'Assemblea della Chiesa Battista in Italia esprime solidarietà con chi in Parlamento e fuori si prodigano per sollecitare una legge che regoli il prelievo dai cadaveri di organi a scopo di trapianto. Raccomanda a quanti contribuiscono alla formazione dell'opinione nel mondo battista e nelle altre Chiese che sia profuso un impegno per smascherare ogni possibile atteggiamento culturale, scientifico e pratico condizionato dal feticismo per il proprio corpo[1741].

6.4. Comunità ebraiche e questioni bioetiche.

6.4.1. L'aborto.

Negli anni precedenti al 2008 non sono state trovate affermazioni o documenti prodotti dalle Comunità ebraiche in merito all'aborto o al dibattitto in merito che ha animato il Paese e che ha animato anche le Chiese cristiane italiane.
Solo nel 2008, infatti, vi è tra le comunità ebraiche italiane una «proposta circolante di moratoria [che] viene a chiedere la sospensione di tutti gli aborti»[1742], nell'articolo che comunica questa notizia non è riportato a chi sia indirizzata tale richiesta di sospensione delle pratiche abortive. Però si specifica che attraverso questa iniziativa si potrebbe riflettere sull'uso improprio delle pratiche abortive, ma ciò comporterebbe l'impedimento ad abortire a chi secondo l'*halakhà* ha comunque il permesso di farlo, venendo così a creare un'impasse riassumibile nell'affermazione «[n]on possiamo permettere ciò che è proibito, ma neppure proibire ciò che è permesso»[1743].
Nell'ottica ebraica, come già sottolineato nel capitolo precedente, la gravidanza è vista come un dono e una benedizione divina, mentre l'interruzione volontaria della gestazione viene considerata un atto negativo. Dal punto di vista halakhico, al tempo stesso, la vita del feto deve essere tutelata, e questa protezione può anche giustificare la profanazione dello Shabbat; d'altro canto, in linea generale, la soppressione del feto non è consentita e non viene trattata come un omicidio. Tuttavia, è chiaramente permessa la soppressione del feto se ciò è necessario per salvare la vita della madre.
Una linea di pensiero, che si basa su un'altra interpretazione della legge ebraica, considera come fattori che consentono l'interruzione della gravidanza anche casi di gravi malattie materne, comprese quelle di natura psichica; una seconda linea considera il divieto di soppressione del feto con minore gravità, come una norma rabbinica, secondo i differenti autori, consentendo l'aborto anche in presenza di malformazioni congenite o acquisite del feto, nella misura in cui ciò provocherebbe un forte disagio psicologico alla madre. Normalmente, le norme ebraiche tendono ad imporre standard più severi agli individui ebraici rispetto ai cristiani; in questa situazione, però, si verifica il contrario: infatti, il divieto per i cristiani risulta più rigoroso rispetto alle eventuali eccezioni consentite nell'ebraismo.
Alla luce di queste posizioni e considerazioni, il rapporto tra l'approccio ebraico e la legge italiana 194/1978 si può riassumere in tre punti fondamentali: innanzitutto, grazie a questa legge è possibile effettuare aborti in Italia in conformità alle disposizioni della *halakhà*; in secondo luogo, tuttavia, essa amplia le possibilità di accesso all'interruzione volontaria di gravidanza oltre i limiti imposti

[1741] *Speciale assemblea battista. Attenzione all'etica,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», A. 118, fasc. 38, 7 ottobre 1988, p. 2.
[1742] Di Segni, R., *halakhà, legge 194 e moratoria*, in «Ha Keillah», anno XXXIII, n. 164, aprile 2008, p. 7.
[1743] Ibidem.

dalla legge ebraica, includendo motivi socio-economici; infine, la legge 194/1978 contribuisce a ridurre lo spazio delle pratiche clandestine, offrendo un quadro normativo chiaro e regolamentato[1744].
Il dibattito in Italia, in quegli anni, sulla revisione della legge 194/1978 potrebbe interessare la comunità ebraica da due punti di vista contrapposti: da un lato, si sostiene la tutela di un diritto che deriva da una visione religiosa autonoma; se infatti una determinata decisione è considerata lecita secondo i principi della bioetica ebraica, si chiede allo Stato di garantire la possibilità di esercitarla. Dall'altro lato, poiché è importante che i principi ebraici siano rispettati dall'intera società, si dovrebbe invece lavorare per ridurre i margini di permissività consentiti dall'attuale normativa.
Dal punto di vista bioetico, e alla luce dei recenti progressi tecnici, si può anche prendere in considerazione la proposta di modifica della legge che prevede il limite di interruzione di gravidanza entro la 23ª settimana di gestazione.
Oltre a complicare la questione dal punto di vista halakhico, nel contesto italiano il dibattito sulla Legge 194/1978 trascende la sfera strettamente bioetica, assumendo connotazioni politiche che le Comunità ebraiche preferiscono evitare. Inoltre, entrambi i due punti di vista secondo i quali il dibattito sulla legge n. 194/1978 potrebbe interessare le Comunità ebraiche italiane si fondano su posizioni non pienamente conformi alla *halakhà*; il maggiore rigore che la legge religiosa propone su questo tema risulterebbe infatti in contrasto con le tradizionali politiche della società occidentale, che promuovono la parità di diritti per tutti i cittadini. A ciò si aggiunge che la rappresentanza politica dell'ebraismo italiano avrebbe difficoltà a formulare un'inedita e condivisa linea unitaria su una questione così divisiva, anche perché all'interno della comunità stessa le guide religiose non sono unanimi. I rabbini potrebbero intervenire nel dibattito pubblico sulla bioetica esponendo le proprie posizioni, ma questa materia risulta troppo complessa e le posizioni tradizionali sono soggette a diversi punti controversi; i vari aspetti della legge, inoltre, andrebbero affrontati separatamente e con grande attenzione. Date queste argomentazioni si può affermare che la prospettiva della tradizione ebraica si colloca come una via di mezzo tra gli estremi del divieto assoluto e la totale facilitazione[1745].

6.4.2. Fecondazione assistita e ingegneria genetica.

Per l'ebraismo può essere considerato lecito ricorrere a tecniche di fecondazione assistita, purché si valuti caso per caso, privilegiando chiaramente le soluzioni che coinvolgono esclusivamente la coppia, senza l'uso di gameti esterni. Questa è in linea generale la posizione dominante, anche se esistono opinioni differenti sul tema. Il concetto di "natura" utilizzato dalla Chiesa cattolica per analizzare le pratiche di fecondazione assistita, nel contesto dell'ebraismo biblico, non esiste, se inteso come entità intrinsecamente immutabile. Al suo posto, si trova l'idea di creazione, che l'uomo può utilizzare e modificare entro limiti espliciti stabiliti dalla Torah, sia scritta che orale. In certi casi, l'intervento sull'ambiente o sulle creature è vietato sotto forma di norme sulle mescolanze proibite, come nel caso di alcuni combinazioni agricole o di animali; in altri, è assolutamente vietato nel tempo, come nel caso dello shabbat. Quando si tratta di nuove tecniche, non si può assumere come pregiudizio preliminare che la natura sia intoccabile, dato che, come abbiamo visto, questa idea non ha fondamento nell'ebraismo. È, invece, necessario valutare ciascun intervento singolarmente, analizzandone le caratteristiche e le implicazioni specifiche[1746].

[1744] Ibidem.
[1745] Ibidem.
[1746] Segre, A., (a cura di), *Ebraismo e fecondazione assistita*, in «Ha Keillah», anno XXV, n. 125, aprile-maggio 2000, p. 9.

Spesso nel dibattito sulla fecondazione artificiale, per fare un confronto, la posizione valdese vede contrapposte alla necessità delle coppie di avere un figlio proprio la necessità di provvedere, tramite l'adozione, a tutti quei bambini al mondo che non hanno genitori. Contrapponendo lo spirito di amore, che la seconda scelta spesso implica, a uno spirito spesso egoistico che connota invece la prima.
Per l'ebraismo, invece, l'adozione per quanto rappresenta un gesto di grande valore morale e umanità, soprattutto quando viene posta in contrapposizione alle tecniche di fecondazione assistita volte a generare un figlio biologicamente proprio, non elimina l'obbligo di riprodursi che incombe sull'uomo né il diritto della donna di avere figli. Inoltre, ci sarebbero alcune complicanze che la specificità ebraica fa emergere. Ad esempio, attraverso l'adozione, il bambino adottato mantiene il suo status giuridico e la sua identità, entrambe determinate dalla condizione acquisita al momento della nascita. Inoltre, per una coppia ebrea che decide di adottare un bambino non ebreo, bisogna considerare attentamente il rispetto della condizione religiosa originaria dell'adottato, un diritto tutelato dalle norme internazionali vigenti. Tale questione deve essere chiarita con chiarezza prima di intraprendere qualsiasi pratica di adozione. In concreto, ogni caso deve essere valutato singolarmente, poiché nessuna soluzione è esclusiva o definitiva; spesso, diverse alternative o combinazioni possono essere considerate in modo complementare[1747].
Nel 2004 a Milano Marittima, nell'ambito del *Moked* di Primavera organizzato dal DEC e in collaborazione con il Collegio Rabbinico Italiano, l'AME ha organizzato un convegno dal titolo:
"Bioetica ebraica: legislazione europea e tradizione ebraica a confronto".
Il dott. Gianfranco Di Segni, ricercatore del CNR a Roma, ha presentato la posizione dell'Ebraismo sul tema della "fecondazione assistita" e dell'utilizzo degli embrioni umani a scopo di ricerca: la fecondazione eterologa è del tutto ammissibile e, anzi, favorita come qualunque mezzo per garantire la procreazione consapevole e la maternità viene riconosciuta a colei nel cui utero la gestazione è giunta a compimento[1748].
Nel 2013 la Comunità di Torino ha dedicato alla bioetica secondo la legge ebraica un intero *Shabbaton* in cui, oltre a Rav Somekh ed al Dott. Mortara, presidente dell'associazione Medici Ebrei Italiani, è intervenuto un ospite d'eccezione, Rav Avraham Steinberg, considerato una delle voci più autorevoli in materia[1749].
Sulla fecondazione eterologa, Rav Steinberg ha chiarito le posizioni dell'*halakhà*. Un esempio rilevante riguarda la questione se i figli nati da fecondazione eterologa siano considerati o meno ebrei. La risposta, secondo l'*halakhà*, è affermativa se l'ovulo proviene da una donna ebrea. È interessante osservare che, nell'ebraismo, la fecondazione eterologa non viene considerata un adulterio, poiché, anche se coinvolge elementi genetici estranei alla coppia, non si può ritenere che una nascita avvenuta senza atto sessuale costituisca adulterio[1750].
In questo proposito, per quanto riguarda la maternità surrogata, la questione si presenta come estremamente complessa e oggetto di molte controversie. La maggior parte degli studi e dei dibattiti sull'argomento si concentrano principalmente sulla questione di chi possa essere riconosciuta come madre legale dopo la procedura, lasciando spesso in ombra il tema della liceità stessa della pratica di per sé. È importante sottolineare che questa procedura implica inevitabilmente la partecipazione di una terza persona, al di fuori della coppia infertile. Per altre tecniche di fertilizzazione artificiale, la possibilità di risolvere il problema all'interno di una coppia con difficoltà di concepimento

[1747] Segre, A., (a cura di), *Ebraismo e fecondazione assistita*, in «Ha Keillah», anno XXV, n. 125, aprile-maggio 2000, p. 9.
[1748] Supino, R., *Associazione Medica Ebraica*, in «Ha Keillah», anno XXIX, n. 147, giugno 2004, p. 8.
[1749] Hirsch, E., *Bioetica e halakhà*, in «Ha Keillah», anno XXXVIII, n. 191, dicembre 2013, p. 1.
[1750] Ibi, p. 3.

rappresenta un elemento facilitante, anche se questa opinione non trova accordo unanime tra le autorità rabbiniche. Tuttavia, nel caso della maternità surrogata, questa facilitazione non si presenta e, anzi, costituisce un elemento di complicazione e "letta" come una condizione aggravante. Nonostante alcune riserve, alcune autorità non si oppongono alla procedura, purché ci siano motivazioni serie che la giustifichino, come ad esempio una patologia uterina congenita o acquisita. Tuttavia, è fondamentale considerare anche le questioni che emergono successivamente, in particolare riguardo all'identità del bambino rispetto alla madre, problematiche che sollevano notevoli dubbi sia sul piano psicologico che giuridico.

Anche su questo tema si confrontano opinioni contrastanti, tra chi sostiene che la madre genetica deve essere considerata principale e chi, invece, privilegia la madre uterina. Le discussioni halakhiche in merito rappresentano momenti di approfondita e complessa riflessione ritualistica, durante le quali viene coinvolta un'intera scienza rabbinica altamente specializzata, testimonianza di un dibattito molto vivace e articolato. Le conseguenze di questa questione vanno molto oltre la semplice dinamica di coppia e la stabilità familiare. Ad esempio, nel caso in cui una delle due "madri" sia ebrea e l'altra no, si apre il problema dell'attribuzione dell'identità ebraica tramite la trasmissione materna. La domanda è: si considera ebreo in funzione di un legame genetico-cromosomico o di un legame uterino? Le implicazioni di ciascuna delle due prospettive sono evidenti e di grande rilevanza. Attualmente, sembra che la maggioranza, seppur non assoluta, tenda a privilegiare l'idea di una maternità uterina come criterio determinante[1751].

Sempre al convegno organizzato a Milano Marittima nel 2004, il dott. Gianfranco Di Segni presenta anche la posizione dell'Ebraismo sull'utilizzo degli embrioni umani a scopo di ricerca, egli afferma che la sperimentazione sugli embrioni è altrettanto accettata in quanto strumento di avanzamento della medicina[1752].

Questa posizione, condivisa anche da molte Chiese protestanti, è che l'embrione non è considerato persona nella fase iniziale dello sviluppo, soprattutto se ancora non è stato impiantato nell'utero, e quindi la sua distruzione non comporta un omicidio, posizione in netto contrasto con quella della Chiesa cattolica. Tuttavia, non è considerata lecita una ricerca indiscriminata né la produzione di embrioni appositamente per la ricerca o per una terapia. Piuttosto, si usano embrioni "soprannumerari" che sarebbero destinati alla conservazione in un congelatore fino all'inevitabile disfacimento; inoltre, l'embrione da cui si prelevano le cellule staminali non deve aver superato il quarantesimo giorno dalla fecondazione; la ricerca deve essere finalizzata a scopi terapeutici e va svolta sotto il controllo di un comitato etico con il consenso informato dei genitori.

L'embrione prodotto in vitro, dunque, e non ancora impiantato nell'utero materno, pur non avendo lo status di persona, ha comunque diritto al rispetto in virtù del potenziale insito in esso, che potrà farlo diventare un essere umano. Tale diritto passa in secondo piano solo quando l'alternativa è la sua distruzione e quando se ne può ragionevolmente trarre un beneficio per l'umanità.

Questa posizione, condivisa dalla maggior parte degli esperti di etica medica ebraica, non è però unanime[1753].

Nel 2013 al convegno di bioetica ebraica organizzato dalla Comunità di Torino, Rav Steinberg è intervenuto anche in merito all'ingegneria genetica evidenziando come in questo ambito l'etica ebraica, oltre ad essere estremamente permissiva è anche sostanzialmente creativa. Sono

[1751] Segre, A., (a cura di), *Ebraismo e fecondazione assistita*, cit, p. 9.

[1752] Supino, R., *Associazione Medica Ebraica*, cit, p. 8.

[1753] Di Segni, G., D., Cellule staminali: cosa dice la *halakhà?*, in «Ha Keillah», anno XXXIV, n. 168, maggio 2009, p. 15.

particolarmente interessanti i casi concreti e le diverse eccezioni accettate dalla posizione ebraica. La tecnologia moderna consente di identificare le caratteristiche genetiche degli embrioni ottenuti tramite fertilizzazione in vitro, permettendo di selezionare quello che possiede le informazioni desiderate. Secondo Rav Steinberg, l'*halakhà* non vieta queste pratiche e ne approva l'uso, soprattutto nei casi in cui i genitori sani portatori di una malattia genetica intendano evitare la nascita di un bambino affetto da quella condizione. Diversa invece è la posizione riguardo alla selezione di caratteristiche superficiali come il colore degli occhi o dei capelli. Tuttavia, con alcune eccezioni, è consentito, ad esempio, generare un figlio di sesso opposto dopo aver avuto quattro figli dello stesso sesso, predefinendo il sesso del quinto secondo le proprie preferenze. Analogamente, nel caso di genitori portatori di una mutazione genetica che provoca la calvizie precoce: all'interno di una *Yeshivà*, dove tutti i maschi portano i riccioli delle *peot*, i figli calvi possono sentirsi infelici ed essere emarginati. Per questo motivo, è permesso ricorrere alle tecniche di diagnosi prenatale per selezionare embrioni che siano liberi da questa caratteristica genetica. Rav Steinberg approfondisce anche perché secondo l'etica ebraica si accettano sperimentazioni sugli embrioni fino al quarantesimo giorno di sviluppo; l'ebraismo, infatti, considera gli embrioni fino al quarantesimo giorno come "acqua", l'*halakhà*, come stabilito nel Talmud, tratta gli embrioni come entità non ancora solidificata in quel periodo. Questa prospettiva risulta anche compatibile con le attuali conoscenze embriologiche, secondo le quali la formazione di ossa e di strutture solide nell'uomo inizia circa dopo il quarantesimo giorno di sviluppo. Poiché l'embrione è considerato una vita potenziale ma non ha ancora lo status di essere umano, tutte le tecniche di diagnosi precoce risultano quindi ammesse. In conseguenza di ciò, è inoltre consentito lo studio e l'uso clinico delle cellule staminali embrionali umane, pur restando proibito creare embrioni con il solo scopo di ottenere specifiche cellule. Esiste però un caso limite in cui un procedimento simile, ma non identico, è comunque ammesso: se un bambino si ammala di leucemia e non è possibile effettuare un trapianto di midollo compatibile da un parente, può essere accettata la generazione di un nuovo bambino con un patrimonio genetico predefinito, compatibile con quello del malato, procedimento definito "*savior sibling*"[1754].

6.4.3. Fine vita e trapianti.

A ottobre del 1986 è indetto a Rieti, dall'ordine Avvocati e Procuratori di Rieti, un Convegno Giuridico sul tema: *Vivere: un diritto o un dovere? Problematiche dell'eutanasia* nel corso del quale l'argomento viene trattato anche sotto l'aspetto religioso ed è invitato a partecipare anche un esponente del pensiero religioso ebraico[1755].
Secondo la religione ebraica, la Bibbia ordina di "non uccidere" e impone a ogni individuo di rispettare la sacralità della vita umana. La tradizione rabbinica approfondisce questo principio sostenendo che nessuno detiene un diritto assoluto, e ci si può liberamente decidere non solo sulla vita degli altri, ma anche sulla propria. Questa posizione si applica anche nei casi di malati terminali o gravemente sofferenti. La preoccupazione principale è che si possa ridurre il valore della sacralità della vita, rischiando di aprire una breccia che potrebbe lentamente allargarsi e minacciare i principi fondamentali. Per questo motivo, è severamente vietato compiere atti che possano accelerare la morte di un agonizzante; nessuno ha il diritto di procurare la fine della vita, anche quando il processo è irreversibile e la morte imminente, anche se le speranze di vita sono ormai inesistenti e anche se il

[1754] Hirsch, E., *Bioetica e halakhà*, cit, p. 3.
[1755] *Convegno sull'eutanasia*, in «Ha Keillah», anno XI, n. 54, febbraio 1987, p. 2.

malato stesso lo richiede. Il medico non può agire direttamente per questa finalità né consigliare al paziente modalità per togliersi la vita da solo.
Nel conflitto tra la tutela della sacralità della vita e la legittima esigenza di alleviare le sofferenze, quest'ultima non può prevalere sulla prima. Tuttavia, ciò non implica che non sia doveroso prendersi cura della dignità del malato e alleviare al massimo le sue sofferenze. L'uso di farmaci antidolore è permesso, anche se può accelerare la morte, purché siano somministrati esclusivamente per il sollievo dal dolore e non con questa finalità. In generale, la fermezza di questa posizione di principio viene spesso rassicurata da ulteriori analisi e precisazioni. Se infatti ci sono ampi margini eticamente leciti per l'attività medica, considerando che ai medici è concesso curare, è altrettanto vero che esistono pratiche di cura illecite, poiché curare non significa prolungare inutilmente le sofferenze. Da qui nasce una distinzione fondamentale: così come è proibito accelerare la morte di una persona, lo è anche utilizzare mezzi artificiali per ritardarla, se questo comporta un prolungamento ingiustificato delle sofferenze. Le fonti ebraiche medievali sono piene di casi particolari in questo ambito: «ad esempio il rumore ritmico di uno spaccalegna che entra in risonanza con il battito cardiaco di un agonizzante, o il rumore o il pianto nella stanza dove si trova il malato, se ne prolungano l'agonia, possono essere ridotti al silenzio»[1756]. In altri termini, sembra consentito rimuovere ciò che ostacola la morte, mentre è considerato illecito attuare misure che la accelerino direttamente. Questa distinzione, tuttavia, è molto sottile e di difficile applicazione, di conseguenza, sono necessarie numerose precisazioni per affrontare problematiche attuali. Un esempio riguarda le diverse apparecchiature che mantengono artificialmente in vita i pazienti nelle unità di rianimazione; alcuni suggeriscono di programmare queste apparecchiature con pause automatiche, che consentano di verificare eventuali segnali di attività spontanea del malato e, sulla base di ciò, decidere se riattivare il dispositivo. Chiaramente si tratta di pazienti in condizioni irreversibili e prive di speranze, la cui sopravvivenza dipende completamente dal supporto meccanico. Tuttavia, ogni situazione rappresenta un caso a sé, richiedendo decisioni complesse, dal punto di vista etico e legale, e suscitando profonde riflessioni sulle implicazioni umane di tali scelte[1757].
Secondo questa prospettiva strettamente etica, il principio della sacralità della vita è considerato, nella maggior parte dei casi, privo di limiti precisi, rendendo impossibile stabilire se si debba privilegiare la vita di un bambino o quella di uno scienziato, di un adulto o di un malato con poche ore di vita rimanenti. È quindi evidente che l'atteggiamento dell'ebraismo nei confronti della cosiddetta eutanasia è negativo: è assolutamente proibito praticare la cosiddetta "morte assistita" o "morte bella", e chi uccide un moribondo rischia la pena di morte. Tuttavia, bisogna riconoscere che la medicina moderna ha sollevato seri dilemmi morali; da un lato il principio della sacralità della vita, dall'altro i mezzi nuovi e potenti che consentono di prolungare la durata della vita ben oltre quanto fosse possibile in passato.
Il dovere di preservare la vita si trova spesso in forte tensione con l'obbligo del medico di alleviare le sofferenze del paziente; infatti, in molte situazioni si tratta semplicemente di collegare un malato a una macchina, anche se questo comporta il prolungamento artificiale della sua vita. Ad esempio, in caso di un paziente con insufficienza renale e grave difficoltà respiratoria, nel quale nemmeno l'uso della maschera d'ossigeno è più sufficiente, l'unica opzione possibile può essere il collegamento a un ventilatore artificiale. Questo permette al paziente di vivere ancora alcuni giorni o anche settimane. Tuttavia, una volta che il paziente è collegato all'apparecchio, si tende a ritenere che, poiché senza di

[1756] Di Segni, R., *Ebraismo ed eutanasia*, in «Ha Keillah», anno XXIV, n. 112, ottobre 1998, p. 6.
[1757] Ibidem.

esso non ci siano più reali possibilità di sopravvivenza, non sia lecito scollegarlo. Si pone allora il problema della liceità della connessione a tale apparecchio o al contrario del distacco da essa. Basandosi sul versetto del Levitico 19,16 («Non resterà inerte di fronte al rischio di vita del tuo prossimo») e sui passaggi talmudici di *Sanhedrin* 63, nonché sull'opinione del grande decisore Maimonide nella sua codificazione *Mishnè Torah*, si può affermare che è chiaramente doveroso compiere ogni sforzo possibile per salvare un morente, anche se gli restano poche ore di vita. Tuttavia, alcuni autorevoli decisori ritengono che in determinate circostanze sia preferibile non collegare immediatamente l'ammalato a un apparecchio qualora non ci siano reali possibilità di ripresa. La questione più complessa riguarda, invece, la possibilità di staccare un dispositivo già in funzione; in questo caso, come già accennato, la maggior parte dei responsabili della legge giudica generalmente proibito rimuovere l'apparecchio, anche se ciò implicherebbe di mettere a rischio un altro malato, che necessita dello stesso supporto. È comunque interessante notare che recentemente si è giunti alla conclusione che, solo quando i medici abbiano raggiunto la certezza assoluta dell'impossibilità di salvare il paziente, ovvero quando quest'ultimo non abbia più alcuna possibilità di vivere, sarà lecito e in alcuni casi addirittura obbligatorio staccarlo dall'apparecchio. Si riporta inoltre la posizione del Rav Feinstein, che, venuto a conoscenza dell'uso molto diffuso in alcuni ospedali americani di prolungare artificialmente la vita dei pazienti con l'obiettivo di ottenere un maggior guadagno, impose espressamente ai medici il divieto di atti che possano estendere ingiustificatamente la durata della vita, qualora tale prolungamento comporti soltanto sofferenze per il paziente. Per Feinstein, infatti, il ruolo primario del medico è quello di occuparsi della cura, non di protrarre le sofferenze inutilmente[1758].

Il Dipartimento di Studi Politici dell'Università di Torino pianificando, sotto la guida del Prof. Gustavo Zagrebelsky, un esperimento di dibattito pubblico sul testamento biologico ha individuato un comitato di garanti per la stesura del documento informativo preliminare; fra essi vi è il Rav Somekh della Comunità ebraica di Torino.

Da questo documento, in merito al testamento biologico è scritto che la *Torah* stabilisce che curare le malattie non è semplicemente un diritto del malato: è una vera e propria *Mitzwah*. A fronte di un quadro medico ormai così complesso, il medico non ha più necessariamente l'ultima parola in merito ai trattamenti da somministrare. Si intende per consenso informato il diritto del malato di disporre di tutte le informazioni necessarie per poter acconsentire o meno alle terapie che gli vengono proposte: le informazioni comprendono naturalmente tutto ciò che attiene a rischi, effetti collaterali, possibili complicazioni.

L'esercizio del consenso costituisce anche una liberatoria nei confronti del medico da eventuali responsabilità sui trattamenti stessi in caso di esito infausto. Il diritto del malato ad esprimere un consenso informato è oggi pienamente riconosciuto dalla *halakhà.*

In caso di contrasto fra direttive anticipate espresse dal paziente nel proprio testamento biologico e scelte del medico, la halakhà cerca di evitare la contrapposizione fra alternative inconciliabili. Il testamento biologico deve perciò prevedere la delega a una terza persona. Si tratterebbe di un esponente religioso, nella fattispecie il Rabbino, che ha una sensibilità particolare per questi temi e nelle decisioni fa riferimento non alla propria coscienza individuale ma ad una tradizione consolidata. La terza persona nominata dal paziente gli darebbe voce nel momento di incoscienza e le sue valutazioni non sarebbero viziate da particolari condizionamenti: la sofferenza e il rischio della vita nel caso del paziente; il rischio della professione nel caso del medico.

[1758] Rabello, A., M., *Eutanasia*, in «Ha Keillah», anno XXV, n. 126, giugno 2000, p. 13.

Il problema del testamento biologico è strettamente connesso con quello dell'eutanasia. Per consenso dei Maestri la pratica dell'eutanasia attiva (comprendente anche il suicidio assistito) è severamente proibita dalla *halakhà* che la considera, in linea di principio, alla stregua di un omicidio.
Sull'eutanasia passiva, a fronte di uno stato patologico irreversibile si può decidere di sospendere i trattamenti che consentono la sopravvivenza della persona e che, se venissero proseguiti, si configurerebbero come accanimento terapeutico nei suoi riguardi, in quanto non migliorano le sue condizioni, ma semplicemente prolungano artificialmente la sua esistenza. Si distinguono infatti due tipi di trattamento.
Da un lato vi sono i trattamenti farmacologici in senso stretto, che vengono somministrati al malato per guarire, o quanto meno alleviare, la sua patologia e la sofferenza che può conseguirne. La tendenza a questo proposito, anche da parte della *halakhà*, è di autorizzare la sospensione di detti trattamenti allorché non sortiscono più l'effetto auspicato. D'altro lato vi sono i trattamenti di sostegno vitale propriamente detti, notabilmente l'alimentazione, l'idratazione e l'ossigenazione. Su questi è più che mai vivo il dibattito come si è visto in precedenza proprio in merito all'eutanasia.
Infatti, molti decisori ritengono che si possa decidere a priori, su consultazione del paziente (se cosciente, ovvero del suo testamento biologico), dei famigliari, dei medici e del Rabbino la non attivazione del respiratore fintanto che il paziente è ancora in grado di respirare da solo, sia pure a fatica; ovvero la sua attivazione per un tempo definito a priori tramite l'ausilio di un timer. Ma una volta che il trattamento è stato attivato a tempo indefinito e il paziente ha perduto la propria autonomia, consegnandosi interamente alla macchina, questa non può più essere interrotta. Infatti, sospendere i trattamenti di sostegno vitale una volta che essi sono diventati l'unica ragione di vita del paziente significa commettere omicidio.
Una legge che disciplini la materia può essere utile a patto che si tenga debito conto dei limiti esposti in merito all'eutanasia (sia essa attiva o passiva) e non si dia al testamento biologico un valore assoluto. Se il giorno di *Kippur* medico e paziente si trovano in contrasto sull'opportunità che quest'ultimo digiuni, si ascolta comunque il parere più facilitante, pur di evitare che il malato si metta in pericolo[1759].
In merito ai trapianti d'organi, nel 2000, quando ai cittadini italiani viene proposto di esprimere la propria volontà riguardo alla donazione di organi in caso di decesso, l'Assemblea dei Rabbini d'Italia sottolinea che i principi di solidarietà e aiuto ai bisognosi sono fondamentali nell'ebraismo, e che la donazione di organi rappresenta un gesto di grande solidarietà ed etica, in cui la priorità di salvare una vita umana prevale sulla possibile, seppur relativa, offesa all'integrità del cadavere.
Per quanto riguarda i trapianti di cuore e fegato, il problema si presenta invece più complesso. Questo perché il prelievo deve essere effettuato mentre l'organo è ancora in cuore battente. Secondo molte autorità rabbiniche, ciò equivale a sostenere che il donatore sia ancora vivo e che, rimuovendo il cuore, si provochi la sua morte. Tuttavia, altre autorità rabbiniche, tra cui il rabbinato centrale di Israele, hanno invece espresso parere favorevole al prelievo anche con cuore ancora battente, a condizione che sia dimostrata oggettivamente la morte cerebrale, anche nel caso in cui il battito cardiaco sia ancora presente.
L'Assemblea dei Rabbini d'Italia ha deciso all'unanimità di allinearsi sull'argomento con l'orientamento del rabbinato centrale di Israele. Tuttavia, i criteri adottati dalle attuali normative italiane per la certificazione della morte cerebrale risultano meno severi rispetto a quelli definiti nei documenti tecnici allegati alle delibere del rabbinato d'Israele. Di conseguenza, un potenziale

[1759] Somekh, A., M., *Testamento biologico e halakhah*, in «Ha Keillah», anno XXXIV, n. 168, febbraio 2009, p. 18.

donatore italiano che abbia dato il proprio consenso senza riserve rischia di essere considerato deceduto secondo le disposizioni legali, mentre dalla prospettiva della legge ebraica potrebbe invece essere ancora in vita. Per questi motivi l'Assemblea suggerisce agli ebrei italiani che desiderano partecipare alla donazione di organi la sottoscrizione di una formula di consenso nella quale sia espressamente aggiunta questa condizione:
«purché l'accertamento del decesso, in aggiunta ai criteri stabiliti dalle leggi vigenti, sia eseguito secondo le modalità tecniche che verranno indicate dall'Assemblea dei Rabbini d'Italia»[1760].
La legge ebraica si è espressa favorevolmente verso le alternative artificiali qualora esse contribuiscano a prolungare la vita o ad alleviare significativamente le sofferenze. Ad esempio, l'utilizzo di insulina come sostituto naturale del pancreas per un diabetico, l'impiego di dispositivi di emodialisi per compensare l'insufficienza renale grave, o l'uso di cuore e polmone artificiali durante interventi di cardiochirurgia in presenza di funzioni vitali compromesse. Tuttavia, i principali dilemmi sorgono nei casi di trapianto degli organi menzionati. Quando il donatore è un animale, non sono riscontrati problemi etici[1761]; invece, nel caso di un donatore umano, si pongono questioni derivanti dall'obbligo di tutelare la vita e la salute del donatore stesso. Pertanto, sussiste un chiaro obbligo di impegnarsi al massimo per tutelare la vita del donatore. Secondo il principio talmudico, una persona è tenuta a offrire la propria vita soltanto per evitare gravi trasgressioni come idolatria, incesto, omicidio o suicidio. Al contrario, è assolutamente vietato uccidere qualcuno allo scopo di salvare un'altra persona. Di conseguenza, l'estrazione di organi da un moribondo è considerata proibita, e questa interdizione è strettamente legata alla definizione precisa del momento in cui si considera che una persona sia morta. Questa definizione riveste un ruolo fondamentale non solo nel determinare se sia lecita o meno l'estrazione degli organi, ma anche nel decidere se sia opportuno continuare a utilizzare mezzi di sostegno vitale, come ad esempio la respirazione artificiale, per mantenere in vita il moribondo. Recentemente, considerando i progressi della scienza medica, il Rabbinato israeliano ha istituito nel 1987 una commissione composta da medici ed esperti di Diritto ebraico, incaricata di formulare consigli e proposte in materia. Basandosi su un passo del Talmud, si è stabilito che, secondo la *halachà*, il momento della morte coincide con l'interruzione della respirazione, intesa come cessazione del respiro, dell'alito o del fiato. Dunque, è fondamentale stabilire che la respirazione sia totalmente cessata, in modo irreversibile, affinché non possa più ripresentarsi. Oggi questa condizione può essere verificata attraverso la dimostrazione della distruzione completa del cervello, inclusa la corteccia cerebrale, che è la parte responsabile del controllo dell'autorespirazione nell'uomo. La commissione ha adottato la definizione di morte cerebrale e, oltre agli esami clinici del cervello, che includono analisi chimiche, ha raccomandato anche l'impiego dell'esame BAER (*Brainstem Auditory Evoked Response*). In questa procedura si stimola l'apparato uditivo con un irritamento sonoro e, con l'ausilio di un computer, si analizzano le onde elettroencefalografiche registrate. Se in questa analisi si rileva la prima onda, originata dall'orecchio interno, senza invece segni di onde provenienti dalla corteccia cerebrale, ciò indica che l'orecchio è ancora funzionante, ma la corteccia cerebrale è ormai morta. In questa situazione, il paziente che non compie più autonomamente il proprio processo respiratorio viene considerato

[1760] *Donazione di organi. Comunicato dell'Assemblea dei Rabbini d'Italia*, in «Ha Keillah», anno XXV, n. 126, giugno 2000, p. 12.
[1761] Compreso il trapianto da maiale a uomo è consentito dalla legge ebraica. Sebbene il maiale sia considerato impuro, le regole relative alla sua purezza sono subordinate alla necessità di salvare una vita, che è un obbligo religioso più importante; inoltre, il divieto di mangiare carne di maiale si applica solo all'ingestione e non all'uso di parti del maiale per salvare una vita umana. *Trapianti d'organi da maiali, cosa dice l'ebraismo*, in «Moked. Il portale dell'ebraismo italiano», 20 gennaio 2022 https://moked.it/blog/2022/01/20/trapianti-di-organi-da-maiali-cosa-dice-la-halakhah/

defunto secondo la *halachà*, in quanto non è in grado di respirare da sé. Tuttavia, per garantire che la decisione non possa essere lasciata esclusivamente alle valutazioni mediche, il rabbinato ha stabilito che sia necessario il parere di un rabbino qualificato per dare il proprio consenso all'effettuazione del trapianto[1762].

È stato considerato lecito effettuare il trapianto di cornea da un corpo deceduto a una persona cieca, così come diverse autorità rabbiniche hanno approvato l'uso della pelle di un defunto per trapiantarla (fascio biologico). Per quanto riguarda il trapianto da donatore vivente, come quello di rene, è stato stabilito che tale intervento è permesso e addirittura considerato un atto meritorio offrire uno dei due reni, purché sia dimostrato che il trapianto sia più vantaggioso per il paziente rispetto a oltre il 50% di efficacia della dialisi. Tuttavia, nel caso di donatori minorenni o incapaci di intendere e volere, si è deciso che non sono obbligati alla donazione, e l'approvazione del tutore legale non risulta sufficiente ad autorizzare il trapianto[1763].

[1762] *Donazione di organi. Comunicato dell'Assemblea dei Rabbini d'Italia*, cit, p. 12.
[1763] Ibi, p. 13.

CONCLUSIONI.

Con questa tesi si è voluto ricostruire la posizione in materia sanitaria e il ruolo che hanno sperimentato tre confessioni religiose presenti storicamente in Italia nell'ambito sanitario del Paese rilevando l'incidenza che queste hanno avuto sulla nascita e la strutturazione della sanità italiana e come lo svolgimento di tali attività religiose nella sanità abbia inciso sugli interessi, le attività e i beni di queste confessioni religiose.

Il primo importante elemento che la tesi ha mostrato è, anzitutto, una somiglianza tra le tre confessioni religiose in relazione all'ambito medico-sanitario sulla base della quale si è potuto poi rilevare le peculiarità di ognuna e dunque la differenziazione tra queste in merito alla posizione e al ruolo che hanno avuto in materia sanitaria in Italia. Questo primo elemento, di somiglianza, si esplica nell'importanza rivolta, in conformità con la loro dottrina, all'attività in ambito medico-sanitario, che si realizza attraverso un'azione sanitaria religiosamente ispirata volta a soddisfare primariamente il bisogno, interno alle confessioni, di un'assistenza sanitaria operata da correligionari e, secondariamente, il bisogno esterno alle confessioni di supplire lo Stato nel compito di salvaguardia della salute pubblica della popolazione nazionale attraverso i loro enti, indipendentemente dall'appartenenza religiosa degli assistiti, e nella mansione specifica di dispensare l'assistenza spirituale ai correligionari all'interno dell'ambito sanitario pubblico.

Dettagliando e approfondendo questo primo principale elemento che la tesi ha mostrato si può concludere per quanto riguarda la somiglianza tra le Chiese cattolica e valdese e le Comunità ebraiche relativamente all'ambito sanitario che questa è determinata dalla rilevanza dottrinale rivolta da tutte le confessioni religiose alla cura degli infermi, alla salvaguardia della salute della comunità, che è sempre comunità religiosa e in certi casi umana, al miglioramento della condizione materiale della società e all'apporto confessionale per un'umanizzazione, vista in termini di spiritualizzazione, dell'ambito medico-sanitario.

La rilevanza dottrinale di questi principi — comuni alle tre confessioni religiose, seppur diversamente attuati — è, da un lato, intrinseca alle tradizioni cristiana ed ebraica, le quali hanno da sempre ispirato l'impegno medico-assistenziale dei loro fedeli; dall'altro, si è modificata in modo irregolare nel corso della storia delle confessioni a causa dei diversi contesti socioculturali, politici ed economici, tanto che è possibile individuare anche una peculiarità italiana. Esempi di questa dinamica ermeneutica, oscillante tra un approccio statico-tradizionale e uno dinamico-innovativo, emergono nella rilevanza dottrinale che le tre confessioni religiose attribuiscono al proprio intervento in ambito medico-sanitario. Sul versante più tradizionale, l'interpretazione delle Sacre Scritture stesse da parte di queste confessioni, dalle quali discendono le antiche tradizioni dei rabbini-medici ebraici o l'*hospitalia* cristiana. A ciò si aggiungono le numerose "indicazioni sanitarie" ravvisabili nell'ortoprassi di queste confessioni, dai precetti alimentari all'astinenza dai cibi, dai lavaggi rituali al trattamento del corpo nelle ritualità funebri, ecc. Sull'altro versante, nel loro carattere dinamico e innovativo, si riscontrano esempi della rilevanza dottrinale attribuita all'assistenza sanitaria valdese ed ebraica rivolta alle rispettive comunità in contesti culturali e politici ostili e intolleranti — tra cui gran parte degli Stati preunitari italiani — e, al contrario, dello scemare di tale rilevanza in contesti in cui il diritto alla salute dei correligionari era in gran parte garantito, come nei primi decenni del Regno d'Italia, quando le confessioni non cattoliche diedero priorità ad altri bisogni religiosi. Infatti, l'assistenza sanitaria essendo in parte soddisfatta internamente nei confronti degli appartenenti alle due confessioni, tramite gli Ospedali e Opere pie confessionali, l'attenzione della Chiesa valdese e delle Comunità ebraiche in quei decenni si rivolge a questioni che riguardano la loro identità religiosa in seno a uno stato

cattolico come, ad esempio, la protezione penale, l'erezione di luoghi di culto e l'educazione scolastica. Nello stesso periodo storico si possono individuare ulteriori esempi significativi. Da un lato, il rilancio della presenza dottrinale dell'intervento cattolico nel settore medico-sanitario italiano, testimoniato dalla costituzione della Pontificia Commissione della CEI per la pastorale sanitaria, in un momento in cui la Chiesa percepisce un crescente attacco alle proprie prerogative da parte dello Stato laico e di una società sempre più pluralista. Dall'altro, l'attenzione che tutte e tre le confessioni religiose riservano all'assistenza spirituale in un contesto sanitario divenuto altamente tecnologico e secolarizzato: un impegno volto sia a promuovere l'umanizzazione del servizio pubblico, sia a tutelare la propria specificità confessionale e il diritto alla libertà religiosa dei fedeli ricoverati nelle strutture sanitarie pubbliche.
Il secondo importante elemento rilevato dalla tesi è, invece, la diversità di posizione e di ruolo assunti in materia sanitaria dalle diverse confessioni religiose prese in esame, che nel dettaglio si specifica in:

- Asimmetria tra le confessioni religiose, il che si traduce in una diversa capacità di orientare la società in materia sanitaria, inclusi gli attori politici, in modo conforme alla propria dottrina.
- Diversità nella concezione dottrinale dei rapporti Stato-confessioni religiose.
- Diversità nella posizione di ciascuna confessione su questioni moralmente sensibili e di rilevanza bioetica, che influenza la loro valutazioni delle scelte operate dal legislatore.

La prima differenza nella presenza delle diverse confessioni religiose in ambito sanitario riguarda l'asimmetria del loro peso, determinata da ragioni storiche e soprattutto numeriche.
La ricerca mostra infatti che l'incidenza delle confessioni religiose sulla sanità italiana è fortemente sbilanciata: il contributo della Chiesa cattolica alla nascita, allo sviluppo e alla gestione del sistema sanitario nazionale — e, più in generale, alla società italiana — è nettamente maggiore a quello offerto dalla Chiesa valdese e dalle Comunità ebraiche, pur significativo nei rispettivi ambiti. Alla base di questa disparità vi è la diversa consistenza demografica delle tre confessioni e il correlato riconoscimento giuridico e politico: la Chiesa cattolica rappresenta la maggioranza religiosa nel Paese, mentre la Chiesa valdese e le Comunità ebraiche sono minoranze.
Il concetto di minoranza religiosa, apparentemente ovvio, in realtà risulta essere complesso. È fortemente influenzato da dinamiche di potere e dominazione, e si caratterizza per la sua natura intrinsecamente relativa, specie se indagata in relazione a un determinato territorio, più o meno esteso. Nel contesto sanitario italiano — inteso come insieme di persone, enti e strutture che operano in un determinato territorio, insieme alla popolazione a cui è destinato il servizio — la Chiesa cattolica rappresenta la confessione maggioritaria. Pur tenendo conto di eccezioni locali, come la forte presenza valdese nelle Valli piemontesi, questa posizione di maggioranza conferisce alla Chiesa cattolica una maggiore visibilità e un più ampio riconoscimento politico, sociale e giuridico. Ne derivano anche una disponibilità di risorse più consistente, una capacità più elevata di esprimere bisogni e prospettive e, di conseguenza, una maggiore influenza sull'ambito sanitario.
L'asimmetria fra religione maggioritaria e minoritarie ha inciso profondamente su tre elementi determinanti nello svolgimento delle attività delle confessioni religiose in ambito sanitario: l'elemento politico, l'elemento economico e quello umano.
Infatti, la discrezionalità politica nell'accogliere i bisogni in tema sanitario e religioso delle diverse confessioni religiose è determinante nell'istaurare un regime di discriminazione o eguaglianza tra queste nelle possibilità di azione in questo settore. Dagli atteggiamenti giurisdizionalisti dell'età liberale nei confronti della Chiesa cattolica, passando per il periodo fascista, caratterizzato da un

arresto delle riforme sanitarie e da un rapporto squilibrato tra Stato e confessioni religiose — in particolare quelle diverse dalla Chiesa cattolica — si arriva alla nascita dello Stato democratico con la Costituzione. Tuttavia, l'attuazione dei principi costituzionali è rimasta a lungo condizionata dalla discrezionalità politica, che in molti casi ha continuato a favorire la Chiesa cattolica. Arriva però in sostegno della ripresa del settore sanitario e alla riuscita delle varie prerogative delle diverse confessioni religiose in relazione ad esso l'azione giudiziaria che, salvaguardando i principi costituzionali di laicità e pluralismo, in particolare con l'attività della Corte costituzionale, riequilibra la disparità soprattutto politica di cui spesso soffrono le minoranze religiose.

L'elemento economico è allo stesso modo determinante per delineare il campo d'azione delle confessioni religiose nel nostro sistema sanitario. Dalla prima strutturazione del sistema sanitario nazionale e attraverso le numerose riforme che lo hanno interessato nel tempo, l'elemento economico si rivela un criterio costante nelle scelte politiche adottate. Ciò è evidente sia nell'azione di espropriazione degli enti ecclesiastici cattolici in epoca liberale, sia nella sopravvivenza o nella soppressione degli enti confessionali tuttora operanti nel quadro del Servizio Sanitario Nazionale.

Il capitale economico (comprendente anche enti, beni materiali e capitale reputazionale) a disposizione delle confessioni religiose sono un importante elemento che segnala l'asimmetria nell'incidenza dell'attività svolta in ambito sanitario da queste.

I capitali economici che la Chiesa cattolica ha potuto utilizzare nello strutturare la propria posizione e il proprio ruolo nell'ambito sanitario italiano sono enormi se paragonati a quelli della Chiesa valdese e delle Comunità ebraiche. Prima di tutto, lo Stato italiano stesso e il suo sistema sanitario sorgono contraendo un forte debito con la Chiesa cattolica, economico, ma soprattutto reputazionale, costringendo la Chiesa cattolica a cedergli il proprio monopolio in materia sanitario-assistenziale. I governi che si succederanno terranno sempre in conto, anche se non tutti allo stesso modo, da dove hanno origine gran parte degli istituti attraverso i quali si eroga la funzione sanitaria dello Stato e che la maggioranza della popolazione a cui questo servizio è diretto è di fede cattolica. Questo aspetto, per rimanere strettamente all'elemento economico, è constatato nella tesi per quanto riguarda, ad esempio, l'onere a carico dello Stato dell'assistenza spirituale cattolica nelle strutture sanitarie del Paese.

La Chiesa valdese, invece, ha potuto contare sempre sul suo capitale reputazionale per far fronte alle necessità economiche che le sue attività nell'ambito sanitario hanno richiesto. Pur essendo una piccola, in termini numerici, denominazione evangelica se si pensa alle varie Chiese sorte nell'Europa riformata, le è sempre stato riconosciuto, da parte delle ricche nazioni protestanti e dalle Chiese evangeliche di tutto il mondo, lo status di baluardo evangelico nella penisola italiana venendo così sostenuta, anche economicamente, nello spirito ecumenico che contraddistingue le Chiese protestanti. Dunque, sostentamento attraverso donazioni di natura economica, ma anche appoggio e collaborazione proveniente dall'estero, come la dotazione di personale sanitario volontario proveniente dalla Chiesa svizzera. Inoltre, nella comune condizione di minoranze religiose, le confessioni evangeliche, rappresentanti le diverse Chiese italiane, hanno spesso deciso di unirsi in progetti interdenominazionali, guidati dalla Chiesa valdese, che ha potuto contare sul suo capitale reputazionale anche presso i pubblici poteri italiani rendendosi mediatrice delle istanze delle diverse denominazioni e fatto usufruire loro del suo riconoscimento politico e giuridico e della sua autonomia organizzativa radicata nel Paese. Le opere assistenziali e sanitarie valdesi, prima che ci fosse l'equiparazione con il pubblico e sul piano economico subentrasse lo Stato prima e le Regioni poi, si sono sempre sostenute sulle donazioni, in gran parte provenienti dalle comunità valdesi presenti in tutta Italia. Questo sostegno costante era dovuto anche al fatto che tali opere erano destinate

esclusivamente ai valdesi e gli evangelici presenti o di passaggio in Italia. Per cause economiche finì nei primi anni del Duemila anche l'esperienza di autonomia centenaria di importanti opere sanitarie valdesi, di cui va notato che l'aggravio economico è avvenuto con il passaggio di queste opere nel regime pubblico. Anche nel quadro del sistema pubblico, la specificità valdese di fare affidamento sul sostegno delle comunità evangeliche locali e internazionali non venne meno. Essa proseguì attraverso la creazione di diverse associazioni incaricate di sostenere tali opere, contribuendo alle spese non sempre coperte dal settore pubblico ma rese necessarie dagli aggiornamenti strutturali e tecnologici richiesti, nel corso dei decenni, dalla rivoluzione medica e dalle successive riforme sanitarie.

La specificità ebraica riscontrata in merito all'elemento economico dell'attività svolta nell'ambito sanitario in Italia si rileva nell'autonomia organizzativa delle singole Comunità. Il capitale economico sul quale possono contare le Comunità ebraiche dipende dal numero di appartenenti e dal loro patrimonio personale. Per le opere di assistenza e beneficenza c'è sempre stata una voce di spesa all'interno del bilancio delle Comunità ebraiche italiane, sostenuta dal contributo di ogni suo membro. Inoltre, il capitale economico personale di ogni appartenente si è reso in più di un momento determinante, sottoforma di lascito, per l'istituzione, la sopravvivenza o il rinnovamento di tante opere sanitarie e assistenziali ebraiche attive in Italia. Questa specificità ebraica si è resa evidente nella tesi anche in concomitanza della strutturazione del servizio di assistenza spirituale ebraica nel Servizio Sanitario Nazionale.

Attraverso questi due decisivi elementi risaltano le relazioni asimmetriche che si sono instaurate tra le confessioni religiose e le autorità pubbliche in merito alla sanità italiana, dove la discrezionalità politica incide sull'accoglienza delle istanze confessionali in materia sanitaria e sul carattere laico dell'intero sistema e l'elemento economico, oltra a differenziare i bisogni dai quali scaturiscono tali istanze, ne decretano le possibilità di azione all'interno e all'esterno del servizio pubblico, in materia sanitaria e quindi il loro grado di incidenza sul sistema sanitario nazionale nel suo complesso, comprendendo anche il settore privato e conseguentemente la garanzia di un servizio connotato religiosamente.

Un ulteriore fattore che accentua l'asimmetria tra le confessioni religiose in ambito sanitario è il capitale umano. Inteso come l'insieme di conoscenze, competenze, abilità ed esperienze degli individui, esso incide in modo significativo non solo sulla portata delle attività promosse dalle diverse confessioni, ma anche sulle strategie adottate per realizzarle. La diversa disponibilità di professionisti attivi nel settore sanitario ha infatti contribuito a distinguere profondamente il ruolo delle varie realtà religiose. Anche in questo ambito emerge una marcata disparità, con una maggiore incidenza della Chiesa cattolica rispetto alla Chiesa valdese e alle Comunità ebraiche.

Il monopolio detenuto dalla Chiesa cattolica in ambito sanitario, per quanto sia stato decisamente ridimensionato con il costituirsi dell'assistenza pubblica e della laicizzazione del sapere scientifico in ambito medico, ha continuato ad affermarsi attraverso i numerosi enti che si occupano di assistenza sanitaria privatamente prima e poi, con l'istituzione della sanità pubblica, nel doppio regime privato e pubblico, ma soprattutto attraverso i numerosi medici e professionisti sanitari cattolici che operano nel settore, riuniti anche in diverse associazioni di categoria.

Anche l'alto numero di obiettori di coscienza rispetto all'interruzione di gravidanza può essere interpretato come indicatore della significativa presenza di cattolici tra i professionisti sanitari, dato che la Chiesa cattolica considera l'aborto un peccato grave. Per molti medici e operatori sanitari cattolici, infatti, il ricorso all'obiezione di coscienza previsto dalla legge si fonda sull'etica cattolica e sui documenti ufficiali del Magistero, configurandosi come una scelta coerente con la propria fede.

Ciò lascia ipotizzare un impatto rilevante sull'erogazione delle pratiche abortive nel servizio sanitario nazionale. Tuttavia, l'obiezione di coscienza non è un fenomeno esclusivamente religioso: può basarsi anche su convinzioni personali di natura non confessionale.
Per quanto riguarda medici ed operatori sanitari valdesi e protestanti più in generale, certamente questi erano garantiti nelle strutture sanitarie confessionali quando il servizio era rivolto internamente alle comunità di fedeli, in particolare si ricorda la figura delle diaconesse, che per quanto caratterizzante le opere assistenziali valdesi non sono certamente incisive sul sistema sanitario nazionale e negli anni, con la crisi vocazionale che colpisce questo istituto, non saranno determinanti nemmeno all'interno delle strutture sanitarie valdesi.
Non a caso una delle problematiche riguardanti le opere assistenziali e sanitarie valdesi che maggiormente ha preoccupato la Chiesa negli anni è la carenza di personale infermieristico evangelico che opera nelle sue strutture. Tale carenza è stata interpretata o come scarso interesse della popolazione valdese a impegnarsi in ambito assistenziale o come se il numero di evangelici non riuscisse a coprire il fabbisogno delle strutture.
Per quanto riguarda le Comunità ebraiche in Italia, la numerosità del personale medico e sanitario ebraico e gli enti sanitari e assistenziali si sono ridotti drasticamente dopo la Seconda guerra mondiale. La Shoah in Italia ha avuto un impatto devastante sulle Comunità ebraiche soprattutto in termini di capitale umano, che ha inciso anche sulla loro attività nell'ambito sanitario.
Gli elementi fin qui riportati hanno definito e compongono il rapporto asimmetrico tra le confessioni religiose in quasi due secoli di attività nella sanità italiana, determinandone i diversi vincoli di accesso alle cure e l'esercizio del diritto nei luoghi di cura alla salvaguardia dell'identità religiosa e di libertà di coscienza. Questi stessi elementi hanno inoltre profondamente influito anche sulle attività, rivolte ai propri correligionari, così come sulle possibilità di promuovere i propri principi confessionali in relazione alle tematiche sanitarie e di implementare strategie di adattamento nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.
Come mostrato, le diverse strategie con cui le confessioni religiose si sono adattate ai cambiamenti dello Stato e della normativa sanitaria hanno messo in luce bisogni, vincoli e opportunità differenti per ciascuna di esse. Queste differenze hanno prodotto forme diverse di azione organizzativa, espresse in dinamiche di competizione, cooperazione o conflitto sia tra le confessioni stesse sia tra esse e le autorità pubbliche. L'intreccio tra dimensione religiosa e dimensione secolare, così come si manifesta nel settore sanitario, evidenzia inoltre un più ampio processo di trasformazione — tuttora in corso — delle modalità con cui si definiscono laicità e secolarizzazione istituzionale.
Un esempio emblematico di tale mutamento è l'evoluzione della normativa in merito l'assistenza spirituale nelle strutture sanitarie del Paese.
A tali mutamenti, adattativi, delle confessioni religiose e, riformatori, delle istituzioni statali, si può scorgere una costante nel rapporto tra queste, che rappresenta la seconda caratteristica che differenzia l'apporto e influenza l'operato delle confessioni religiose nella sanità italiana, si tratta della diversa concezione dottrinale tra queste dei rapporti Stato-confessioni religiose.
L'ascesa dello Stato assistenzialista che si evidenzia nella sua tendenza al controllo sociale, attraverso una politica di assistenza pubblica organizzata, porta a una marcata laicizzazione della società italiana, con lo Stato che assume funzioni una volta appannaggio della Chiesa cattolica. Facendo rientrare tra i suoi obiettivi principali anche la prevenzione di pericoli per l'igiene pubblica e la salute della popolazione. Da questo momento, con l'inizio del Novecento, la materia sanitaria può essere oggetto conteso e influenzabile da parte delle confessioni religiose non cattoliche e allo stesso tempo settore strategico e negoziale nel rapporto tra Chiesa cattolica e Stato italiano.

È da questo momento che, strutturatesi le condizioni di base del sistema sanitario nazionale, si può riscontrare il rapporto, ispirato dai diversi principi dottrinali, tra le confessioni religiose e lo Stato nell'ambito sanitario. Questa tesi lo ha mostrato analizzando le diverse istanze avanzate dalle confessioni religiose in materia sanitaria. Tali istanze vengono accolte o ignorate dai pubblici poteri in base al potere contrattuale delle confessioni stesse. Questo potere dipende anche dal loro interesse a influenzare le politiche statali e dal loro radicamento culturale nella società italiana. Incide inoltre l'atteggiamento, favorevole o ostile, dei diversi governi che si succedono nel tempo. Un ulteriore elemento è la garanzia — assicurata in larga parte dal potere giudiziario — che le confessioni religiose possano operare nell'ambito sanitario nel rispetto dell'impianto legislativo costruito soprattutto dopo l'entrata in vigore della Costituzione.

Per quanto riguarda il rapporto tra Stato e confessioni religiose in materia sanitaria, questo si concretizza in parte attraverso l'influenza sulla società che indirettamente incide sul potere legislativo dello Stato in questo ambito e in parte attraverso una partecipazione delle confessioni religiose alla vita politica del Paese allo scopo di influenzare anche direttamente le scelte del Parlamento.

In questo senso, il rapporto tra Stato e confessioni religiose e l'interventismo diretto delle confessioni religiose nelle politiche sanitarie marca una significativa differenza di azione tra le diverse confessioni religiose analizzate.

Partecipare alla vita politica del Paese, anche solo per avere assicurata la propria autonomia in materia religiosa, ha caratterizzato l'operato di tutte le confessioni religiose ma la loro concezione dottrinale del rapporto con il potere statale ha influito significativamente sulle modalità di questa partecipazione.

L'influenza sulle politiche sanitarie nazionali è stata una prerogativa quasi esclusiva della Chiesa cattolica nella storia del nostro Paese, inizialmente in continuità con la pretesa di intervenire sul potere temporale che le era stato sottratto nella società italiana, allo scopo di salvaguardare i propri enti ecclesiastici, i propri principi e il proprio monopolio nel settore. Poi durante il fascismo riconosciutole il ruolo pubblico di potere spirituale al fianco del potere statuale, il rapporto tra Stato e Chiesa cattolica si fa collaborativo anche in materia sanitaria, come è stato ampiamente documentato sia per quanto riguarda la lotta alla sifilide che in sostegno delle politiche di cura della stirpe. Con l'assetto repubblicano dello Stato, la nascita della Democrazia Cristiana e il rinnovamento della dottrina cattolica con il Concilio Vaticano II, la Chiesa cattolica cambiò le proprie modalità di interventismo in materia temporale, lasciando ai politici cattolici di essere determinanti sulle materie di competenza statale, in conformità con il Magistero cattolico, e riaffermando il suo ruolo di guardiano etico della società italiana, avallato da una maggioranza politica conforme alla sua dottrina. Questa nuova configurazione del rapporto tra Chiesa cattolica e Stato italiano si mantiene anche dopo la perdita della maggioranza in Parlamento da parte della Democrazia Cristiana e anche dopo il suo scioglimento. Riuscendo a sostenere, attraverso la sua influenza storica nella società italiana, politici conformi alla sua linea dottrinale in materia sanitaria, che in molti casi hanno significato ostruzionismo o collaborazione con l'inerzia dell'azione legislativa in grado di rallentare l'azione riformatrice della Stato in questa materia attuando un pensiero conservatore sui principi e le pratiche, e un'azione conservatrice, sugli enti e le professioni, costitutivi dell'ambito sanitario.

Le altre confessioni religiose, nel loro rapporto con lo Stato, non sono mai riuscite ad essere altrettanto incisive sul suo operato in materia sanitaria, nonostante si siano relazionate con le diverse forme di governo e Legislature e abbiano cercato di far sentire la loro voce su temi sanitari tramite rappresentati istituzionali, pronunciamenti ufficiali, audizioni, così come attraverso commenti favorevoli rispetto a quelle azioni legislative che in qualche modo rispettavano o si avvicinavano alle loro posizioni.

Questa differenza di incidenza dipende in parte dal diverso riconoscimento giuridico e politico delle confessioni religiose e dal loro ruolo nella società italiana. Tuttavia, essa emerge soprattutto dalla diversa elaborazione dottrinale del rapporto tra ciascuna confessione e lo Stato. Infatti, la Chiesa valdese per la sua stessa natura confessionale e sociale, fedele al principio di separazione delle sfere di influenza tra Stato e Chiesa, ha cercato sempre di rispettare le decisioni prese dai governi in materia sanitaria e di cavalcare favorevolmente l'azione riformatrice dello Stato in quest'ambito anche quando non proprio conforme alla propria dottrina religiosa. Nel periodo liberale, ha potuto contare su diversi parlamentari di fede evangelica presenti in Parlamento, oltre che al favorevole clima generale nei confronti delle confessioni religiose diverse dalla cattolica, per instaurare un rapporto pacifico con lo Stato, basato sull'autonomia delle due influenze. La Chiesa valdese invece sarà scarsamente collaborativa con lo Stato fascista, nonostante l'accorato ringraziamento al regime per la Legge sui culti ammessi; i valdesi, infatti, saranno definiti più afascisti che antifascisti facendo registrare in questi anni un vero e proprio congelamento dell'interesse della Chiesa valdese sull'attività politica dello Stato. L'idea di separazione tra Stato e Chiesa non significa per la Chiesa valdese non esprimere le proprie istanze, specie se queste sono rivolte ad un ambito le cui competenze dello Stato si intrecciano con quelle della confessione religiosa. In materia sanitaria si può vedere questo interessamento soprattutto a livello regionale e locale, dove la collaborazione tra gli organi della Chiesa valdese e i pubblici poteri si rende necessaria, specialmente in relazione allo svolgimento della funzione supplettiva in ambito sanitario, che soprattutto nelle Valli valdesi, la Chiesa era impegnata a perseguire e di cui ne garantiva l'esistenza stessa. Questa collaborazione però si è sempre esplicitata rispettando il principio di separazione delle due sfere, da un lato preservando l'autonomia della Chiesa, e dall'altro assicurando il carattere laico delle istituzioni. Sia per il suo operato, ad esempio rassicurando i propri fedeli che nel passaggio al regime pubblico dei propri ospedali, per i quali non avrebbero chiesto un solo finanziamento allo Stato che non fosse strettamente legato alle prestazioni svolte a favore della popolazione, mantenendo gli alti costi di manutenzione strutturale e aggiornamento tecnologico degli ospedali a carico della Chiesa, o per quanto riguarda la strutturazione del servizio di assistenza spirituale valdese nel Servizio Sanitario Nazionale, dove fedele al solito principio, decide di non incrinare la natura laica dello Stato garantendo il servizio per i propri correligionari all'interno del servizio pubblico a sue spese. La Chiesa valdese, fedele a questa visione del rapporto tra Chiesa e Stato, non solo ha scelto per sé stessa una piena autonomia che significa anche non ingerenza, ma allo stesso tempo si è spesa a denunciare la natura ambiguamente confessionale di certi provvedimenti governativi e allo stesso tempo nel criticare l'operato della Chiesa cattolica quando questo inficiava il corretto svolgersi dell'iniziativa statale, come ad esempio in materia di aborto.

Le Comunità ebraiche, invece, vedono il rapporto con lo Stato in modo ancora differente, dovuto in parte a una loro attitudine comunitaria e intraconfessionale che non le vede coinvolgersi apertamente con lo Stato, rappresentativo della popolazione nel suo complesso e dunque anche di chi è fuori dalle Comunità. Per via di questa visione del rapporto Stato-confessioni religiose, le Comunità ebraiche agiscono in maniera quasi opposta alla Chiesa cattolica, che invece riconosce nel popolo italiano un equivalente della sua comunità ecclesiale, e in modo molto simile alla Chiesa valdese, pur non rifacendosi però ad un puntuale principio dottrinale, finendo allo stesso modo della Chiesa valdese per influenzare il meno possibile le scelte della società italiana e quindi dello Stato, anche in materia sanitaria. A differenza delle Chiese cattolica e valdese, nelle Comunità ebraiche italiane, in coerenza con la loro attenzione intraconfessionale in materia, una volta garantito simultaneamente diritto alla

cura e la libertà religiosa per i propri correligionari nelle strutture sanitarie del Paese, il rapporto con lo Stato in ambito sanitario resta per lo più privo di interazioni.
Questa modalità di intendere il rapporto con lo Stato ha avuto una sua evoluzione anche per quanto riguarda le Comunità ebraiche. Anch'esse partecipano alla politica liberale del Regno d'Italia potendo contare su diversi politici di religione ebraica, allo stesso modo, come esposto nella tesi, la complicità tra le Comunità ebraiche e il fascismo in certi casi è piena, mostrandosi in questo rapporto con lo Stato molto simile alla Chiesa cattolica. Il movimento sionista prima e l'introduzione delle leggi razziali e la Shoah poi, romperanno questa forte adesione e collaborazione degli ebrei con lo Stato italiano, potendo in futuro limitare questo rapporto alle tematiche che interessano direttamente le Comunità, come la salvaguardia del fine di culto delle proprie Opere pie che operano nel settore assistenziale e sanitario. Infatti, potendo contare anche sull'esistenza di uno stato ebraico che in materia sanitaria si accorda pienamente con i precetti religiosi ebraici, del quale prenderanno la cittadinanza gran parte degli ebrei italiani, questi saranno rassicurati della presenza di una doppia garanzia del diritto alle cure. Allo stesso tempo ad incidere sul rapporto tra Stato e Comunità ebraiche, anche dopo la stipula dell'Intesa *ex* art. 8, c. 3 cost. con l'Unione delle Comunità, è la frammentarietà interna e l'autonomia delle singole Comunità, come abbiamo visto decisiva nel veicolare un'ulteriore diversificazione nel rapporto tra Comunità ebraiche e Stato (rappresentato nei suoi Enti periferici) in ambito sanitario.
Quest'ultima specificazione in merito alle Comunità ebraiche rende evidente come i vari aspetti della differenza individuata dalla tesi tra le confessioni religiose per quanto riguarda il loro posizionamento e il ruolo che hanno avuto nell'ambito sanitario italiano, non sono isolabili e si contaminano a vicenda andando ad incidere a più livelli sulle attività delle confessioni religiose in questo settore e sulle strategie che ne hanno permesso l'attuazione.
L'ultimo aspetto di questa disparità di incidenza nel sistema sanitario italiano è la diversità nella posizione di ciascuna confessione su questioni moralmente sensibili e di rilevanza bioetica, il che influenza la loro valutazioni delle scelte operate dal legislatore innescando un ulteriore diversificazione di posizionamento, delle attività e delle strategie per metterle in atto nell'ambito sanitario italiano.
In questa differenziazione si rende palese il peso della disparità tra le confessioni religiose nella società italiana e la diversità del loro approccio nel rapporto con lo Stato, ma prima di tutto la differenza dottrinale tra queste.
Infatti, indipendentemente dalle varie posizioni sulle singole questioni bioetiche, la diversità rilevata nelle posizioni via via assunte da queste in conformità con la loro dottrina si può affermare che la Chiesa cattolica ha fatto del monitoraggio sulle pratiche sanitarie che da sempre interessano i principi morali e che negli ultimi cinquant'anni sollevano questioni bioetiche una delle sue principali prerogative religiose in relazione all'ambito medico-sanitario. Grazie alla sua influenza sulla società italiana e conseguentemente sul personale sanitario e sui decisori politici ha potuto incidere spesso sulla normativa che regolamenta tali pratiche sanitarie conformemente alle proprie posizioni dottrinali in materia. Nei casi, pochi ma fondamentali, in cui la dottrina cattolica non ha informato il legislatore statale nella determinazione della normativa di queste pratiche, per via del diverso sentire nella società su tali questioni o per mancanza di sufficienti decisori politici conformi alla dottrina cattolica in merito a queste pratiche, la Chiesa cattolica è riuscita attraverso la sua incidenza sulla società italiana e la sua capillarità nel sistema sanitario a rendere quasi inapplicabili certe pratiche non conformi al proprio Magistero. L'esempio ampiamente argomentato in questa tesi, a riprova del suo potere numerico e del suo riconoscimento culturale e sociale in rapporto anche alle questioni

bioetiche in Italia, è il tema dell'aborto e in particolare l'obiezione di coscienza alle pratiche abortive attuato in maniera massiccia da moltissimi medici e operatori sanitari italiani. Questo riconoscimento sociale e culturale delle competenze della Chiesa cattolica sulle questioni bioetiche in Italia viene confermato con l'istituzione del Comitato Nazionale per la Bioetica che vede la Chiesa cattolica come unica voce confessionale al suo interno, anche attraverso figure apicali, fino a quando non saranno coinvolti, venticinque anni dopo la costituzione del Comitato, anche un rappresentante dell'Unione delle Comunità ebraiche italiane nel 2013 e un rappresentante delle Chiese valdesi, metodiste e battiste nel 2018.

Lo scopo per cui il Comitato è stato costituito è proprio quello di consigliare la politica, dunque la presenza di una componente confessionale è più che coerente, ma la criticità riscontrata in particolare dai valdesi è che nel dibattito bioetico in Italia al pensiero laico e scientifico si è contrapposta come posizione confessionale esclusivamente quella cattolica, lasciando inascoltate le voci delle confessioni non cattoliche sulle tali questioni, che invece come abbiamo visto presentano pensieri molto articolati e allo stesso tempo diversificati tra di loro che non possono essere inclusi nella posizione cattolica o esclusi dal dibattito che informa le istituzioni pubbliche.

La specificità che si rintraccia nell'atteggiamento della Chiesa valdese sulle questioni moralmente sensibili e di rilevanza bioetica è l'indipendenza di pensiero lasciata ai propri correligionari su queste questioni, infatti, gli organi ufficiali della Chiesa quando si esprimeranno lo faranno a scopo informativo e, secondo il principio di responsabilità individuale, di approfondimento e studio a favore di tutti i valdesi e non con spirito precettivo. Inoltre, questioni di questa natura vengono sottoposte sempre al vaglio del Sinodo delle Chiese, anche quando sorge il Comitato di bioetica delle Chiese battiste, metodiste e valdesi, che sarà l'organo addetto alla funzione di studio e divulgazione su queste questioni. I principi di libertà di coscienza e di responsabilità individuale su cui si basa l'approccio valdese si evince dalle tante voci, per lo più non istituzionali, che hanno affrontato queste questioni presentando la posizione evangelica e valdese in sede di confronti e dibattiti. Molti di questi temi hanno interessato in maniera diretta molte associazioni di donne evangeliche e valdesi, essendo molti di questi temi intrecciati con la condizione femminile. Da quest'ultima constatazione si rende evidente una differenza di valutazione da parte della Chiesa valdese delle scelte intraprese dal legislatore rispetto alla Chiesa cattolica e le Comunità ebraiche, essendo l'unica tra queste tre confessioni che valuterà la legge n. 194/1978 nei termini dell'autodeterminazione femminile e di una sua emancipazione da dinamiche patriarcali. In più occasioni, la Chiesa valdese ha espresso apprezzamento per l'interventismo dello Stato nelle questioni bioetiche, anche quando questo ha regolamentato pratiche considerate moralmente illecite dalla dottrina evangelica, come l'aborto. Secondo la prospettiva valdese, infatti, il valore sociale di una regolamentazione che disciplina l'applicazione di tali pratiche, senza reprimerle e valutandole caso per caso, è superiore a una valutazione astratta e assoluta della loro liceità o illiceità. In questo senso la separazione tra Chiesa e Stato essenziale per i valdesi si palesa come una vera scissione di competenze, dove per realizzare il Regno di Dio bisogna agire sulla trasformazione del regno degli uomini, consapevoli che i due domini si muovono a velocità differenti.

In questo senso, in linea con i propri principi dottrinali, la Chiesa valdese si rende anche partecipe nella società civile delle scelte intraprese dal legislatore, ad esempio garantendo il servizio di interruzione volontaria di gravidanza nelle sue strutture o raccogliendo le disposizioni anticipate di trattamento nelle piazze italiane.

Nelle Comunità ebraiche il posizionamento sulle questioni moralmente sensibili e di rilevanza bioetica è lasciato quasi esclusivamente alla divulgazione dell'interpretazione da parte dei rabbini

italiani o di organi rabbinici internazionali o altamente accreditati, come il Rabbinato centrale d'Israele, della legge ebraica e oltre a discostarsi spesso dalle posizioni assunte dalla Chiesa cattolica e dalla Chiesa valdese su queste questioni è distante da loro anche nella valutazione della produzione normativa statale. Infatti, la legge ebraica è spesso più permissiva su queste pratiche di quanto non lo sia la normativa italiana, motivando un basso interesse delle Comunità ebraiche a incidere sulla normativa di tali questioni. Questo basso interesse è però bilanciato da un'importante tradizione di studio e dibattito interno su questi temi, che ha permesso in più occasioni che le posizioni ebraica venisse presentata anche esternamente alle Comunità, come voce confessionale alternativa a quella cattolica nel dibattito italiano. Inoltre, come ultimo rilievo, va fatta presente nuovamente la presenza di uno Stato ebraico al quale affidarsi nel caso la normativa italiana restringa il diritto alle cure degli ebrei in merito a certe pratiche di rilievo bioetico. Finora, il giudizio della comunità ebraica rileva sempre una normativa percepita come tutelante nei confronti dei propri correligionari in ambito sanitario. Tale valutazione, sincera o meno, indica la volontà di salvaguardare le prerogative della comunità senza che il loro giudizio etico sulle singole pratiche influenzi la regolamentazione, in linea con il carattere comunitario e intraconfessionale della loro organizzazione.

Queste posizioni e ruoli, simili o differenti, assunti dalle confessioni religiose rispetto alla sanità italiana rappresentano anche dei modelli per quelle confessioni religiose di minoranza che sono diventate numericamente e simbolicamente rilevanti negli ultimi decenni in Italia per la strutturazione di una loro presenza e incidenza nel sistema sanitario a beneficio dei loro correligionari e del loro riconoscimento pubblico in questo ambito. Potendo trovare risposta da parte dei pubblici poteri ai bisogni specifici che si generano in questo settore, a fronte della diseguale distribuzione di capitali e risorse e della profonda asimmetria di agency, che si realizza nella loro attività in ambito sanitario, rispetto alle minoranze religiose storiche e alla confessione religiosa di maggioranza, che hanno influenzato (seppur con gradi differenti) la sanità pubblica e affinato la loro competenza, contemporaneamente alla nascita e implementazione del settore.

Per assicurare un quadro normativo coerente e rispettoso delle esigenze delle confessioni religiose, si auspica che venga approvata una legge organica sulla libertà religiosa, in grado di regolamentare la materia e favorire la piena operatività delle loro attività nel settore. Magari con la Chiesa valdese e l'Unione delle Comunità ebraiche italiane a trainare questo processo in quanto dotate oggi di capitali materiali e simbolici, di agency e di lobbying Parlamentare. Fondamentale sarà, in questo senso, la capacità delle nuove minoranze religiose di formulare i propri bisogni in ambito medico e sanitario, supportate da una giurisprudenza attenta alla pluralità dei diritti e dei principi costituzionali — come evidenziato e documentato in questa tesi riguardo alle problematiche che coinvolgono le confessioni religiose nel settore sanitario — e da una rappresentanza politica, sia locale sia nazionale, in grado di garantire il pieno riconoscimento dell'uguaglianza di tutte le confessioni religiose di fronte al diritto alla cura.

Nel loro insieme, le dinamiche ricostruite mostrano come il rapporto tra fattore religioso e sanità in Italia non possa essere interpretato unicamente in termini di presenza o assenza delle confessioni nello spazio pubblico, ma richieda di essere letto alla luce delle forme attraverso cui tale presenza viene resa possibile, regolata o limitata. Le differenze tra le confessioni non si esauriscono infatti nei risultati osservabili, ma rinviano a modelli distinti di relazione con lo Stato, di organizzazione interna e di articolazione dell'autorità religiosa, che incidono in maniera significativa sulle modalità di partecipazione al sistema sanitario. In questo senso, la sanità si configura non solo come ambito di erogazione di servizi, ma anche come spazio in cui si manifestano e si ridefiniscono, in forma concreta, le tensioni proprie del pluralismo religioso contemporaneo.

Proprio alla luce di tali considerazioni, la ricostruzione proposta non esaurisce i profili di analisi che il tema sollecita. L'arco cronologico adottato, che si arresta alla fase pre-pandemica, ha consentito di sviluppare un'analisi fondata su un quadro storico e normativo sufficientemente definito; tuttavia, le trasformazioni emerse a partire dal 2020 hanno introdotto elementi di discontinuità che incidono anche sulle modalità di presenza delle confessioni religiose nei luoghi della cura, sollevando questioni che, per il loro carattere ancora in evoluzione, richiedono approfondimenti che potranno essere sviluppati in futuro.

Analogamente, la scelta di concentrarsi sul contesto italiano ha permesso di valorizzare le specificità dei rapporti tra Stato e confessioni religiose, ma apre al contempo alla possibilità di sviluppi comparativi, nei quali verificare come le medesime tradizioni religiose si collochino entro assetti istituzionali differenti. In questa prospettiva, ulteriori future linee di ricerca potrebbero riguardare anche le differenze interne alle stesse famiglie confessionali, che appaiono sempre più rilevanti in un contesto caratterizzato da un pluralismo religioso in trasformazione.

In tal senso, il nesso tra fattore religioso e sanità continua a costituire uno dei luoghi nei quali si misura in modo particolarmente significativo la capacità dell'ordinamento di confrontarsi con le esigenze del pluralismo senza rinunciare alla propria coerenza.

BIBLIOGRAFIA

FONTI

ITALIA

Regno di Sardegna. Regio Editto n. 640, 30 ottobre 1847 *Sulla amministrazione comunale e provinciale.*

Regno di Sardegna. *Lettere Patenti ai valdesi*, 17 febbraio 1848.

Regno di Sardegna. *Statuto fondamentale della monarchia di Savoia*, 4 marzo 1848.

Regno di Sardegna. Regio Decreto n. 688, 29 marzo 1848, *Per l'emancipazione degli Israeliti*.

Regno di Sardegna. Regio Decreto n. 700, 15 aprile 1848, *Che ammette gli Israeliti regnicoli a far parte della Leva militare.*

Regno di Sardegna. Legge n. 735, 1° giugno 1848, *La differenza di culto non forma eccezione al godimento dei diritti civili e politici ed all'ammissibilità alle cariche civili e militari*.

Regno di Sardegna. Legge n. 1013, 9 aprile 1850, *Abolizione del foro e delle immunità ecclesiastiche*.

Regno di Sardegna. Legge n. 1177, 12 maggio 1851, *Abolizione dei magistrati di Protomedicato e degli uffizi subalterni.*

Regno di Sardegna. Legge n. 878, 29 maggio 1855, *Soppressione di alcuni ordini religiosi, capitoli e benefizi, creazione di una Cassa ecclesiastica e fissazione della quota annua di concorso da pagarsi dagli altri enti morali ecclesiastici.*

Regno di Sardegna. Legge n. 2325, 4 luglio 1857, *Riforma degli ordinamenti amministrativi ed economici delle università israelitiche.*

Regno di Sardegna. Legge n. 3720, 13 novembre 1859, *Ordinamento dell'Amministrazione di Pubblica Sicurezza, ed attribuzioni degli Ufficiali ed Agenti*.

Regno di Sardegna. Legge n. 3754, 20 novembre 1859, *Ordinamento sul servizio delle Opere pubbliche*.

Regno d'Italia. Legge n. 753, 3 agosto 1862, *Sull'amministrazione delle Opere pie*.

Regno d'Italia. Legge n. 2248, 20 marzo 1865, *Per l'unificazione amministrativa del Regno d'Italia*.

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 2322, 8 giugno 1865, *Approvativo del Regolamento per l'esecuzione della Legge sulla sanità pubblica*.

Regno d'Italia. Legge n. 214, 13 maggio 1871, *Sulle prerogative del Sommo Pontefice e della Santa Sede, e sulle relazioni dello Stato con la Chiesa*.

Regno d'Italia. *Atti Parlamentari*, *Camera dei deputati*. *Discussione*, XVI legislatura, 12 dicembre 1888.

Regno d'Italia. Legge n. 5849, 22 dicembre 1888, *Sull'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria del Regno*.

Regno d'Italia. *Codice penale*, 30 giugno 1889.

Regno d'Italia. *Atti Parlamentari*, *Camera dei deputati. Discussione*, XVI legislatura, 30 novembre 1889.

Regno d'Italia. *Atti Parlamentari*, *Camera dei deputati. Discussione*, XVI legislatura, 13 dicembre 1889.

Regno d'Italia. Legge n. 6972, 17 luglio 1890, *Sulle Opere pie.*

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 448, 25 luglio 1892, *Regolamento di polizia mortuaria.*

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 636, 1° agosto 1907, *Che approva il testo unico delle leggi sanitarie*.

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 846, 25 marzo 1923, *Che approva il nuovo regolamento per la profilassi delle malattie veneree e sifilitiche*.

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 976, 26 aprile 1923, *Che dà facoltà al Ministro dell'interno di dichiarare sciolte le Amministrazioni delle Congregazioni di carità e di tutte le Istituzioni pubbliche di beneficenza esistenti in uno stesso Comune, e di affidarne la gestione a speciali commissari o Commissioni*.

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 2841, 30 dicembre 1923, *Sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*.

Regno d'Italia. Legge n. 2029, 26 novembre 1925, *Sulla regolarizzazione dell'attività delle Associazioni, Enti ed Istituti*.

Regno d'Italia. Legge n. 2277, 10 dicembre 1925, *Protezione e assistenza della maternità e dell'infanzia*.

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 2841, 15 aprile 1926, *Approvazione del regolamento per l'esecuzione della legge 10 dicembre 1925, n. 2277.*

Regno d'Italia. Regio Decreto-Legge n. 257, 20 febbraio 1927, *Norme per l'estensione alle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza delle disposizioni vigenti circa la revisione ed approvazione dei conti dei Comuni e delle Provincie, e per la definizione dei conti arretrati degli enti stessi*.

Regno d'Italia. Legge n. 810, 27 maggio 1929, *Esecuzione del Trattato, dei quattro allegati annessi e del Concordato, sottoscritti in Roma, fra la Santa Sede e l'Italia l'11 febbraio 1929*.

Regno d'Italia. Legge n. 848*,* 27 maggio 1929, *Disposizioni sugli Enti ecclesiastici e sulle Amministrazioni civili dei patrimoni destinati a fini di culto*.

Regno d'Italia. Legge n. 1159*,* 24 giugno 1929, *Recante disposizioni sull'esercizio dei culti ammessi e sul matrimonio celebrato davanti ai ministri dei culti medesimi*.

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 2262, 2 dicembre 1929, *Approvazione del regolamento per l'esecuzione della legge 27 maggio 1929, n. 848*.

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 289, 28 febbraio 1930, *Norme per l'attuazione della legge 24 giugno 1929, n. 1159*.

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 1398, 19 ottobre 1930, *Approvazione del testo definitivo del Codice penale*.

Regno d'Italia. *Codice penale*, 19 ottobre 1930.

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 1731, 30 ottobre 1930, *Norme sulle Comunità israelitiche e sulla Unione delle Comunità medesime*.

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 1561, 19 novembre 1931, *Regolamento per l'applicazione del R. decreto 30 ottobre 1930, n. 1731*.

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 773, 18 giugno 1931, *Approvazione del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza*.

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 1279, 24 settembre 1931, *Sulle Comunità israelitiche*.

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 1561, 19 novembre 1931, *Regolamento per l'applicazione del R. decreto 30 ottobre 1930, n. 1731*.

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 884, 20 luglio 1932, *Trasferimento delle attribuzioni relative agli affari di culto al Ministero dell'interno e cambiamento di denominazione del Ministero della giustizia*.

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 1080, 19 agosto 1932, *Norme per il passaggio dei servizi concernenti gli affari di culto dal Ministero di grazia e giustizia a quello dell'interno*.

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 1265, 27 luglio 1934, *Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie*.

Regno d'Italia. Legge n. 847, 3 giugno 1937, *Istituzione in ogni Comune del Regno dell'Ente comunale di assistenza*.

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 1390, 5 settembre 1938, *Provvedimenti per la difesa della razza nella scuola fascista*.

Regno d'Italia. Regio Decreto-Legge n. 1381, 7 settembre 1938, *Provvedimenti nei confronti degli ebrei stranieri.*

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 1631, 30 settembre 1938, *Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali*.

Regno d'Italia. Regio Decreto n. 1728, 17 novembre 1938, *Provvedimenti per la difesa della razza italiana*.

Regno d'Italia. Legge n. 1054, 29 giugno 1939 *Disciplina dell'esercizio delle professioni da parte dei cittadini di razza ebraica*.

Repubblica italiana. *Discussione su La libertà di opinione, di coscienza e di culto,* Assemblea Costituente, Commissione per la Costituzione, Prima Sottocommissione, seduta pomeridiana di giovedì 19 dicembre 1946.

Repubblica italiana. *Discussione del Progetto di Costituzione della Repubblica italiana*, Assemblea Costituente, XCII, seduta antimeridiana di giovedì 17 aprile 1947.

Repubblica italiana. *Discussione del Progetto di Costituzione della Repubblica italiana,* Assemblea Costituente, CI, seduta pomeridiana di martedì 22 aprile 1947.

Repubblica italiana. *Discussione del Progetto di Costituzione della Repubblica italiana,* Assemblea Costituente, CII, seduta di giovedì 24 aprile 1947.

Repubblica italiana. *Costituzione della Repubblica italiana*, 1° gennaio 1948.

Repubblica italiana. Attività parlamentare. Camera dei deputati. Proposta di legge n. 421*,* 27 novembre 1953, *Abrogazione dell'art. 553 del Codice penale relativo la propaganda antiprocreativa*.

Repubblica italiana. Attività parlamentare. Camera dei deputati. Proposta di legge n. 1991, 18 gennaio 1956, *Obbligatorietà dell'insegnamento e della divulgazione del metodo psico-pro-filattico per il parto indolore*.

Repubblica italiana. Legge n. 235, 3 aprile 1957, *Prelievo di parte del cadavere a scopo di trapianto terapeutico*.

Repubblica italiana. Legge n. 296, 13 marzo 1958, *Costituzione del Ministero della sanità*.

Repubblica italiana. Attività parlamentare. Camera dei deputati. Proposta di legge, 23 luglio 1958*Abrogazione dell'art. 553 del codice penale e modifiche agli artt. 112 e 114 del Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza 18 giugno 1931, n. 773 e dell'art. 2 del r.d.lg. 31 maggio 1946, n. 561, per quanto riguarda la propaganda antiprocreativa*.

Repubblica italiana. Attività parlamentare. Camera dei deputati. Proposta di legge n. 585, 25 novembre 1958, *Divieto della inseminazione artificiale e sua disciplina giuridica*.

Repubblica italiana. Attività parlamentare. Camera dei deputati. Proposta di legge n. 1017, 08 aprile 1959, *Illiceità dell'inseminazione artificiale*.

Repubblica italiana. Corte costituzionale. Sentenza n. 9, 4 febbraio 1965.

Repubblica italiana. Attività parlamentare. Camera dei deputati. Proposta di legge, 5 marzo 1966, *Abrogazione dell'art. 553 del codice penale e modifiche agli artt. 112 e 114 del Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza 18 giugno 1931, n. 773 e dell'art. 2 del r.d.lg. 31 maggio 1946, n. 561, per quanto riguarda la propaganda antiprocreativa*.

Repubblica italiana. *Atti Parlamentari*, *Camera dei deputati. Discussione*, IV legislatura, 6 febbraio 1968.

Repubblica italiana. Legge n. 132, 12 febbraio 1968, *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*.

Repubblica italiana. Attività parlamentare. Camera dei deputati. Proposta di legge, 3 luglio 1968, *Abrogazione dell'art. 553 del codice penale e modifiche agli artt. 112 e 114 del Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza 18 giugno 1931, n. 773 e dell'art. 2 del r.d.lg. 31 maggio 1946, n. 561, per quanto riguarda la propaganda anticoncezionale*.

Repubblica italiana. Attività parlamentare. Camera dei deputati. Proposta di legge, 9 ottobre 1968, *Abrogazione del divieto stabilito dall'articolo 553 del codice penale*.

Repubblica italiana. Decreto del Presidente della Repubblica n. 128, 27 marzo 1969, *Ordinamento interno dei servizi ospedalieri*.

Repubblica italiana. Corte costituzionale. Sentenza n. 49, 10 marzo 1971.

Repubblica italiana. Legge n. 772, 15 dicembre 1972, *Norme per il riconoscimento della obiezione di coscienza*.

Repubblica italiana. Legge n. 817, 26 novembre 1973, *Estensione agli ospedali religiosi acattolici del trattamento e inquadramento previsto dalla legge 12 febbraio 1968, N. 132*.

Repubblica italiana. Legge n. 386, 17 agosto 1974, *Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria*.

Repubblica italiana. Corte costituzionale. Sentenza n. 27, 18 febbraio 1975.

Repubblica italiana. Legge n. 382, 22 luglio 1975, *Norme sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione*.

Repubblica italiana. Legge n. 405, 29 luglio 1975 *Istituzione dei consultori familiari*.

Repubblica italiana. Legge n. 644, 2 dicembre 1975, *Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico*.

Repubblica italiana. Legge n. 349, 30 giugno 1977, *Norme transitorie per il trasferimento alle regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici e per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario in relazione alla riforma sanitaria*.

Repubblica italiana. Decreto del Presidente della Repubblica n. 616, 24 luglio 1977, *Attuazione della delega di cui all'art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382*.

Repubblica italiana. Legge n. 194, 22 maggio 1978, *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*.

Repubblica italiana. Legge n. 833, 23 dicembre 1978, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*.

Repubblica italiana. Corte costituzionale. Sentenza n. 173, 17 luglio 1981.

Repubblica italiana. Legge n. 449, 11 agosto 1984, *Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e le chiese rappresentate dalla Tavola valdese*.

Repubblica italiana. Legge n. 121, 25 marzo 1985, *Ratifica ed esecuzione dell'accordo, con protocollo addizionale, firmato a Roma il 18 febbraio 1984, che apporta modificazioni al Concordato lateranense dell'11 febbraio 1929, tra la Repubblica italiana e la Santa Sede*.

Repubblica italiana. Legge n. 222, 20 maggio 1985, *Disposizioni sugli enti e beni ecclesiastici in Italia e per il sostentamento del clero cattolico in servizio nelle diocesi.*

Repubblica italiana. Corte costituzionale. Sentenza n. 196, 21-25 maggio 1987.

Repubblica italiana. Corte costituzionale. Ordinanza n. 389, 23-31 marzo 1988.

Repubblica italiana. Corte costituzionale. Sentenza n. 396, 24 marzo-7 aprile 1988.

Repubblica italiana. Legge n. 400, 23 agosto 1988, *Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri*.

Repubblica italiana. Decreto Ministeriale n. 255, 13 settembre 1988, *Determinazione degli standards del personale ospedaliero*.

Repubblica italiana. Legge n. 101, 8 marzo 1989, *Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e l'Unione delle Comunità ebraiche italiane*.

Repubblica italiana. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 194, 28 marzo 1990, *Istituzione del Comitato Nazionale per la Bioetica*.

Comitato Nazionale per la Bioetica, *Definizione e accertamento della morte nell'uomo*, 15 febbraio 1991.

Comitato Nazionale per la Bioetica, *Donazione d'organo a fini di trapianto*, 7 ottobre 1991.

Repubblica italiana. Legge n. 421, 23 ottobre 1992, *Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale*.

Repubblica italiana. Attività parlamentare. Camera dei deputati. Proposta di legge n. 1922, 19 novembre 1992, *Modifiche alla legge 22 maggio 1978, n. 194 recante norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*.

Repubblica italiana. Decreto Legislativo n. 502, 30 dicembre 1992, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*.

Repubblica italiana. Attività parlamentare. Camera dei deputati. Proposta di legge n. 2160, 22 gennaio 1993, *Nuove norme a tutela della vita umana fin dal suo inizio e modifiche alla legge 22 maggio 1978, n. 194 recante norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*.

Repubblica italiana. Legge n. 578, 29 dicembre 1993, *Norme per l'accertamento e la certificazione di morte*.

Giunta regionale della Campania. Delibera n. 1744, 18 marzo 1997, *Schema tipo di protocollo d'intesa tra le AA.SS.LL., AA.OO. e gli Ordinari diocesani per l'ordinamento del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero*.

Regione Sardegna. Legge regionale n. 13, 15 aprile 1997, *Disciplina dell'assistenza religiosa nelle strutture di ricovero delle aziende sanitarie*.

Protocollo d'intesa tra Regione Piemonte e Conferenza Episcopale piemontese per l'assistenza religiosa presso le strutture di ricovero del servizio sanitario regionale, 22 luglio 1998.

Repubblica italiana. Legge n. 419, 30 novembre 1998, *Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*.

Repubblica italiana. Legge n. 91, 1° aprile 1999, *Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti*.

Repubblica italiana. Decreto Legislativo n. 229, 19 giugno 1999, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*.

Assessorato sanità Regione Sicilia. Deliberazione n. 194, 30 aprile 2001, *Schema di intesa tra l'Assessorato Regionale della Sanità e la Conferenza Episcopale Siciliana sull'assistenza religiosa*.

Repubblica italiana. Legge n. 12, 8 febbraio 2001, *Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore*.

Repubblica italiana. Decreto Legislativo n. 207, 4 maggio 2001, *Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'articolo 10 della legge 8 novembre 2000, n. 328*.

Protocollo d'intesa tra la Regione Friuli-Venezia Giulia e i Vescovi del Friuli-Venezia Giulia per il servizio di assistenza religiosa cattolica presso le strutture socio-sanitarie della Regione, 9 ottobre 2001.

Repubblica italiana. Legge costituzionale n. 3, 18 ottobre 2001, *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*.

Protocollo d'intesa tra la Regione Umbria e la Conferenza Episcopale Umbra relativamente alla assistenza religiosa di confessione cattolica presso le strutture di ricovero del Servizio Sanitario Regionale, 19 novembre 2001.

Protocollo d'intesa tra la Regione Lazio e la Regione ecclesiastica Lazio per il servizio di assistenza religiosa agli infermi e al personale nelle aziende sanitarie, 7 dicembre 2001.

Protocollo d'intesa tra la regione Puglia e la Conferenza Episcopale Pugliese per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero delle aziende ospedaliere, 30 gennaio 2002.

Intesa-guida tra la Provincia Autonoma di Trento e l'Ordinario della Arcidiocesi di Trento per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture ospedaliere dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) presenti sul territorio provinciale, 12 febbraio 2003.

Protocollo d'Intesa tra la Regione Toscana e la Conferenza Episcopale Toscana per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie, 1° aprile 2003.

Comitato Nazionale per la Bioetica, *Parere su ricerche utilizzanti embrioni umani e cellule staminali*, 11 aprile 2003.

Protocollo d'intesa tra la Regione Lazio e la Comunità Ebraica di Roma per il servizio di assistenza religiosa agli infermi e al personale nelle aziende sanitarie, del 3 novembre 2003

Comitato Nazionale per la Bioetica, *Parere. Dichiarazioni anticipate di trattamento*, 18 dicembre 2003, p. 12.

Repubblica italiana. Legge n. 40, 19 febbraio 2004, *Norme in materia di procreazione medicalmente assistita*.

Protocollo d'intesa tra la Regione Piemonte e la Tavola Valdese per la salvaguardia della specificità e dell'identità dei presidi ospedalieri della Commissione Istituti Ospitalieri Valdesi, 20 aprile 2004.

Repubblica italiana. Corte costituzionale. Sentenza n. 45, 13 gennaio 2005.

Repubblica italiana. Corte costituzionale. Sentenza n. 46, 13 gennaio 2005.

Repubblica italiana. Corte costituzionale. Sentenza n. 47, 13 gennaio 2005.

Repubblica italiana. Corte costituzionale. Sentenza n. 48, 13 gennaio 2005.

Repubblica italiana. Corte costituzionale. Sentenza n. 49, 13 gennaio 2005.

Intesa tra la Regione Toscana e la Conferenza Episcopale Toscana per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero delle aziende sanitarie, 24 gennaio 2005.

Regione Toscana. Legge regionale n. 40, 7 marzo 2005, *Disciplina del servizio sanitario regionale*.

Protocollo d'Intesa tra la Regione Lombardia e la Regione Ecclesiastica Lombardia per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica negli enti sanitari ed assistenziali pubblici e privati accreditati, 21 marzo 2005.

Repubblica italiana. Corte di cassazione, sez. I civ. Sentenza n. 21748, 16 ottobre 2007, *Sul diritto all'interruzione delle cure sanitarie da parte di malato in stato vegetativo permanente*.

Giunta regionale Toscana. Deliberazione n. 890, 3 dicembre 2007, *Servizio di assistenza religiosa cattolica presso le strutture di ricovero delle aziende sanitarie. Approvazione nuovo schema di protocollo d'intesa fra Regione Toscana e Conferenza Episcopale Toscana e nuovo schema tipo di convenzione da stipularsi tra le aziende sanitarie e gli ordinari diocesani*.

Repubblica italiana. Senato della Repubblica. *Disegni di legge, Atto n. 10,* XVI legislatura, 29 aprile 2008.

Accordo tra la Regione Lombardia e la Comunità Ebraica di Milano per il servizio di assistenza religiosa nelle strutture sanitarie di ricovero e cura lombarde, del 11 marzo 2009.

Repubblica italiana. Senato della Repubblica. *Relazione n. 10-A (Relazione orale). Disegni di legge,* XVI legislatura, 13 marzo 2009.

Repubblica italiana. Corte costituzionale. Sentenza n. 151, 13 maggio 2009.

Repubblica italiana. Legge n. 38, 15 marzo 2010, *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*.

Comitato Nazionale per la Bioetica, *I criteri di accertamento della morte*, 24 giugno 2010.

Comitato Nazionale per la Bioetica, N*ota in merito alla obiezione di coscienza del farmacista alla vendita di contraccettivi d'emergenza,* 25 febbraio 2011.

Regione Basilicata. Legge regionale n. 17, 4 agosto 2011 *Assestamento del Bilancio di Previsione per l'Esercizio Finanziario 2011 e del Bilancio Pluriennale per il triennio 2011-2013*.

Regione Sicilia. Decreto assessoriale n. 2357, 18 novembre 2011, *Istituzione Comitato Regionale di Bioetica (Co.Re.B.)*.

Giunta regionale della Basilicata. Delibera n. 930, 10 luglio 2012.

Comitato Nazionale per la Bioetica, *Obiezione di coscienza e bioetica,* 11 luglio 2012.

Regione Abruzzo. Legge regionale n. 189, 8 novembre 2012, *Disposizioni concernenti il Comitato Etico Regionale (CER) della Regione Abruzzo*.

Regione Calabria. Legge regionale n. 189, 8 novembre 2012, *Riorganizzazione Comitati Etici*.

Repubblica italiana. Senato della Repubblica, *Relazione finale sull'attività della* Commissione *parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale*, XVI Legislatura, 30 gennaio 2013.

Repubblica italiana. Corte di cassazione, sez. VI pen. Sentenza n. 14979, 2 aprile 2013, *L'obiezione di coscienza non copre la fase successiva all'intervento di IVG*.

Giunta regionale del Lazio. Delibera n. 146, 12 giugno 2013.

Regione Lombardia. Decreto n. 5493, 25 giugno 2013, *Riorganizzazione comitati etici regionali*.

Giunta regionale della Liguria. Delibera n. 787, 28 giugno 2013, *Istituzione comitato etico regionale*.

Giunta regionale del Veneto. Delibera n. 1066, 28 giugno 2013.

Giunta regionale della Puglia. Delibera n. 1227, 4 luglio 2013.

Regione Sicilia. Decreto assessoriale n. 1360, 16 luglio 2013, *Norme per la composizione e il funzionamento dei comitati etici della Regione sicialiana*.

Giunta regionale del Piemonte. Delibera n. 30, 30 luglio 2013.

Giunta regionale della Sardegna. Delibera n. 33-6236, 2 agosto 2013.

Repubblica italiana. Tribunale di Roma, sez. I civ. Ordinanza, 23 settembre 2013.

Giunta regionale della Campania. Delibera n. 16, 23 gennaio 2014.

Giunta regionale del Molise. Delibera n. 34, 10 febbraio 2014.

Repubblica italiana. Corte costituzionale. Sentenza n. 162, 18 giugno 2014.

Repubblica italiana. Corte costituzionale. Sentenza n. 96, 10 giugno 2015.

Regione Umbria. Legge regionale n. 11, 9 aprile 2015 *Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali*.

Regione Sicilia. Decreto assessoriale n. 1182, 1° luglio 2015, *Istituzione del Comitato Etico con competenza estesa a tutti gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) della Sicilia*.

Regione Friuli-Venezia Giulia. Legge regionale n. 33, 29 dicembre 2015, *Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali*.

Giunta regionale del Friuli-Venezia Giulia. Delibera n. 73, 22 gennaio 2016.

Repubblica italiana. TAR Lazio. Sentenza n. 8990, 5 luglio 2016, *Interruzione volontaria di gravidanza tra obiezione di coscienza e attività dei consultori*.

Giunta regionale dell'Emilia-Romagna. Delibera n. 2327, 21 dicembre 2016.

Repubblica italiana. Decreto Legislativo n. 117, 3 luglio 2017*, Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106*.

Giunta regionale delle Marche. Delibera n. 224, 20 agosto 2017.

Repubblica italiana. Legge n. 219, 22 dicembre 2017, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*.

Comitato Nazionale per la Bioetica, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, 18 luglio 2019.

Repubblica italiana. Corte costituzionale. Sentenza n. 242, 27 novembre 2019.

CHIESA CATTOLICA

Papa Pio XI, *Lettera enciclica "Quas primas"*, 11 dicembre 1925.

Patti Lateranensi, 11 febbraio 1929.

Papa Pio XI, *Lettera enciclica* "*Casti connubii"*, 31 dicembre 1930.

Concilio Vaticano II, *Decreto sull'ecumenismo "Unitatis Redintegratio",* 21 novembre 1964.

Concilio Vaticano II, *Dichiarazione sulle relazioni della chiesa con le religioni non cristiane "Nostra Aetate",* 28 ottobre 1965.

Concilio Vaticano II, *Dichiarazione sulla libertà religiosa "Dignitatis Humanae",* 7 dicembre 1965.

Concilio Vaticano II, *Costituzione pastorale sulla chiesa nel mondo contemporaneo "Gaudium et spes",* 7 dicembre 1965.

Paolo VI, *Lettera enciclica "Humanae vitae",* 25 luglio 1968.

Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull'aborto procurato,* 18 novembre 1974

Conferenza Episcopale Italiana, *Nota pastorale "Aborto e legge di aborto"*, 7 febbraio 1975.

Conferenza Episcopale Italiana, *Istruzione pastorale "Comunità cristiana e l'accoglienza della vita nascente"*, dicembre 1978.

Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull'eutanasia,* 5 maggio 1980.

Giovanni Paolo II, *Motu Proprio "Dolentium Hominu",* 11 febbraio 1985.

Accordo tra la Santa Sede e la Repubblica italiana che apporta modificazioni al Concordato Lateranense, 18 febbraio 1984.

Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede, *Donum vitae - Il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione,* 22 febbraio 1987.

Conferenza Episcopale Italiana. Consulta Nazionale per la pastorale della sanità, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana. Linee di pastorale sanitaria*, 1989.

Giovanni Paolo II, *Lettera enciclica "Evangelium Vitae"*, 25 marzo 1995.

Pontificia Accademia per la Vita, *Comunicato sulla cosiddetta pillola del giorno dopo*, 31 ottobre 2000.

Conferenza Episcopale Italiana. Consulta Nazionale per la pastorale della sanità, *Le istituzioni sanitarie cattoliche in Italia, identità e ruolo*, 2000.

CHIESA VALDESE

Commissione bioetica delle Chiese BMV, "*È la fine, per me l'inizio della vita*". *Eutanasia e suicidio assistito: una prospettiva protestante,* n. 18, aprile 2017.

EUROPA

Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa, *Raccomandazione "Relativa ai diritti dei malati e dei morenti" n. 779*, 29 gennaio 1976.

LETTERATURA

A., E., *La seconda assemblea annuale dei medici evangelici (A.I.M.E.)*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 91, fascicolo 41, 20 ottobre 1961, p. 2.

A., S., *A Torre Pellice: dibattito sull'aborto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 111, fascicolo 10, 8 marzo 1974, pp. 4 e 6.

Aborto, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 114, fascicolo 32-33, 11 agosto 1978, p. 4.

Aborto. Urgenza di affrontare il problema, soprattutto come comunità, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 111, fascicolo 22, 31 maggio 1974, p. 4.

Aborto, scomunica e accoglienza della vita, in «La Civiltà Cattolica», anno 130, v. I, 6 gennaio 1979, pp. 3-11.

Aime, E., *Torre Pellice. Ospedale valdese,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 98, fascicolo 43, 1° novembre 1968, p. 2.

Alatri, C., *Studio e religione*, in «Il Vessillo Israelitico», anno 25, giugno 1877, pp. 167- 172.

Alb, R., *La famiglia secondo la Riforma*, in «L'eco delle valli valdesi settimanale della chiesa valdese», anno 73, fascicolo 49, 4 dicembre 1942, p. 3.

Alcune notizie dall'Ospedale valdese di Torre Pellice, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 109, fascicolo 1, 7 gennaio 1972, p. 1.

Ampliare l'Ospedale di Torre Pellice, perché e come, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 112, fascicolo 22, 6 giugno 1975, p. 4.

Appari, A., *Il dibattito al Senato*, AA.VV, *Cent'anni fa la sanità. La legge Crispi – Pagliani del 1888*, Milano, Nuova CEI, 1988, pp. 77-89.

Appari, A., *Itinerario dei progetti di riforma dall'Unità d'Italia a Crispi*, in AA.VV, *Cent'anni fa la sanità. La legge Crispi – Pagliani del 1888*, Milano, Nuova CEI, 1988, pp. 45-60.

Archivio di Stato di Alessandria (a cura di), *Cure proibite, cure negate: medici ebrei alessandrini sotto le leggi razziali*, in https://archiviodistatoalessandria.cultura.gov.it/home-page/mostre-virturali-ed-eventi/raccolta-eventi/giornata-della-memoria/giornata-della-memoria-2024/

Ardolino, R., *L'esperienza di Dio nel buio della malattia,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 7, fascicolo23, 4 giugno 1999, p. 8.

Armand-Hugon, A., *L'Ospedale valdese di Pomaretto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 96, fascicolo 17, 28 aprile 1965, p. 1-2.

Armand-Hugon, S., *Il nostro ospedale...*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 123, fascicolo 48, 18 dicembre 1987, p. 6.

Assistenza sanitaria I.N.A.M., in «Notiziario della Comunità Israelitica di Torino», n. 62, marzo 1972, p. 2.

Associazione Amici dell'Ospedale Valdese di Torre Pellice, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 116, fascicolo 27-28, 11 luglio 1980, p. 7.

Associazione Isola Tiberina (a cura di), *L'Ospedale Israelitico*, in https://www.isolatiberina.it/index.php/it/isola-rifugio-i/ospisr-i?showall=1

Associazione Luca Coscioni, *Prima della legge 40, la normativa che si applicava in Italia*, 04 agosto 2005, in https://www.associazionelucacoscioni.it/notizie/rassegna-stampa/prima-della-legge-40-la-normativa-che-si-applicava-italia#:~:text=%C2%B7%20Ultime%2Cprima%20dell'attuale,disciplinare%20da%20parte%20dell'Ordine.

Atti d'intolleranza a Napoli, in «Il Vessillo Israelitico», anno 39, marzo 1891, pp. 72-74.

Attolino, S., *Fede, cura, sanità. Contributo allo studio degli ospedali religiosi nel sistema sanitario nazionale*, Bari, Cacucci, 2020.

Attualità. Cimiteri comuni, cremazione, divorzi, in «Il Vessillo Israelitico», anno 23, gennaio 1875, pp. 11-13.

Autonomia per l'Ospedale evangelico, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 125, fascicolo 35, 8 settembre 1989, p. 14.

Avviso di concorso, in «Israel», anno 7, n. 25, 22 giugno 1922, p. 4.

Ayassot, E., *L'autonomia degli ospedali evangelici,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», Anno 98, fascicolo 7, 16 febbraio 1968, p. 1 e 8.

Bachi, E., *Il Municipio di Monticelli e il cimitero israelitico*, in «L'Educatore Israelita», anno 9, dicembre 1861, pp. 421-422.

Baral, S., *Storia delle opere sociali della Chiesa Valdese*, Tesi di dottorato, Università degli Studi di Torino e Université Jean Moulin Lyon 3, 2017.

Belgiorno de Stefano, M. G., *Le decisioni più rilevanti della pubblica amministrazione in relazione alle finalità degli enti ecclesiastici*, in Spinelli, L., (a cura di), *Enti di assistenza ed enti ecclesiastici (1890 – 1977). Una ricerca di legislazione, dottrina, prassi amministrativa e giurisprudenza*, Modena, Mucchi, 1983, pp. 107-159.

Benigni, R., *Il governo del fenomeno religioso. Istituzioni pubbliche, organizzazioni confessionali e percorso cooperativo*, in Cardia, C., (a cura di), *Diritto e religione in Italia. Principi e temi*, Roma, ROMATRE press, 2021, pp. 97 – 142.

Bernardini, E., *La realizzazione di un grande progetto,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 6, fascicolo8, 20 febbraio 1998, p. 6.

Bernardini, E., *Si amplia l'Ospedale evangelico valdese,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 4, fascicolo44, 15 novembre 1996, p. 6.

Berlendis, A., *La bioetica: una responsabilità per l'uomo, tra la natura e le leggi,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 2, fascicolo 30, 29 luglio 1994, p. 10.

Bert, A., *Una sepoltura evangelica a Voghera*, in «La Buona Novella», anno 1, febbraio 1852, fascicolo 14, pp. 204-207.

Berutti, M., F., *Sono più difficili le visite pastorali in ospedale,* in «L'Eco delle Valli Valdesi», anno 133, fascicolo32, 29 agosto 1997, p. 3.

Bolgiani, I., Assistenza spirituale nelle strutture sanitarie lombarde: l'Accordo tra Regione e Comunità Ebraica di Milano, in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 2, 2009, pp. 457-477.

Bolgiani, I., *Pluralismo confessionale ed assistenza spirituale nelle strutture sanitarie. Il caso italiano*, in D'Arienzo, M., (a cura di) *Il diritto come "scienza di mezzo". Studi in onore di Mario Tedeschi*, a cura di Cosenza, Luigi Pellegrini, 2017, pp. 223-237.

Borgia, D., *Corriere Milanese. Violenze negli istituti ospitalieri*, in «La Luce propugna gli interessi sociali, morali e religiosi in Italia», anno 3, settembre 1910, fascicolo 38, pp. 5-6.

Bosio, G., *Medici cattolici a convegno (Gli Atti del IV Congresso Internazionale)*, «La Civiltà Cattolica», anno 101, v. II, 1° Aprile 1950, pp. 56-67.

Bottoni, R., Cianitto, C., *The legal treatment of religious dissent in western Europe: a comparative view*, in «Ecclesiastical law journal», 24, 2022, pp. 25-47.

Bovone, A., *Istruzione su il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione. Risposte ad alcune questioni di attualità. Congregazione per la dottrina della fede*, in «La Civiltà Cattolica», anno 138, v. I, 1987, pp. 561-586.

Bragaglia, A., *Libertà dell'Evangelo e etica dell'ascolto,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 1, fascicolo 15, 16 aprile 1993, p. 8.

Broffiero, F., *Eutanasia e suicidio assistito,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 7, fascicolo 29, 16 luglio 1999, p. 8.

Burattini, A., *L'intolérance en Italie. Si ritorna al medio evo!*, in «L'Écho des vallées», anno 52, 4 ottobre 1916, fascicolo 31, p. 2.

Burroni, U., *La recente legge sui trapianti,* in «La Civiltà Cattolica», anno 150, v. III, 18 settembre 1999, pp. 471-485.

Busatta, L., *Comitato Europeo dei Diritti Sociali - International Planned Parenthood Federation & European Network (IPPF EN) v. Italy: decisione su aborto e obiezione di coscienza in Italia, 10 ottobre 2013*, in https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Giurisprudenza/Comitato-Europeo-dei-

Diritti-Sociali-International-Planned-Parenthood-Federation-European-Network-IPPF-EN-v.-Italy-decisione-su-aborto-e-obiezione-di-coscienza-in-Italia

Busatta, L., *Comitato Europeo dei Diritti Sociali - CGIL c. Italy: interruzione volontaria di gravidanza e obiezione di coscienza*, 11 aprile 2016, in https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Giurisprudenza/Comitato-Europeo-dei-Diritti-Sociali-CGIL-c.-Italy-interruzione-volontaria-di-gravidanza-e-obiezione-di-coscienza

Cagliotti, D., L., *Vite parallele. Una Minoranza protestante nell'Italia dell'Ottocento*, Bologna, Il Mulino, 2006.

Calimani, R., *Storia degli ebrei di Roma: Dall'emancipazione ai giorni nostri*, Milano, Mondadori, 2017.

Calimani, R., *Storia del pregiudizio contro gli ebrei. Antigiudaismo, antisemitismo, antisionismo*, Miliano, Mondadori, 2010

Camassa, E., *Procreazione e diritto. Le mobili frontiere dell'obiezione di coscienza*, in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 1, 2015, pp. 99-116.

Camerini, D., *Per la libertà di culto*, in «Il Vessillo Israelitico», anno 41, agosto 1893, pp. 266-268.

Cammeo, G., *Infermieri ebrei*, in «Il Vessillo Israelitico», anno 65, luglio 1917, pp. 317-318.

Campagnola, M., E., *Volontà fondazionali ed esigenze religiose della popolazione*, in Spinelli, L., (a cura di), *Enti di assistenza ed enti ecclesiastici (1890 – 1977). Una ricerca di legislazione, dottrina, prassi amministrativa e giurisprudenza*, Modena, Mucchi, 1983, pp. 43-75.

Caprile, G., *Dati e rilievi sull'attività assistenziale in Italia*, «La Civiltà Cattolica», anno 104, v. IV, 17 ottobre 1953, pp. 79-86.

Caprile, G., *Giovanni Paolo II e il diritto alla vita*, in «La Civiltà Cattolica», anno 132, v. II, 2 maggio 1981, pp. 272-279.

Caprile, G., *I vescovi statunitensi e l'aborto,* in «La Civiltà Cattolica», anno 121, v. III, 18 luglio 1970, pp. 276-278.

Caprile, G., *Il papa e l'accoglienza alla vita nascente,* in «La Civiltà Cattolica», anno 130, v. II, 21 aprile 1979, pp. 164-170.

Caprile, G., *L'assistenza ai malati gravi e ai moribondi problemi morali*, in «La Civiltà Cattolica», anno 132, v. IV, 5 dicembre 1981, pp. 474-483.

Caprile, G., *La medicina al servizio dell'uomo*, in «La Civiltà Cattolica», anno 138, v. IV, 19 dicembre 1987, pp. 582-591.

Caprile, G., *"La medicina per la civiltà della pace". Il XVII Congresso dei medici cattolici italiani*, in «La Civiltà Cattolica», anno 136, v. III, 21 dicembre 1985, pp. 576-587.

Caprile, G., *Medici a difesa della vita e problemi della famiglia*, in «La Civiltà Cattolica», anno 133, v. IV, 6 novembre 1982, pp. 269-275.

Caprile, G., *Orientamenti morali circa l'eutanasia,* in «La Civiltà Cattolica», anno 131, v. III, 2-16 agosto 1980, pp. 305-308.

Caprile, G., *Paolo VI difensore della vita nascente,* in «La Civiltà Cattolica», anno 126, v. II, 5 aprile 1975, pp. 67-71.

Caprile, G., *Presenza della Chiesa nel campo della Sanità,* in «La Civiltà Cattolica», anno 137, v. III, 1986, pp. 252-256.

Caprile, G., *Pro e contro la legalizzazione dell'aborto in Italia,* in «La Civiltà Cattolica», anno 125, v. IV, 7 dicembre 1974, pp. 475-489.

Carceramento per fatto di religione, in «La Buona Novella», anno 1, giugno 1852, fascicolo 30, pp. 461-463.

Cardia, C., *Ordinamento italiano, Libertà religiosa e multiculturalismo*, in Cardia, C., (a cura di), *Diritto e religione in Italia. Principi e temi*, Roma, ROMATRE press, 2021. pp. 13-55.

Cardia, C., *Risorgimento e religione*, Torino, Giappichelli, 2011.

Carlassare, L., *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in Alessi, R., (a cura di), *L'Amministrazione sanitaria*, Milano, Neri Pozza editore, 1967, pp. 103-119.

Carmignani Caridi, S., Marano, V., *Assistenza spirituale e insegnamento della religione. Alcune cifre,* in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 1, 1998, pp. 111-114.

Carratù, F., J., *Enti ecclesiastici ospedalieri e "servizi abortivi"*, in «Il diritto ecclesiastico», anno 94, parte I, 1983, pp. 395-432.

Caruso, A., *Aborto: un passo indietro sul cammino della civiltà*, in «La Civiltà Cattolica», anno 129, v. II, 17 giugno 1978, pp. 588-600.

Caruso, A., *L'aborto un anno dopo,* in «La Civiltà Cattolica», anno 130, v. III, 1° settembre 1979, pp. 411-420.

Caruso, A., *La Chiesa italiana e l'assistenza,* in «La Civiltà Cattolica», anno 130, v. II, 5 maggio 1979, pp. 279-288.

Casa di riposo "Solomon e Augusto Segre", in «Notiziario della Comunità Israelitica di Torino», n. 4, marzo 1962, pp. 1-2.

Cavaglion, A., *Minoranze religiose e diritti. Percorsi in cento anni di storia degli ebrei e dei valdesi, 1848-1948*, Milano, Franco Angeli, 2021.

Chiese ed Istituti, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 89, fascicolo 21, 22 maggio 1959, p. 2.

Chocarn, S., *Questions morales et sociales. Un oeuvre d'assistance maternelle*, in «L'Écho des vallées», anno 37, 11 luglio 1902, fascicolo 23, p. 1.

Ciammaruconi, C., *La Federazione di Littoria dell'Opera nazionale maternità e infanzia*, in «Studi storici», 3, 2007, pp. 841-875.

Cimiteri evangelici, in «La Buona Novella», anno 1, settembre 1852, fascicolo 44, p. 684.

Cirica, L., *Gli amici dell'Ospedale Villa Betania,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 7, fascicolo 20, 14 maggio 1999, p. 9.

Cirica, L., *Un "Centro di sterilità"*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 124, fascicolo 18, 6 maggio 1988, p. 8.

Classificato l'Ospedale di Torre Pellice, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 112, fascicolo 31, 22 agosto 1975, p. 4.

Clonazione. Un protestante in Commissione, in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 8, fascicolo 36, 22 settembre 2000, p. 1.

Coen, U., *Il raggruppamento delle OO. PP., e la sistemazione del cimitero israelitico*, in «Il Vessillo Israelitico», anno 58, maggio 1910, pp. 210-212.

Colombo, C., Safran, A., B., *Medici ebrei e mentalità ebraica in medicina*, in «La Rassegna Mensile Di Israel», 36(1), gennaio 1970, pp. 16–23.

Comba E., Santini L., *Breve storia dei Valdesi*, Torino, Claudiana, 1966.

Commissione Istituti Ospitalieri Valdesi, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 89, fascicolo 23, 4 giugno 1959, p. 1.

Commissione europea, *Iniziativa dei cittadini europei: la Commissione risponde a "Uno di noi",* Bruxelles, 28 maggio 2014, in https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/it/ip_14_608

Concilio Vaticano II, notizie varie, Gli ebrei e il concilio, in «La Civiltà Cattolica», anno 115, v. III, 18 luglio 1964, pp. 181-190.

Congresso nazionale medici cattolici, «Il diritto ecclesiastico», anno 61, fascicolo IV, ottobre-dicembre 1950, pp. 1094-1095.

Conseguenze amare della libertà de culti imposta all'Italia, in «La Civiltà Cattolica», s. 6, anno 17, v. VI, 1866, pp. 257-271.

Conte, G., *Il problema dell'aborto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 112, fascicolo 10, 14 marzo 1975, p. 2.

Conte, G., *L'aborto non è più un crimine, è ancora peccato?,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 111, fascicolo 48, 6 dicembre 1974, p. 2.

Conte, G., *La Chiesa di fronte l'aborto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 111, fascicolo 49, 13 dicembre 1974, p. 3.

Convegno sull'eutanasia, in «Ha Keillah», anno XI, n. 54, febbraio 1987, p. 2.

Corghi, C., *La lunga vigilia della Costituente*, in AA.VV, *Cent'anni fa la sanità. La legge Crispi – Pagliani del 1888*, Milano, Nuova CEI, 1988.

Corsani, A., *Fondazione evangelica Betania. Un sogno realizzato,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 127, fascicolo 35, 13 settembre 1991, p. 5.

Corsani, A., *Non è questione di semplice tolleranza,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 3, fascicolo10, 10 marzo 1995, p. 7.

Cose romane. Il crocifisso al Policlinico, in «La Civiltà Cattolica», anno 74, v. II, 7 aprile 1923, p. 171.

Cosmacini, G., *La medicina dei papi*, Bari-Roma, Editori Laterza, 2018.

Cosmacini, G., *La religiosità della medicina. Dall'antichità ad oggi*, Bari-Roma, Editori Laterza, 2007.

Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Bari-Roma, Editori Laterza, 2016.

Cronaca contemporanea. Cose italiane, in «La Civiltà Cattolica», anno 56, v. III, 1905, pp. 742-744.

Cronaca Contemporanea. Italia, in «La Civiltà Cattolica», anno 116, v. I, 6 marzo 1965, pp. 512-513.

Cronaca Contemporanea. Italia, in «La Civiltà Cattolica», anno 118, v. II, 17 giugno 1967, p. 607.

Cronaca Contemporanea. Italia, in «La Civiltà Cattolica», anno 124, v. I, 17 marzo 1973, pp. 585-597.

Cronaca contemporanea. Italia. Gli Ebrei in Italia dinanzi alla legge, in «La Civiltà Cattolica», anno 89, v. I, 5 marzo 1938, p. 471-472.

Cronaca contemporanea. Italia. Posizione del Fascismo nei confronti dei problemi della razza, in «La Civiltà Cattolica», anno 89, V. III, 6 agosto 1938, p. 471-472.

Cronaca contemporanea. La giornata della Madre e del Fanciullo, in «La Civiltà Cattolica», anno 85, v. I, 23 gennaio 1934, pp. 108-109.

Cronaca contemporanea. Santa Sede, in «La Civiltà Cattolica», anno 98, v. I, 18 gennaio 1947, pp. 161-162.

Cronaca contemporanea. Santa Sede, «La Civiltà Cattolica», anno 100, v. III, 16 luglio 1949, pp. 172-173.

Cronaca contemporanea. Santa Sede, «La Civiltà Cattolica», anno 101, v. IV, 7 ottobre 1950, pp. 110-111.

Cronaca contemporanea. Santa Sede, in «La Civiltà Cattolica», anno 104, v. IV, 17 ottobre 1953, pp. 229-231

Cronaca contemporanea. Santa Sede, «La Civiltà Cattolica», anno 105, v. III, 18 settembre 1954, pp. 646-647.

Cronaca Contemporanea. Santa Sede, in «La Civiltà Cattolica», anno 112, v. III, 5 agosto 1961, pp. 324-325.

Cronaca Contemporanea. Santa Sede, in «La Civiltà Cattolica», anno 112, v. IV, 7 ottobre 1961, p. 91.

Cronaca Contemporanea. Santa Sede, in «La Civiltà Cattolica», anno 115, v. II, 20 giugno 1964, p. 604.

Cronaca Contemporanea. Santa Sede, in «La Civiltà Cattolica», anno 117, v. IV, 19 novembre 1966, pp. 389-390.

Cronaca contemporanea, stati sardi (da nostra privata corrispondenza). 1. Condanna e grazia del Mazzinghi. Libertà religiosa, in «La Civiltà Cattolica», s. 2, anno 4, v. I, 1853, pp. 447-448.

Cronaca contemporanea, stati sardi (da nostra corrispondenza). 2. I protestanti e gli ebrei, in «La Civiltà Cattolica», s. 2, anno 5, v. V, 1854, p. 365-366.

Cronaca contemporanea, Toscana (nostra corrispondenza). 1. Liberazione de' Madiai, in «La Civiltà Cattolica», s. 2, anno 4, v. II, 1853, pp. 77-78.

Cronaca Contemporanea. Vita delle Chiesa, in «La Civiltà Cattolica», anno 122, v. I, 20 febbraio 1971, pp. 483-492.

Cronaca Contemporanea. Vita delle Chiesa, in «La Civiltà Cattolica», anno 122, v. III, 4 settembre 1971, p. 406.

Cronaca della quindicina, in «La Buona Novella», anno 8, gennaio 1859, fascicolo 2, p. 30.

Curti, D., *Il fascismo e le donne: Imposizione e accettazione della "Mistica della maternità",* in «Italian Studies in Southern Africa», v. 9, n. 2, 1996, pp. 6-23.

Cutulli, A., *Il Morbo di K* in https://www.esanum.it/today/posts/morbo-k-sindrome-k-isola-tiberina-olocausto

D., D., *IPAB ultimo atto, in «Ha Keillah»,* anno VII, n. 32, ottobre 1981, p. 7.

D. O., *Della confraternita La Buona Morte di Alessandria*, in «L'Educatore Israelita», anno 1, maggio 1853, pp. 150-152.

D'Auria, M., *Oggi ricorre la giornata del testamento biologico,* in «Riforma.it il quotidiano on-line delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia», 19 novembre 2014.

Da Berlino a Ponticelli, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 98, fascicolo 41, 18 ottobre 1968, p. 3.

Dal Sinodo valdese, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 77, fascicolo 37, 12 settembre 1941, p. 2.

Dalla stampa italiana, VII. Sulla proposta per l'incameramento dei beni ecclesiastici e per l'abolizione dei conventi; relazioni e voti nei consigli provinciali e divisionali d'Aosta e d'Ivrea, in «La Civiltà Cattolica», s.1, anno 1, v. III, 1850, p. 360.

Dalla Torre, G., *L'attività assistenziale della Chiesa nell'ordinamento italiano. Aspetti dogmatici e spunti ricostruttivi*, Milano, Giuffrè, 1979.

Dalle città d'Italia. Da Mantova. Per la Vittoria in Etiopia, in «Israel», anno 21, n. 31, 22 maggio 1936, p. 8.

Dalle città d'Italia. Da Roma. Una visita all'Ospedale Israelitico di Roma, in «Israel», anno 14, n. 2, 27 settembre 1928, p. 6.

Dalle città d'Italia. Da Roma. L'Ospedale Israelitico, in «Israel», anno 15, n. 18, 6 febbraio 1930, p. 11.

Dalle città d'Italia. Da Trieste. Un ultimo appello per il nuovo ospitale israelitico, in «Israel», anno 7, n. 25, 22 giugno 1922, p. 3.

Dalle città d'Italia. Da Trieste. L'inaugurazione dell'ospedale israelitico, in «Israel», anno 10, n. 4, 22 gennaio 1925, p. 4.

Dalle città d'Italia. Per l'organizzazione delle comunità ebraiche d'Etiopia, in «Israel», anno 21, n. 35, 25 giugno 1936, p. 9.

Dammacco, G., (a cura di), *Diritto sanitario e fenomeno religioso*, Bari, Cacucci, 2005.

Dammacco, G., Diritto ecclesiastico "sanitario" ed enti ecclesiastici ospedalieri, in Dammacco, G., (a cura di), *Diritto sanitario e fenomeno religioso,* Bari, Cacucci, 2005, pp. 11-41.

Danesi, F., *Note sulla fondazione della bioetica*, in «La Civiltà Cattolica», anno 141, v. IV, 3 novembre 1990, pp. 232-240.

"*Dare" o "accettare" la morte. Nel dibattito sulla "dolce morte" è essenziale distinguere tra attiva e passiva,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 114, fascicolo 22, 2 giugno 1978, p. 4.

Dazzetti, S., *L'autonomia delle comunità ebraiche italiane nel Novecento. Leggi, intese, statuti, regolamenti*, Torino, Giappichelli, 2008.

Dazzetti, S., *La legge organica per le Università israelitiche piemontesi del 1857. Il dibattito e le scelte del Parlamento subalpino*, in «Stato, Chiese e pluralismo confessionale, Rivista telematica (https://statoechiese.it/)», 1, 2023, pp. 1-34.

De Carli, F., *Assassinio su "richiesta",* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 114, fascicolo 1, 6 gennaio 1978, p. 4.

De Fazio, M., *Obiezione di coscienza o disobbedienza civile a basso costo?,* in «Riforma.it il quotidiano on-line delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia», 24 febbraio 2017.

De Felice, R., *Storia degli ebrei italiani sotto il fascismo*, Torino, Einaudi, 1993.

De Michelis, N., *Protestanti e aborto*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 117, fascicolo 19, 8 maggio 1981, p. 3.

De Michelis, N., *Rifiuto dell'aborto*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 116, fascicolo 43, 31 ottobre 1980, p. 3.

De Rosa, G., *A proposito di eutanasia e di "diritto a morire",* in «La Civiltà Cattolica», anno 153, v. II, 18 maggio 2002, pp. 361-367.

De Rosa, G., "*Apertura" dei vescovi italiani sul problema dell'aborto?,* in «La Civiltà Cattolica», anno 126, v. I, 1 marzo 1975, pp. 488-502.

De Rosa, G., *Che cosa cambia in Italia dopo la revisione del concordato*, in «La Civiltà Cattolica», anno 136, v. III, 20 luglio 1985, pp. 176-187.

De Rosa, G., *I consultori familiari pubblici e privati in Italia,* in «La Civiltà Cattolica», anno 137, v. IV, 1986, pp. 70-78.

De Rosa, G., *I trapianti di organi. Un dono per la vita*, in «La Civiltà Cattolica», anno 159, v. IV, 6 dicembre 2008, pp. 458-465.

De Rosa, G., *L'obiezione di coscienza dei farmacisti,* in «La Civiltà Cattolica», anno 158, v. IV, 1° dicembre 2007, pp. 480-487.

De Rosa, G., *Il problema morale nella lotta contro l'AIDS*, in «La Civiltà Cattolica», anno 138, v. II, 1987, pp. 75-81.

De Rosa, G., Sanità malata*,* in «La Civiltà Cattolica», anno 142, v. IV, 19 ottobre 1991, pp. 181-189.

Del Regno, F., *Ebraismo, sionismo, fascismo: il magistero di angelo sacerdoti a Roma negli anni 1922-1935*, in «La Rassegna Mensile di Israel», Vol. 79, No. 1/3, gennaio-dicembre 2013, pp. 93-105.

Della Peruta, F., *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi, in* «Studi Storici, Fondazione istituto Gramsci*»*, 21 (4), 1980, pp. 713-759.

Della Torre, R., *La Pia opera di Misericordia di Verona*, in «L'Educatore Israelita», anno 5, novembre 1857, pp. 337-340.

Deodato, L., *La buona sanità e il malgoverno,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 128, fascicolo 9, 28 febbraio 1992, pp. 1 e 12.

Deodato, L., «*Siamo su un fronte irrinunciabile*»*,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 128, fascicolo 34, 4 settembre 1992, p. 9.

Di Segni, G., D., *Cellule staminali: cosa dice la Halakhà?*, in «Ha Keillah», anno XXXIV, n. 168, maggio 2009, p. 15.

Di Segni, R., *Ebraismo ed eutanasia*, in «Ha Keillah», anno XXIV, n. 112, ottobre 1998, p. 6.

Di Segni, R., *Halakhà, legge 194 e moratoria*, in «Ha Keillah», anno XXXIII, n. 164, aprile 2008, p. 7.

Dichiarazioni del Console italiano, in «Israel», anno 21, n. 36, 2 luglio 1936, p. 2.

Discorso di S. S. Pio XII ai medici sul parto senza dolore (8 gennaio 1956), «La Civiltà Cattolica», anno 107, v. I, 21 gennaio 1956, pp. 224-232.

Discorso di S. S. Pio XII ai partecipanti al IV congresso internazionale dei medici cattolici (29 settembre 1949), «La Civiltà Cattolica», anno 100, v. IV, 15 ottobre 1949, pp. 180-183.

Discorso rivolto da S.S. Paolo VI ai partecipanti al 52° Congresso nazionale della Società italiana di ostetricia e di ginecologia, in «Il diritto ecclesiastico», anno 77, parte I, 1966, pp. 390-393.

Discorso di S. S. Pio XII sull'apostolato delle ostetriche, «La Civiltà Cattolica», anno 102, v. IV, 17 novembre 1951, pp. 353-372.

Discussione nel Consiglio Municipale di Cuneo sul nuovo ricorso degli Israeliti intorno al loro cimitero, in «L'Educatore Israelita», anno 7, marzo 1859, pp. 92-95.

Discussione nel Consiglio Municipale di Cuneo sul nuovo ricorso degli Israeliti intorno al loro cimitero, in «L'Educatore Israelita», anno 7, giugno-luglio 1859, pp. 157-160.

Disegni, G., *Ebraismo e libertà religiosa in Italia. Dal diritto all'uguaglianza al diritto alla diversità*, Torino, Einaudi, 1983.

Donato, M., P., *Medicina e religione: percorsi di lettura*, in Donato, M., P., (a cura di) *Médecine et religion: compétitions, collaborations, conflits (XIIe - XXe siècles)*, Roma, Collection de l'École française de Rome, 2013, pp. 9-33.

Donato, M., P., *Voce: Medicina e la Chiesa Cattolica*, in Dizionario Storico Tematico La Chiesa in Italia, Volume I - Dalle Origini All'Unità Nazionale, Roma, Associazione Italiana dei Professori di Storia della Chiesa, 2015.

Donati, P.*, La inchiesta sulle Istituzioni pubbliche di beneficenza in Italia ed il disegno di riforma alla legge 3 Agosto 1862*, in «Giornale degli Economisti», 4 (2), 1889, pp. 280-291.

Donazione di organi. Comunicato dell'Assemblea dei Rabbini d'Italia, in «Ha Keillah», anno XXV, n. 126, giugno 2000, pp. 12-13.

Donne FGEI sull'aborto, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 114, fascicolo 16, 21 aprile 1978, p. 2.

Ebraismo e aborto, in «Ha Keillah», anno II, n. 5, giugno 1977, p. 5.

Elenco dei deportati ricoverati, in https://www.scuolagrandesanmarco.it/ospedale-degli-ebrei/elenco-dei-deportati-ricoverati.html

Eutanasia e diritto di morire con dignità, in «La Civiltà Cattolica», anno 134, v. IV, 19 novembre 1983, pp. 313-329.

Falco, M., *Le minoranze religiose e il progetto del nuovo codice penale*, in «La rassegna mensile di Israel», vol. V, 4, 1930, pp. 215-231.

Falco, M., *Sulla condizione giuridica delle minoranze religiose in Italia*, in «Israel» anno 20, n. 1, 13 settembre 1934, pp. 6-7.

Ferrari, A., *La libertà religiosa in Italia*, Roma, Carocci, 2013.

Filippi, F., *Mussolini ha fatto anche cose buone. Le idiozie che continuano a circolare sul fascismo*, Torino, Bollati Boringhieri, 2019.

Filoramo, G., Parrinello, R., *Guarire dal contagio. Riti e parole delle grandi religioni*, Brescia, Scholé – Editrice Morcellania, 2020.

Finocchiaro, M., *Convenzioni tra enti religiosi ed enti ospedalieri per le attività prestate da personale religioso in ospedali pubblici. Parte prima,* in «Il diritto ecclesiastico», anno 77, parte I, 1966, pp. 86-97.

Fiorioli Della Lena, F., *Un bell'esempio di libertà religiosa*, in «L'Écho des vallées», anno 54, ottobre 1918, fascicolo 41, p. 3.

Florio, M., T., *La buona morte,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 116, fascicolo 12, 21 marzo 1980, p. 4.

Florio, P., *Libertà dell'uomo, libertà della scienza,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 123, fascicolo 12, 27 marzo 1987, p. 7.

Fondation de l'Hôpital Vaudois, in «L'Écho des vallées», anno 4, fascicolo 20, 21 maggio 1869, pp. 162-165.

Fondation de l'Hôpital Vaudois, in «L'Écho des vallées», anno 4, fascicolo 52, 31 dicembre 1869, pp. 420-422.

Fondazione di un ospedale evangelico a Genova, in «La Buona Novella», anno 5, fascicolo 19, maggio 1856, pp. 3-4.

Foucault, M., *Medicina e biopolitica. La salute pubblica e il controllo sociale*, Roma, Donzelli, 2021.

Franceschi, F., *La condizione degli enti ecclesiastici in Italia nelle vicende politico-giuridiche del XIX secolo*, Napoli, Jovene editore, 2007.

Francesco, *Messaggio ai partecipanti al Meeting regionale europeo della "World Medical Association" sulle questioni del "fine-vita",* 16-17 novembre 2017, in https://press.vatican.va/content/salastampa/it/bollettino/pubblico/2017/11/16/0794/01721.html

Friedberg, E., Ruffini, F., *Trattato del diritto ecclesiastico cattolico ed evangelico*, Torino, Fratelli Boccia Editori, 1893.

Fubini, G., *Ebraismo italiano e problemi di libertà religiosa*, in AA.VV., Teoria e prassi delle libertà di religione, Bologna, il Mulino, 1975, pp. 673-750.

Fubini, G., *I.P.A.B. e libertà religiosa*, in «Ha Keillah», anno IV, n. 2, dicembre 1978, p. 1.

Fubini, G., *La condizione giuridica dell'ebraismo italiano*, in «La Rassegna Mensile di Israel», 37(1), gennaio 1971, pp. 19-32

Furino, P., *Il nuovo ordinamento ospedaliero, secondo la «riforma Mariotti»*, Torino, La Cartostampa, 1968.

G., C., *Istituti Ospitalieri Valdesi*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 89, fascicolo 39, 2 ottobre 1959, p. 4.

G, E., *Contro il sabotaggio,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 114, fascicolo 25, 23 giugno 1978, p. 3.

G. G., *I nostri morti, Lazzarini Giuseppina*, in «La Luce propugna gli interessi sociali, morali e religiosi in Italia», anno 2, fascicolo 51, dicembre 1909, p. 4.

Gardiol, G., *Autonomia e servizio pubblico*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 120, fascicolo 39, 12 ottobre 1984, p. 9.

Gardiol, G., *Enti ecclesiastici. Ci sono tre possibilità,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 3, fascicolo 31, 25 agosto 1995, p. 5.

Gay., C., *All'Ospedale evangelico valdese di Torino, riforma sanitaria in atto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 107, fascicolo 24, 12 giugno 1970, p. 7.

Gay, M., *Aborto, una violenza da rendere inutile,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 114, fascicolo 23, 9 giugno 1978, p. 1.

Genre, E., *Bioetica: si può discutere senza dogmatismi?,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 4, fascicolo 33, 30 agosto 1996, p. 6.

Geymonat, S., *Continua la carenza di infermieri all'Ospedale valdese di Torre Pellice. Superlavoro e stress,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 8, fascicolo 38, 6 ottobre 2000, p. 13.

Giacchi, O., *La legislazione italiana sui culti ammessi*, Milano, Vita e Pensiero, 1934.

Giampiccoli, F., *Aborto e compito profetico*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 115, fascicolo 2, 12 gennaio 1979, pp. 1 e 8.

Giampiccoli, F., *L'Ospedale Valdese di Torino di fronte la legge sull'aborto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 114, fascicolo 26, 30 giugno 1978, p. 8.

Giampiccoli, F., *Una "leggina" su misura,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 111, fascicolo 15, 12 aprile 1974, p. 7.

Gianni, A., *Fecondazione artificiale, Chiesa, Diritto*, in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 2, 1988, pp. 107-127.

Gillio, G., M., *Ospedali: serve un protocollo per l'assistenza spirituale?,* in «Riforma.it il quotidiano on-line delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia», 1 luglio 2016.

Giorgi, A., Giorda, M., C., Palmisano, S., *The Puzzle of Italian Religious Freedoms: Local Experiments and Complex Interactions*, in «Religions», 13(7), 626, 2022.

Giovetti, G., *Commento a margine delle più recenti intese regionali di disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero,* in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 2, 2003, pp. 385-403.

Girardet-sbaffi, M., *Quale coscienza?*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 115, fascicolo 2, 12 gennaio 1979, p. 5.

Giuliani, L., *C'è il C.E.O.*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 120, fascicolo 33, 31 agosto 1984, p. 2.

Giuliani, L., *Il sistema informativo clinico*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 126, fascicolo 2, 12 gennaio 1990, p. 9.

Giuliani, L., *Si rinnovano le sale operatorie*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 125, fascicolo 42, 27 ottobre 1989, p. 8.

Giunchedi, F., *Considerazioni morali sulla fecondazione artificiale*, in «La Civiltà Cattolica», anno 135, v. I, 1° febbraio 1984, pp. 223-241.

Gli amici del Rifugio, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 125, fascicolo 15, 14 aprile 1989, p. 6.

Gli esami e la libertà di coscienza, in «Il Vessillo Israelitico», anno 29, settembre 1881, p. 282.

Gli evangelici italiani e i problemi di bioetica, in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 5, fascicolo 28, 18 luglio 1997, p. 1

Gli Istituti assistenziali e il servizio diaconale nelle Valli Valdesi, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 109, fascicolo 27-28, 14 luglio 1972, p. 1.

Gnone, M., *Gli ospedali valdesi all'interno del sistema pubblico,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 9, fascicolo 33, 19 gennaio 2001, p. 8.

Gonnet, G., *Un'obiezione "riciclata"*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 115, fascicolo 2, 12 gennaio 1979, p. 5.

Grave carenza di infermieri, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 127, fascicolo 28, 12 luglio 1991, p. 6.

Guasco, M., Guerriero, E., Traniello, F., (a cura di), *Storia della Chiesa. XXV/1 La Chiesa del Vaticano II (1958-1978)*, Cinisello Balsamo, Edizioni San Paolo, 1994.

Guillaume, P., *Médecins, Église et foi: XIXe-XXe siècles,* Paris, Editions Aubier, 1990.

Guillemain, H., *Les débuts de la médecine catholique en France. La Société médicale Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien (1884-1914)*, in «Revue d'histoire du XIXe siècle», 1-2, 26-27, 2003, pp. 227-258.

Guiron, R., *Ospizio Israelitico di Torino*, in «L'Educatore Israelita», anno 11, maggio 1863, pp. 151-153.

H. B., *Nos Hopitaux*, in «Le Témoin. Echo des vallées vaudoises», anno 11, ottobre 1885, fascicolo 41, pp. 321-322.

H. B., *Alexandre I et l'Hôpital Vaudois*, in «Le Témoin. Echo des vallées vaudoises», anno 19, fascicolo 5, febbraio 1888, pp. 33-34.

Hirsch, E., *Bioetica e halakhà*, in «Ha Keillah», anno XXXVIII, n. 191, dicembre 2013, pp. 1 e 3.

Hygiéne: de la Santé, in «L'Écho des vallées», anno 1, fascicolo 6, dicembre 1848, pp. 99-100.

Hygiéne populaire. Erreurs et prejuges en cas de maladie, in «L'Écho des vallées», anno 4, fascicolo 6, febbraio 1869, pp. 42-44.

I cattolici e l'aborto nell'attuale situazione italiana, in «La Civiltà Cattolica», anno 127, v. IV, 16 ottobre 1976, pp. 105-114.

I cimiteri israelitici, in «L'Educatore Israelita», anno 6, luglio 1858, p. 216.

I dispiaceri di una femminista, in «Israel», anno 16, n. 44, 2 agosto 1931, pp. 5-6.

I medici cattolici. Nel giubileo dell'Immacolata Concezione, in «La Civiltà Cattolica», anno 55, v. II, 1904, pp. 449-456

I Mormoniti, ossia la libertà religiosa in Piemonte, in «La Civiltà Cattolica», s.1, anno 3, v. IX, 1852, pp. 593-602.

I nostri istituti assistenziali e il loro futuro, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 97, fascicolo 38, 29 settembre 1967, p. 4.

I nostri istituti una responsabilità per tutti. L'assistenza, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 91, fascicolo 35, 8 settembre 1961, p. 2.

I problemi etici posti dalla scienza, in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 8, fascicolo 7, 18 febbraio 2000, p. 6.

I problemi etici posti dalla scienza, in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 8, fascicolo 34, 8 settembre 2000, p. 14.

Iannaccone, B., *Spazi multifede e sale del silenzio a Torino*, Tesi di Laurea in Antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di Culture, Politica e Società dell'Università degli Studi di Torino, 2020.

Il cammino della solidarietà, in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 1, fascicolo 11, 19 marzo 1993, p. 9.

Il censimento degli ebrei d'Italia, in «Israel», anno 23, n. 44, 26 agosto 1938, p. 10.

Il cimitero cristiano, dell'uso di seppellire i fedeli defunti in ordine alla liturgia, in «La Civiltà Cattolica», s. 9, anno 27, v. XI, 1876, pp. 305-317.

Il cimitero cristiano. Origine dei cimiteri e valore dell'uso di seppellirvi i fedeli defunti in ordine della disciplina, in «La Civiltà Cattolica», s.9, anno 27, v. XI, 1876, pp. 34-46.

Il cimitero israelitico e il Municipio di Cuneo, in «L'Educatore Israelita», anno 7, ottobre 1859, pp. 267-276.

Il manifesto degli scienziati razzisti, in «La difesa della razza», anno I, numero 1, 5 agosto 1938, p. 2.

Il matrimonio. Contratto civile, in «La Civiltà Cattolica», s.1, anno 3, v. IX, 1852, pp. 393-406.

Il matrimonio in un Governo cattolico, in «La Civiltà Cattolica», s.1, anno 3, v. X, 1852, pp. 237-252.

Il matrimonio. Sacramento, in «La Civiltà Cattolica», s.1, anno 3, v. X, 1852, pp. 153-166.

Il nuovo ambulatorio evangelico a Firenze, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 92, fascicolo 50, 21 dicembre 1962, p. 6.

Il ruolo degli ospedali valdesi alle Valli dopo la legge di riforma sanitaria, in «L'Eco delle Valli Valdesi», anno 128, fascicolo 38, 8 ottobre 1993, p. 1.

Il valore sociale dell'enciclica Casti connubii, in «La Civiltà Cattolica», anno 82, V. I, 7 febbraio 1931, pp. 225-233.

In Francia e negli Stati Uniti si discute il controllo delle nascite, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 91, fascicolo 11, 17 marzo 1961, p. 2.

Inaugurazione della nuova sede della Maternità di Cave, in «Israel», anno 16, n. 27, 31 marzo 1931, p. 4.

Incontro a Pinerolo. Opere valdesi, enti locali e sanità, in «L'Eco delle Valli Valdesi», anno 128, fascicolo 38, 8 ottobre 1993, p. 3.

Intini, E., *Sindrome di K. La malattia fasulla che spaventò i nazisti*, in https://www.focus.it/cultura/storia/sindrome-di-k-la-malattia-falsa-che-spavento-i-nazisti

Intrusioni dell'influenza governativa nella beneficenza pubblica, in «La Civiltà Cattolica», s. 5, anno 14, v. VI, 1863, pp. 531 – 544.

Inviato ai parlamentari il testo sulla bioetica, in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 4, fascicolo 7, 16 febbraio 1996, p. 1.

Istituti Ospitalieri Valdesi, in «L'écho des vallées», anno 58, fascicolo 6, 10 febbraio 1922, p. 1.

J., C., *Le Sanatorium de montagne*, in «L'écho des vallées», anno 62, fascicolo 28, 9 luglio 1926, p. 1.

J., M., *La donna. Creatrice di civiltà nella sua casa*, in «Israel», anno 14, n. 39, 12 giugno 1929, pp. 7-8.

Jemolo, A., C., *Chiesa e Stato in Italia negli ultimi cento anni*, Torino, Einaudi, 1963.

Jourdan, M., *Il futuro degli Ospedali valdesi*, in «Il Quaderno degli Ospedali valdesi», anno 7, n. 1/2, gennaio-giugno 2004.

Kovacs, A., *Le decisioni CIOV al vaglio delle chiese*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 118, fascicolo 26, 25 giugno 1982, p. 4.

L., S., *Il Cignoro ristrutturato*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 125, fascicolo 15, 14 aprile 1989, p. 6.

L., V., *I diritti dei malati,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 116, fascicolo 19, 9 maggio 1980, p. 4.

L., V., *Ospedale "evangelico"*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 122, fascicolo16, 18 aprile 1986, p. 4.

L'Associazione delle donne ebree d'Italia si riunisce a Milano, in «Israel», anno 12, n. 31, 14 aprile 1927, p. 2.

L'Hôpital Vaudois de Turin, in «L'écho des vallées», anno 68, fascicolo 2, 8 gennaio 1932, p. 2.

L'inaugurazione del nuovo Ospedale israelitico di Livorno, in «Israel», anno 8, n. 7, 15 febbraio 1923, p. 6.

L'inquisizione a Firenze, in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 4, dicembre 1851, pp. 53-57.

L'inquisizione in Toscana, in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 32, giugno 1852, pp. 494-498.

L'inquisizione in Toscana, in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 18, marzo 1852, pp. 266-269.

L'insegnamento religioso nelle scuole elementari, in «L'Educatore Israelita», anno 22, ottobre 1874, p. 309.

L'O.S.E. e le sue colonie, in «Notiziario della Comunità Israelitica di Torino», n. 6, maggio 1962, pp. 2-3.

L'Ospedale di Pomaretto, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 112, fascicolo 3, 24 gennaio 1975, p. 6.

L'Ospedale evangelico di Napoli, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 98, fascicolo 41, 18 ottobre 1968, pp. 1 e 4.

L'Ospitale israelitico di Trieste, in «Israel», anno 14, n. 47, 13 agosto 1929, p. 6.

L'Ospedale valdese di Torre Pellice diventa "Casa della Salute", in «Riforma.it il quotidiano on-line delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia», 4 febbraio 2019.

L'Ospizio Cottolengo in Torino, in «La Civiltà Cattolica», s. 1, anno 3, v. X, 1852, pp. 129-140.

La Batteriologia e la recente pandemia, in «La Civiltà Cattolica», anno 70, v. II, 1919, pp. 140-150.

La CIOV, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 117, fascicolo 23, 5 giugno 1981, p. 8.

La legge 382 e le Opere pie Israelitiche, in «Ha Keillah», anno III, n. 1, ottobre 1977, p. 3.

La legge non è uguale per tutti, in «L'Educatore Israelita», anno 15, settembre 1867, pp. 271-272.

La legge Rattazzi, in «La Buona Novella», anno 3, fascicolo 58, dicembre 1854, pp. 823-826.

La nostra storia. Il futuro ha una lunga storia, in https://ospedaleisraelitico.it/storia/

La nuova crociata politica ha per strumento l'aborto, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 114, fascicolo 8, 25 febbraio 1977, p. 8.

La nuova legge sulle Opere pie, in «La Civiltà Cattolica», anno 75, v. I, 1° marzo 1924, pp. 394-402.

La nuova religione della razza, in «La Civiltà Cattolica», anno 85, V. III, 4 agosto 1934, p. 237-252.

La questione dei cimiteri, in «L'Educatore Israelita», anno 11, giugno 1863, pp. 183-184.

Lariccia, S., *L'attuazione dell'art. 8, 3° comma, della Costituzione: le Intese tra lo Stato italiano e le chiese rappresentate dalla Tavola valdese,* in «Il diritto ecclesiastico», anno 95, parte I, 1984, pp. 467-494.

Lariccia, S., *La libertà religiosa nella società italiana*, in AA.VV., *Teoria e prassi delle libertà di religione*, Bologna, il Mulino, 1975, pp. 313-490.

Lariccia, S., *La rilevanza giuridica dell'interesse religioso*, in D'Avack, P., A., (a cura di), *La legislazione ecclesiastica. Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione*, Milano, Neri Pozza Editore, 1967, pp. 293 – 325.

Lattes, G., *Matrimonio civile*, in «L'Educatore Israelita», anno 9, febbraio 1861, p. 58.

Laurent, P., *Il Comitato di bioetica dell'UNESCO,* in «La Civiltà Cattolica», anno 145, v. I, 19 febbraio 1994, pp. 376-381.

Le nostre Opere, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 7, fascicolo 48, 27 novembre 1942, p. 3.

Le Opere Pie Israelitiche e il mantenimento degli indigenti inabili al lavoro, in «Il Vessillo Israelitico», anno 55, aprile 1907, pp. 204-208.

Le Refuge "Roi Charles Albert", in «L'Écho des vallées vaudoises», anno 33, fascicolo 10, marzo 1898, pp. 73-75.

Lener, S., *Costituzione dei consultori familiari*, in «La Civiltà Cattolica», anno 127, v. I, 21 febbraio 1976, pp. 358-367.

Lener, S., *Il dovere-diritto degli obiettori di coscienza. Dopo il referendum sull'aborto*, in «La Civiltà Cattolica», anno 132, v. III, 5 settembre 1981, pp. 396-405.

Lener, S., *Il progetto di legge sull'aborto,* in «La Civiltà Cattolica», anno 127, v. I, 17 gennaio 1976, pp. 151-161.

Lener. S., *La legge sull'aborto e l'obiezione di coscienza*, in «La Civiltà Cattolica», anno 129, v. II, 1° luglio 1978, pp. 10-21.

Lener, S., *Scopo, lineamenti e limiti di una legge repressiva dell'inseminazione artificiale umana*, in «La Civiltà Cattolica»,anno 110, v. IV, 21 novembre 1959, pp. 337-350.

Lener, S., *Sui diritti dei malati e dei moribondi. È lecita l'eutanasia?*, in «La Civiltà Cattolica», anno 127, v. II, 1 maggio 1976, pp. 217-232.

Lener, S., Una nuova insidia contro la famiglia e il matrimonio. Inseminazione artificiale e rapporto di filiazione, in «La Civiltà Cattolica», anno 110, v. I, 17 gennaio 1959, pp. 124-140.

Lettere intorno agli Stati Uniti d'America, 2° lettera – Libertà de' culti, in «La Civiltà Cattolica», s. 1, anno 1, v. III, 1850, pp. 141-154.

Libertà dei culti (articolo quarto), in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 12, febbraio 1852, pp. 169 -174.

Libertà di coscienza e di culto (articolo primo), in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 1, novembre 1851, pp. 10-13.

Libertà di coscienza, in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 2, novembre 1851, pp. 27-28.

Libertà di coscienza e di culto (articolo secondo), in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 4, dicembre 1851, pp. 45-49.

Libertà di coscienza e di culto (articolo terzo), in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 8, gennaio 1852, pp. 108-113.

Libertà di coscienza e di culto (articolo quinto), in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 13, febbraio 1852, pp. 185-190.

Libertà di culto (articolo sesto), in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 16, marzo 1852, p. 233-236.

Libertà religiosa. La questione delle sepolture, in «La Buona Novella», anno 10, fascicolo 7, aprile 1861, pp. 111-112.

Libertà religiosa. Un altro atto di schifosa intolleranza, in «La Buona Novella», anno 10, fascicolo 2, gennaio 1861, pp. 17-18.

Libertà religiosa. Un documento da conservarsi, in «La Buona Novella», anno 10, fascicolo 1, gennaio 1861, pp. 7-9.

Linee di riflessione sull'aborto, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 112, fascicolo 11, 21 marzo 1975, p. 2.

Lo Giacco, L., M., *Il servizio di assistenza religiosa negli ospedali e negli istituti di ricovero e cura*, in Dammacco, G., (a cura di), *Diritto sanitario e fenomeno religioso,* Bari, Cacucci, 2005, pp.41-71.

Lo Statuto e il codice in riguardo la libertà religiosa, in «La Buona Novella», anno 2, fascicolo 4, novembre 1852, pp. 49-56.

Long, G., *Le confessioni religiose "diverse dalla cattolica". Ordinamenti interni e rapporti con lo Stato*, Bologna, Il Mulino, 1991.

Lopez, U., *Difesa della razza ed etica cristiana*, in «La Civiltà Cattolica», anno 85, V. I, 7 marzo 1934, p. 574-587.

Lopez, U., *Razzismo e cristianesimo di fronte ai malati ereditari*, in «La Civiltà Cattolica», anno 85, V. II, 5 maggio 1934, p. 237-252.

Macchiarelli, G., *La Libertà religiosa e il Codice Penale*, in «Il Diritto Ecclesiastico Italiano», 2, 15, 1921, pp. 55-77

Macrì, G., Parisi, M., Tozzi, V., *Diritto civile e religioni*, Roma-Bari, Laterza, 2013.

Madonna, M., *Breve storia della libertà religiosa in Italia. Aspetti giuridici e problemi pratici*, in Melloni, A., (a cura di), *Cristiani d'Italia, Chiese, società, Stato, (1861-2011),* Roma, Istituto dell'Enciclopedia italiana, 2011, pp. 2375-2415.

Madonna, M., *Profili storici del diritto di libertà religiosa nell'Italia post-unitaria*, Lecce, Libellula Edizioni, 2012.

Maffei, A., *Cresce l'ospedale evangelico Villa Betania,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 4, fascicolo 42, 1° novembre 1996, p. 9.

Maffei, A., *Per il pluralismo anche in campo etico,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 5, fascicolo 6, 14 febbraio 1997, p. 1.

Mainster, A., *Riflessi su alcuni bisogni dell'israelitismo d'Italia*, in «L'Educatore Israelita», anno 14, novembre 1866, pp. 321-325.

Maiocchi, R., *Scienza e fascismo*, Roma, Carrocci, 2004.

Maiocchi, R., *Scienza italiana e razzismo fascista*, Firenze, La Nuova Italia Editrice, 1999.

Marchesi, G., *Le istituzioni sanitarie cattoliche in Italia,* in «La Civiltà Cattolica», anno 152, v. I, 17 marzo 2001, pp. 604-613.

Marchesi, G., *Per una visione cristiana della ricerca biomedica,* in «La Civiltà Cattolica», anno 154, v. II, 17 maggio 2003, pp. 378-387.

Marchesi, G., *Sulla cura del malato e la dignità del morente*, in «La Civiltà Cattolica», anno 150, v. II, 3 aprile 1999, pp. 68-77.

Marcozzi, V., *La liberalizzazione della legge sull'aborto*, in «La Civiltà Cattolica», anno 122, v. II, 3 aprile 1971, pp. 18-30.

Marcozzi, V., *Morte clinica e morte vera*, in «La Civiltà Cattolica», anno 121, v. IV, 7 novembre 1970, pp. 240-249.

Marcozzi, V., *Trapianti d'organo*, in «La Civiltà Cattolica», anno 122, v. I, 20 febbraio1971, pp. 321-343.

Marcozzi, V., Trapianto di cuore e problemi morali, in «La Civiltà Cattolica», anno 119, v. I, 17 febbraio 1968, pp. 371-375

Margiotta Broglio, F., *I centocinquanta anni della Legge delle Guarentigie*, in «Diritto e religione», XV, 2, 2021, luglio-dicembre, pp. 432-439.

Margiotta Broglio, F., *Il fascismo e i tentativi di conciliazione*, in D'Avack, P., A., (a cura di), *La legislazione ecclesiastica. Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione*, Milano, Neri Pozza Editore, 1967, pp. 229-272.

Margiotta Broglio, F., *Italia e Santa Sede dalla Grande Guerra alla Conciliazione. Aspetti politici e giuridici*, Bari, Editori Laterza, 1966.

Marottoli, M., *Per una democrazia aperta e pluralista,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 6, fascicolo 35, 11 settembre 1998, p. 8.

Maternini, M. F., *La contraddittoria legislazione fascista in tema di ebraismo*, in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 1, 2009, pp. 159-164.

Mathieu, G., *Profilo storico-giuridico degli Istituti Ospitalieri Valdesi*, Tesi di Laurea in Storia del diritto italiano, Facoltà di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Torino, 1973.

Mathieu, G., *Sono più le donne italiane morte di aborto che i soldati caduti nella Seconda guerra mondiale,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 112, fascicolo 7, 21 febbraio 1975, p. 4.

Mathieu, N., *Val Pellice: rinnoviamo l'ospedale*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 121, fascicolo 6, 8 febbraio 1985, pp. 7 e 12.

Medici ebrei presso i duchi di Savoia, in «L'Educatore Israelita», anno 5, dicembre1857, pp. 368-369.

Meille, W., *Le Refuge "Roi Charles Albert"*, in «L'Écho des vallées vaudoises», anno 36, fascicolo 40, ottobre 1901, p. 316.

Meille, J., H., *Le "Dispensario medico" de Florence*, in «L'Écho des vallées vaudoises», anno 36, fascicolo 15, aprile 1901, pp. 115-117.

Messineo, A., *Gli elementi costitutivi della nazione e della razza*, in «La Civiltà Cattolica», anno 89, V. III, 20 agosto 1938, p. 209-223.

Messineo, A., *La Costituzione della Repubblica*, «La Civiltà Cattolica», anno 99, v. II, 17 aprile 1948, pp. 128-140.

Milani, D., *«Uno di noi»: l'iniziativa cittadina europea per il diritto alla vita, all'integrità e alla dignità dell'embrione*, in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 2, 2012, pp. 393-406.

Mirabella, T., *Aspetti etici e giuridici della fecondazione artificiale*, in «Il diritto ecclesiastico», anno 61, fascicolo I, gennaio-marzo 1950, pp. 48-51.

Mortara, G., *Il giuramento di Ippocrate nella tradizione ebraica*, in «Nuova Rivista di Storia della Medicina», 4(53), 1, 2023, pp. 1-13.

Mourglia, G., *Associazione Amici*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 121, fascicolo 6, 8 febbraio 1985, p. 7.

Muston, A., *Dal Presidente*, in «La Luce propugna gli interessi sociali, morali e religiosi in Italia», anno 2, fascicolo 3, gennaio 1909, p. 3.

N., T., *Echos de la semaine. Le premier rapport du refuge Roi Charles Albert, 1896-1898*, in «L'Écho des vallées vaudoises», anno 34, fascicolo 14, aprile 1899, p. 106.

Naimer., D., *L'Ospedale israelitico e la degenza prolungata*, in «Ha Keillah», anno XX, n. 90, febbraio 1994, p.11.

Napoli. Schiarita per l'Ospedale, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 128, fascicolo 11, 13 marzo 1992, p. 5.

Nasalli Rocca, E., *Il diritto ospedaliero nei suoi lineamenti storici,* Milano, Fondazione Sergio Mochi Onory per la Storia del Diritto Italiano, 1956.

Né eutanasia né accanimento terapeutico, in «La Civiltà Cattolica», anno 138, v. I, 1987, pp. 313-326.

Nella penisola e nelle isole. Notizie delle nostre chiese. Brescia, in «La Luce propugna gli interessi sociali, morali e religiosi in Italia», anno 1, fascicolo 38, settembre 1908, p. 7.

Nisbet, R., *Parliamo un poco delle nostre famiglie*, in «L'eco delle valli valdesi settimanale della chiesa valdese», anno 73, fascicolo 49, 4 dicembre 1942, pp. 1-2.

Norsa, A., *Pie istituzioni israelitiche in Mantova*, in «L'Educatore Israelita», anno 2, marzo 1854, pp. 77-79.

Notizie. Italia, in «L'Educatore Israelita», anno 7, giugno-luglio 1859, pp. 174-175.

Notizie. Livorno, in «Israel», anno 7, n.13, 30 marzo 1922, p. 4.

Notizie. Santa sede, in «La Civiltà Cattolica», anno 85, v. IV, 20 ottobre 1934, p. 201.

Notizie diverse. Circolo di Trieste, in «L'Educatore Israelita», anno 3, marzo 1855, p. 95.

Notizie diverse. Fossano, in «L'Educatore Israelita», anno 4, marzo 1856, p. 93.

Notizie diverse. Piemonte, in «L'Educatore Israelita», anno 1, aprile 1853, pp. 122-123.

Notizie diverse. Stati Pontifici, in «L'Educatore Israelita», anno 5, marzo 1857, p. 94.

Notizie diverse. Venezia, in «L'Educatore Israelita», anno 4, maggio 1856, p. 157.

Notizie diverse. Vercelli, in «L'Educatore Israelita», anno 1, maggio 1853, p. 155.

Notizie diverse. Vercelli, in «L'Educatore Israelita», anno 2, novembre 1854, p. 347.

Notizie evangeliche, *Eutanasia si o no? Aperto il dibattito nelle chiese evangeliche, in* «Riforma.it il quotidiano on-line delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia», 27 luglio 2017.

Notizie evangeliche, *Il biotestamento è legge, in* «Riforma.it il quotidiano on-line delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia», 15 dicembre 2017.

Notizie religiose. Stati romani, in «La Buona Novella», anno 3, fascicolo 48, settembre 1854, p. 727.

Notizie religiose: Toscana, in «La Buona Novella», anno 2, fascicolo 4, novembre 1852, p. 65.

Notizie religiose: Toscana, in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 11, gennaio 1852, pp. 161-162.

Notizie religiose: Toscana. Persecuzione religiosa, in «La Buona Novella», anno 1, fascicolo 1, novembre 1851, p. 16.

Ochetta, F., *Il suicidio assistito. Un nodo politico da sciogliere*, in «La Civiltà Cattolica», anno 170, v. IV, 2/16 novembre 2019, pp. 243-252.

Oliosi, F., *Giustizia divina, diritti umani. Il conflitto tra diritti umani e diritti religiosi nell'Europa multiculturale*, Collana della facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Trento, Trento, 2020.

OMS, *palliative care*, in https://www.who.int/health-topics/palliative-care

Opere Pie Israelitiche, in «Il Vessillo Israelitico», anno 35, febbraio 1887, p. 62-63.

Opere pie Israelitiche-Concentramento, in «Il Vessillo Israelitico», anno 58, aprile 1910, pp. 155-156.

Opinioni protestanti sul controllo delle nascite, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 96, fascicolo 10, 11 marzo 1966, p. 1.

Osimo, L., R., *Istituti d'Educazione e di Beneficenza degli Israeliti di Padova*, in «L'Educatore Israelita», anno 4, febbraio 1856, pp. 58-60.

Ospedale valdese: buone notizie, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 115, fascicolo 4, 26 gennaio 1979, p. 4.

Ospedale valdese di Torre Pellice, aggiorniamo la situazione, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 113, fascicolo 23, 4 giugno 1976, p. 6.

Ospedali alle Valli: a che punto siamo?, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 116, fascicolo 15, 11 aprile 1980, p. 8.

Ospedali evangelici: sì al biotestamento, in «Riforma.it il quotidiano on-line delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia», 15 gennaio 2018.

Ospedali valdesi e progetto regionale, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 116, fascicolo 21, 23 maggio 1980, p. 7.

Ospizio Israelitico di Torino. Bilancio consuntivo dell'anno 1868, in «L'Educatore Israelita», anno 17, ottobre 1869, pp. 295-298.

Osservazioni sul progetto di legge presentato alla Camera dei deputati dal Ministro degli interni per la costituzione delle Università Israelitiche, in «L'Educatore Israelita», anno 2, febbraio 1854, pp. 33-43.

Ottaviani, A., *Tracce del dibattito politico sull'evoluzione legislativa degli enti assistenziali*, in Spinelli, L., (a cura di), *Enti di assistenza ed enti ecclesiastici (1890 – 1977). Una ricerca di legislazione, dottrina, prassi amministrativa e giurisprudenza*, Modena, Mucchi, 1983, pp. 17-43.

Ottolenghi, M., *Problemi e discussioni. La Kevuzzah. Realtà antieconomica ma realtà*, in «Israel», anno 14, n. 39, 12 giugno 1929, p. 6.

Paggi, A., *Istruzione. Scuole israelitiche*, in «L'Educatore Israelita», anno 1, luglio 1853, pp. 107-115.

Panti, A., *Ottanta anni fa le leggi razziali. Una vergogna anche per i medici. Ecco cosa accadde a Firenze,* in https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=58266

Pascal, L., *Aborto: la gerarchia all'attacco, in* «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 114, fascicolo 23, 10 giugno 1977, p. 8.

Pascal, L., *La legge sull'aborto bloccata in Senato. Politica batte coscienza,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 114, fascicolo 25, 24 giugno 1977, pp. 1-2.

Paschetto, E., *Borse di studio per infermieri professionali,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 127, fascicolo 22, 31 maggio 1991, p. 10.

Pasta, S., *La storia della Confederazione*, in https://cfc-italia.it/chi-siamo/

Pattuzzi, A., *Il piacere e la colpa: Cattolici e sesso in Italia 1930-1980*, Milano, Mimesis Edizioni, 2020.

Pazzelli, F., *La genesi dei colloqui. Una prospettiva su Enrico Castelli*, Pisa-Roma, Fabrizio Serra Editore, 2018.

Pellenco Malan, L., *Diritto all'aborto per non abortire più*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 116, fascicolo 43, 31 ottobre 1980, p. 4.

Per la dignità dell'uomo anche nella malattia e nella morte, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 116, fascicolo 19, 9 maggio 1980, p. 2.

Per la lega contro il matrimonio misto, in «Israel» anno 12, n. 31, 14 aprile 1927, p. 3.

Perico, G., *I vecchi "manicomi" e la Riforma sanitaria,* in «La Civiltà Cattolica», anno 130, v. II, 16 giugno 1979, pp. 531-549.

Perico, G., *Il volontariato ospedaliero in Italia a 20 anni dal suo inizio*, in «La Civiltà Cattolica», anno 147, v. IV, 2 novembre 1996, pp. 238-249.

Perico, G., *La nuova legge sull'accertamento della morte,* in «La Civiltà Cattolica», anno 145, v. II, 21 maggio 1994, pp. 333-345.

Perico, G., *Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza. Una recente sentenza della Corte Costituzionale,* in «La Civiltà Cattolica», anno 133, v. I, 6 febbraio 1982, pp. 282-292.

Pericoli per le Opere pie, in «La Civiltà Cattolica», anno 74, v. IV, 3 novembre 1923, pp. 370-372.

Peyronel, G., *I valdesi, le autonomie locali e il fascismo*, in Fontana, S., (a cura di), *Il fascismo e le autonomie locali*, Bologna, Il Mulino, 1973, pp. 395-400.

Peyrot, G., *Gli evangelici nei loro rapporti con lo Stato dal fascismo ad oggi*, Torre Pellice, Società di studi valdesi,1977.

Peyrot, G., *L'assistenza socio-sanitaria*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 116, fascicolo 36, 12 settembre 1980, pp. 2 e 10.

Peyrot, G., *La legislazione sulle confessioni religiose diverse dalla cattolica*, in D'Avack, P., A., (a cura di), *La legislazione ecclesiastica. Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione*, Milano, Neri Pozza Editore, 1967, pp. 519 – 549.

Peyrot, G., *Le "opere pie" delle chiese valdesi*, «Città & Regione», 11-12, 1978, pp. 134-143.

Peyrot, *Attenzione ai battesimi clandestini negli ospedali*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 91, fascicolo 25, 23 giugno 1961, p. 2.

Personale per Ospedale Israelitico di Roma, in «Notiziario della Comunità Israelitica di Torino», n. 49, gennaio 1970, p. 2.

Pertici, R., *Chiesa e Stato in Italia. Dalla Grande Guerra al nuovo concordato (1914-1984)*, Bologna, Il Mulino, 2009.

Piola, A., *I Patti Lateranensi*, in D'Avack, P., A., (a cura di), La legislazione ecclesiastica. Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione, Milano, Neri Pozza Editore, 1967, pp. 273-292.

Platone, G., *Gli ospedali valdesi e la programmazione regionale*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 116, fascicolo 12, 21 marzo 1980, p. 4.

Platone, G., *Opere evangeliche e società civile*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 115, fascicolo 41, 12 ottobre 1979, pp. 1-2.

Platone, G., *Pubblico o privato?*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 118, fascicolo 47, 19 novembre 1982, p. 9.

Pons, C., *A che punto sono le nostre opere assistenziali?,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 98, fascicolo 29-30, 26 luglio 1968, p. 5.

Pons, C., *Cercansi infermiere*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 89, fascicolo 17, 24 aprile 1959, p. 3.

Pons, I., *Centocinquant'anni sulle alture di Genova: Storia dell'Ospedale Evangelico Internazionale (1857-2007)*, Genova, Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale Evangelico Internazionale, 2007.

Prelato, B., *L'Ospedale di Pomaretto di rinnova*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 124, fascicolo 41, 28 ottobre 1988, p. 3.

Pro sanatorio popolare, in «L'écho des vallées», anno 61, fascicolo 43, 30 ottobre 1925, pp. 1-2.

Proposta d'intesa con le confessioni religiose del Piemonte, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 114, fascicolo 31-32, 5 agosto 1977, p. 6.

Protasi, M., R., Militi, M., Grenga, G., Pavoncello Piperno, C., Haia, Antonucci, S., *Beth Cholim. L'ospedale Israelitico di Roma dalle origini al termine del secondo conflitto mondiale,* in https://www.shalom.it/blog/storia-bc219/beth-cholim-la-ospedale-israelitico-di-roma-dalle-origini-al-termine-del-secondo-conflitto-mondiale-b1111481

Quando la vita non è più degna di essere vissuta?, in «La Civiltà Cattolica», anno 159, v. IV, 20 dicembre 2008, pp. 531-538.

R., P., *C'era una volta un ghetto… L'attività della Deputazione di Assistenza di Roma*, in «Ha Tikwa'», novembre 1959, p. 7.

Rabello, A., M., *Eutanasia*, in «Ha Keillah», anno XXV, n. 126, giugno 2000, p. 13.

Radiomessaggio di S. S. Pio XII ai partecipanti al VII° Congresso internazionale dei medici cattolici «La Civiltà Cattolica», anno 107, v. IV, 6 ottobre 1956, pp. 81-232.

Ramella, F., *La Comunità, le Opere e lo Stato,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 114, fascicolo 5, 3 febbraio 1978, pp. 4-5.

Rapetti, M., *La riforma delle Opere pie nel regno di Sardegna e suoi riflessi nella produzione documentaria degli ospedali,* in «Studi e Ricerche», 11, Università di Cagliari, 2018, pp. 43 – 63.

Ratzinger, J., *La bioetica nella prospettiva cristiana*, in «La Civiltà Cattolica», anno 142, v. III, 7 settembre 1991, pp. 465-474.

Refuge Roi Charles-Albert, in «L'écho des vallées», anno 61, fascicolo 6, 6 febbraio 1925, p. 2.

Revel, P., Rostan, P., *Più spazi per fare salute,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 128, fascicolo 26, 26 giugno 1992, p. 9.

Riaperto l'Ospedale valdese di Pomaretto, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 98, fascicolo 33-34, 30 agosto 1968, p. 3.

Ribet, A., *Due pesi e due misure*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 115, fascicolo 2, 12 gennaio 1979, p. 5.

Ribet, P., *Gli istituti ricevono al Sinodo le attenzioni che meritano*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 117, fascicolo 34-36, 4 settembre 1981, p. 5.

Ribet, P., *Rinnovata la convenzione con la Regione Piemonte,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 127, fascicolo 46, 29 novembre 1991, p. 3.

Ricca, P., *È sempre un reato ma ci sono attenuanti,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 112, fascicolo 7, 21 febbraio 1975, p. 4.

Ricca, P., *L'aborto: anche i credenti devono prendere posizione,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 112, fascicolo 7, 21 febbraio 1975, pp. 1 e 4.

Riviste della Stampa. Religione e Medicina, in «La Civiltà Cattolica», anno 62, v. I, 1911, pp. 344-347.

Rivoira, S., *Ospedale Evangelico Valdese di Torino*, in https://www.studivaldesi.org/dizionario/evan_det.php?evan_id=75&str=sanit% .

Rivoira, S., *Rifugio Re Carlo Alberto*, in https://www.studivaldesi.org/dizionario/evan_det.php?evan_id=78&str=sanit% .

Rochat, D., *La "pillola" tra scienza e morale,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 98, fascicolo 31-32, 9 agosto 1968, p. 4.

Roela, G., *Maternità e aborto,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 125, fascicolo 15, 14 aprile 1989, p. 4.

Rispetto per ogni religiosa credenza, in «L'Educatore Israelita», anno 5, febbraio 1857, p. 61

Rosso, D., *In difesa degli ospedali valdesi,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 10, fascicolo 43, 8 novembre 2002, p. 12.

Rosso, D., *Ospedali: tre ipotesi,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 10, fascicolo 26, 28 giugno 2002, p. 16.

Rosso, D., *Un dialogo continuo con le nostre chiese,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 9, fascicolo 33, 19 gennaio 2001, p. 9.

Rostagno, S., *Embrioni per la ricerca,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 9, fascicolo 1, 5 gennaio 2000, p. 1.

Rostagno, N., *Gli «amici» dell'Ospedale valdese di Torino,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 7, fascicolo23, 7 giugno 1999, p. 7.

Rostan, F., *Dalle antiche provincie*, in «La Luce propugna gli interessi sociali, morali e religiosi in Italia», anno 3, gennaio 1910, fascicolo 1, p. 5.

Rostan, P., *Gli ospedali funzionano bene*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 124, fascicolo 33, 2 settembre 1988, p. 14.

Rostan, P., *Nuove borse di studio per infermieri,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 8, fascicolo 33, 1° settembre 2000, p. 7.

Rostan, P., *Un pesante interrogativo*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 124, fascicolo 33, 2 settembre 1988, p. 14.

Ruffini, F., *La libertà religiosa. Una idea. Vol.1*, Torino, Fratelli Bocca Editori, 1901

Ruffini, F., *La libertà religiosa come diritto pubblico subbiettivo*, Torino, Fratelli Bocca Editori, 1924.

Salustri, M., R., De Rossi, F., *Aspetti di Storia della medicina ebraica: la figura del medico-rabbino*, in «La Rassegna mensile di Israel», 73(3), 2007, pp. 175-180.

Salvare i principi ma non le persone?, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 114, fascicolo 11, 17 marzo 1978, pp. 3 e 8.

Sarfatti, M., *Gli ebrei nell'Italia fascista. Vicende, identità, persecuzione*, Torino, Einaudi, 2007.

Sarfatti, M., *Le leggi antiebraiche spiegate agli italiani di oggi*, Torino, Einaudi, 2001, p. 4.
Sbaffi, P., *CIOV: il difficile lavoro dell'assistenza*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 116, fascicolo 36, 12 settembre 1980, p. 7.

Scavo Lombardo, E., *Questioni controverse in dottrina circa la 'natura ecclesiastica' degli enti*, in Spinelli, L., (a cura di), *Enti di assistenza ed enti ecclesiastici (1890 – 1977). Una ricerca di legislazione, dottrina, prassi amministrativa e giurisprudenza*, Modena, Mucchi, 1983, pp. 75-107.

Scoppola, P., *Il fascismo e le minoranze evangeliche*, in Fontana, S., (a cura di), *Il fascismo e le autonomie locali*, Bologna, Il Mulino, 1973, pp. 331-394.

Scoppola, P., *La Chiesa e il Fascismo. Documenti e interpretazioni*, Bari, Laterza editore, 1971.

Scuderi, G., *Inaugurata a Vittoria, la "Casa di riposo per Evangelici"*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 92, fascicolo 45, 16 novembre 1962, p. 2.

Se la pubblica igiene richiegga l'abolizione del cimitero per la cremazione, in «La Civiltà Cattolica», s. 9, anno 27, v. X, 1876, pp. 287 – 304.

Se la pubblica igiene richiegga l'abolizione del cimitero per la cremazione, in «La Civiltà Cattolica», s. 9, anno 27, v. X, 1876, pp. 552 – 567.

Seduta del Municipio di Cuneo. Pratica del cimitero degli Israeliti, in «L'Educatore Israelita», anno 8, gennaio1860, pp. 19-20.

Segre, D., V., *L'emancipazione degli ebrei in Italia*, in M. Toscano (a cura di), *Integrazione e identità. L'esperienza ebraica in Germania e Italia dell'Illuminismo al fascismo*, Milano, Franco Angeli, 1998, pp. 86 - 106.

Segre, A., (a cura di), *Ebraismo e fecondazione assistita*, in «Ha Keillah», anno XXV, n. 125, aprile-maggio 2000, p. 9.

Serra, A., *Aborto eugenetico: diritto-dovere o delitto?*, in «La Civiltà Cattolica», anno 124, v. IV, 20 ottobre 1973, pp. 110-124.

Serra, A., *L'embrione umano: prezioso strumento tecnologico: Dalle «cellule staminali embrionali» alla «clonazione terapeutica»,* in «La Civiltà Cattolica», anno 152, v. IV, 15 dicembre 2001, pp. 552-565.

Serra, A., *La sperimentazione sull'embrione umano. Un dibattitto tra scienza ed etica*, in «La Civiltà Cattolica», anno 149, v. II, 15 maggio 1998, pp. 435-449.

Servi, F., *La libertà di coscienza e gl'israeliti alle pubbliche scuole*, in «L'Educatore Israelita», anno15, giugno 1867, p. 177.

Signorella, R., *Normativa regionale in materia di comitati etici*, in https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Normativa/Normativa-regionale-in-materia-di-Comitati-etici

Simone, M., *I* «*referendum*» *sulla procreazione* «*in vitro*», in «La Civiltà Cattolica», anno 156, v. I, 19 marzo 2005, pp. 602-609.

Simone, M., *Il progetto di legge sulla fecondazione artificiale*, in «La Civiltà Cattolica», anno 149, v. III, 19 settembre 1998, pp. 523-532.

Simone, M., *Il caso della maternità surrogata,* in «La Civiltà Cattolica», anno 151, v. I, 18 marzo 2000, pp. 604-611.

Simone, M., *L'urgenza di una legge sulla procreazione assistita,* in «La Civiltà Cattolica», anno 153, v. I, 16 febbraio 2002, pp. 388-396.

Simone, M., *La legge sulla fecondazione* «*in vitro*», in «La Civiltà Cattolica», anno 155, v. I, 17 gennaio 2004, pp. 179-183.

Simone, M., *La pillola del giorno dopo,* in «La Civiltà Cattolica», anno 151, v. IV, 18 novembre 2000, pp. 386-392.

Smar, *Il travaglio dell'età giovanile*, in «L'eco delle valli valdesi settimanale della chiesa valdese», anno 77, fascicolo 39, 26 settembre 1941, p. 4.

Società scientifiche. A proposito dell'igiene e delle malattie negli ebrei, in «Il Vessillo Israelitico», anno 39, ottobre1891, p. 328-329.

Sonelli, A., *Il dibattito sulla CIOV. Medicina preventiva e disponibilità pastorale,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 111, fascicolo 27-28, 12 luglio 1974, p. 6.

Somekh, A., M., *Testamento biologico e halakhah*, in «Ha Keillah», anno XXXIV, n. 168, febbraio 2009, p. 18.

Speciale assemblea battista. Attenzione all'etica, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 124, fascicolo 38, 7 ottobre 1988, p. 2.

Stefanì, P., *L'attività ospedaliera degli enti ecclesiastici*, in Dammacco, G., (a cura di), *Diritto sanitario e fenomeno religioso,* Bari, Cacucci, 2005, pp. 103-118.

Stocchetti, V., *Umanizzare l'ospedale,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 116, fascicolo 9, 29 febbraio 1980, p. 4.

Sud evangelico per il no, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 117, fascicolo 19, 8 maggio 1981, p. 2.

Sull'aborto, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 117, fascicolo 20, 15 maggio 1981, p. 9.

Supino, R., *Associazione Medica Ebraica*, in «Ha Keillah», anno XXIX, n. 147, giugno 2004, p. 8.

Taccia, A., *Carità, Umiltà, Speranza. L'opera delle diaconesse valdesi*, Pinerolo, Alzani, 2001.

Taccia, A., *Gli ospedali valdesi di Torre Pellice e Pomaretto. Passato, presente e futuro, 1821-2002*, supplemento a «Il Quaderno degli Ospedali Valdesi», 4, 2002.

Taccia, A., *Il Rifugio Re Carlo Alberto*, in «La Beidana», 7, 1988, pp. 44-47.

Taccia, A., *Il via alla Commissione sinodale per la diaconia,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 128, fascicolo 34, 4 settembre 1992, p. 8.

Taccia, A., *Lo sviluppo della diaconia evangelica,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 6, fascicolo 35, 11 settembre 1998, p. 9.

Taccia, A., *Ospedale Evangelico Valdese di Torino. Passato, presente e futuro*, supplemento a «Il Quaderno degli Ospedali Valdesi», 2001.

Taccia, A., *Si inaugura l'ospedale rinnovato*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 123, fascicolo 46, 4 dicembre 1987, p. 11.

Taccia, A., *Val Pellice: rinnoviamo l'ospedale*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 115, fascicolo 6, 8 febbraio 1985, p. 7.

Tagliacozzo, S., *I medici ebrei e leggi razziali*, in https://www.shalom.it/roma-ebraica/i-medici-ebrei-e-leggi-razziali-b1127421.

Talamanca, A., *Il 1989: problemi tradizionali e tematiche emergenti nei rapporti tra Stato e confessioni religiose*, in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 2, 1989, pp. 337-361.

Tavola rotonda a Perosa. L'eutanasia, la morte dolce, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 107, fascicolo 51-52, 25 dicembre 1970, p. 5.

Tedeschi, G., *Alachà e aborto*, in «Ha Keillah», anno IV, n. 1, ottobre 1978, p. 11.

Torre Pellice. Novità all'Ospedale valdese, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 99, fascicolo 29-30, 25 luglio 1969, p. 7.

Tourn, G., *Essere pastori valdesi nella Seconda guerra mondiale*, in Gariglio, B., Marchis, R., (a cura di), *Cattolici, ebrei ed evangelici nella guerra. Vita religiosa e società 1939-1945*, Milano, Franco Angeli, 1999, pp. 57-65.

Tourn, G., *Testimonianza evangelica e assistenza pubblica,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 114, fascicolo 5, 3 febbraio 1978, p. 4.

Tourn, S., *Fine vita: serve un salto di qualità al dibattito in corso,* in «Riforma.it il quotidiano on-line delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia», 27 febbraio 2017.

Tozzi, V., *La libertà religiosa in Italia e nella prospettiva europea,* in «Stato, Chiese e pluralismo confessionale, Rivista telematica (https://statoechiese.it/)», 10 novembre 2014.

Traniello, F., *Religione Cattolica e Stato Nazionale. Dal Risorgimento al secondo Dopoguerra*, Bologna, Il Mulino, 2007.

Trapani: i diritti dei malati, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 118, fascicolo 22, 28 maggio 1982, p. 5.

Trapianti d'organi da maiali, cosa dice l'ebraismo, in «Moked. Il portale dell'ebraismo italiano», 20 gennaio 2022, https://moked.it/blog/2022/01/20/trapianti-di-organi-da-maiali-cosa-dice-la-halakhah/

Tron, A., *Per una diaconia sostenibile,* in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 9, fascicolo 35, 14 settembre 2001, p. 6.

Tron, G., *Nessuno ha la coscienza a posto*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 116, fascicolo 46, 21 novembre 1980, p. 7.

Turchi, V., *Le ultime intese regionali in materia di assistenza religiosa cattolica nelle strutture sanitarie,* in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 2, 2005, pp. 426-451.

U., B., *I nostri ospedali*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 89, fascicolo 21, 22 maggio 1959, p. 3.

U., B., *La famiglia alla luce della S. Scrittura*, in «L'eco delle valli valdesi settimanale della chiesa valdese», anno 73, fascicolo 49, 4 dicembre 1942, p. 2.

Un servizio indispensabile per la Valle, in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 3, fascicolo 40, 27 ottobre 1995, p. 4.

Un solo ospedale plurisede, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 128, fascicolo 34, 4 settembre 1992, p. 8.

Una Chiesa contro la 194, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 117, fascicolo 19, 8 maggio 1981, p. 2.

Un'opera evangelica di servizio in uno dei quartieri "bassi" napoletani, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 98, fascicolo 41, 18 ottobre 1968, pp. 3-4.

Urge un aiuto al "Rifugio Carlo Alberto", in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 89, fascicolo 23, 4 giugno 1959, p. 4.

V., D., *L'evolversi della questione ospedaliera,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 99, fascicolo 37, 19 settembre 1969, p. 2.

V., D., *L'Ospedale di Pomaretto: per un nuovo tipo di assistenza,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 110, fascicolo 2, 12 gennaio 1973, p. 7.

Valabrega, G., *ll fascismo e gli ebrei: appunti per un consuntivo storiografico*, in Fontana, S., (a cura di), *Il fascismo e le autonomie locali*, Bologna, Il Mulino, 1973, pp. 401-426.

Validità dei nostri istituti assistenziali, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 92, fascicolo 36, 14 settembre 1962, p. 3.

Vallées Vaudoises. Circulaire de la Commission des Hopitaux, in «L'Écho des vallées», anno 3, fascicolo 3, marzo 1868, pp. 47-48.

Varese, D., *All'Ospedale di Torre Pellice, servizio di Pronto soccorso?,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 112, fascicolo 45, 28 novembre 1975, p. 6.

Varese, D., *Il ruolo dell'Ospedale di Pomaretto nel piano zonale*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 118, fascicolo 26, 25 giugno 1982, p. 10.

Varese., D., *Ospedale di Torre Pellice: per un nuovo tipo di assistenza,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 111, fascicolo 31-32, 9 agosto 1974, p. 6.

Varese, D., *Ospedale valdese di Pomaretto, servizio di geriatria,* in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 113, fascicolo 12, 19 marzo 1976, p. 6.

Varnier, G B., *Fascismo e minoranze religiose: linee di una ricerca*, in AA.VV, *Scritti in memoria di Pietro Gismondi - vol. II-t. II*, Milano, Giuffrè, 1991, pp. 463-491.

Varnier, G., B., *Il prezzo del silenzio per realizzare un servizio umanitario a favore dei perseguitati razziali: Croce Rossa e Vaticano nella Seconda guerra mondiale*, in «Rivista di Studi Politici Internazionali», v. 71, n. 3, Luglio-Settembre 2004, pp. 525-530.

Verardi, E., *Intesa O.E.I. Regione Liguria*, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale delle Chiese Evangeliche Valdesi e Metodiste», anno 122, fascicolo 4, 24 gennaio 1986, p. 12.

Verso il referendum sull'aborto: dire "si" alla vita, in «La Civiltà Cattolica», anno 132, v. I, 21 febbraio 1981, pp. 313-324.

Verso la firma della convenzione, in «Riforma settimanale delle Chiese Evangeliche Battiste, Metodiste e Valdesi», anno 2, fascicolo 29, 22 luglio 1994, p. 5.

Verso un ambulatorio medico-sociale, in «L'Eco delle Valli Valdesi settimanale della Chiesa Valdese», anno 92, fascicolo 32, 10 agosto 1962, p. 2.

Vicarelli, G., *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Bologna, Il Mulino, 1997.

Vinay, V., *Storia dei valdesi, III. Dal movimento evangelico italiano al movimento ecumenico (1848-1978)*, Torino, Claudiana, 1989.

Viterbo, C., A., *Per i Falascià*, in «Israel», anno 21, n. 37, 9 luglio 1936, p. 7.

RINGRAZIAMENTI.

Non è mai facile tradurre a parole il sentimento di riconoscenza verso qualcuno, soprattutto per il sostegno e la comprensione avuta nei miei confronti in questo lungo percorso di dottorato.

Desidero primariamente ringraziare la mia tutor: la professoressa Rossella Bottoni per avermi accompagnato lungo tutto questo tragitto, unica e vera interlocutrice per la mia ricerca. Le sono grato per la professionalità con cui si è sempre relazionata con me, non tardando mai le scadenze preannunciate, riuscendo sempre a colmare le mie lacune di esperienza approcciandosi a me in modo disponibile, puntuale, comprensibile e formativo. Grazie ai suoi consigli sono cresciuto moltissimo e il suo insegnamento rimarrà prezioso per i miei percorsi futuri.

Desidero ringraziare, come coronamento di un lungo percorso insieme, Mariachiara Giorda.
Dalla prima tesi triennale fino alla fine di questo dottorato non ha mai mancato di far sentire la sua vicinanza al mio percorso di formazione, riuscendo sempre a trasmettermi la sua passione per la ricerca e lo studio delle religioni. La ringrazio per il sostegno intellettuale ed umano, per le esperienze in cui mi ha sempre coinvolto e per la fiducia che ha riposto in me in tutti questi anni.
Insieme a questo ringraziamento ci tengo a coinvolgere una seconda persona che, insieme a Mariachiara, negli ultimi 15 anni mi ha dato la bella sensazione di far parte di un trio speciale di ricerca. Questa persona è Luca Bossi, a cui devo molto, la stessa ispirazione per questa tesi, che gli dedico nel modo più assoluto.

In fine, il ringraziamento più grande va alla mia famiglia, che durante questo percorso è anche cresciuta di numero. Ringrazio Melissa per la pazienza infinita e il supporto logistico ed emotivo, senza di lei non avrei potuto fare un percorso del genere con tutti gli altri elementi della mia vita in ballo. Ringrazio Elia per avermi dato la forza per provarci e la gioia quotidiana di portarlo avanti e mi scuso se molte volte il dottorato ha avuto la precedenza sul gioco insieme. Ringrazio Enea che forse è anch'esso frutto di questo dottorato, la sua nascita ha portato linfa essenziale per portare avanti con entusiasmo questo tragitto. Una menzione d'obbligo va a Zoe, con la quale ho iniziato la mia carriera universitaria e che mi ha accompagnato fino agli ultimi giorni di una tappa importante di questo cammino.