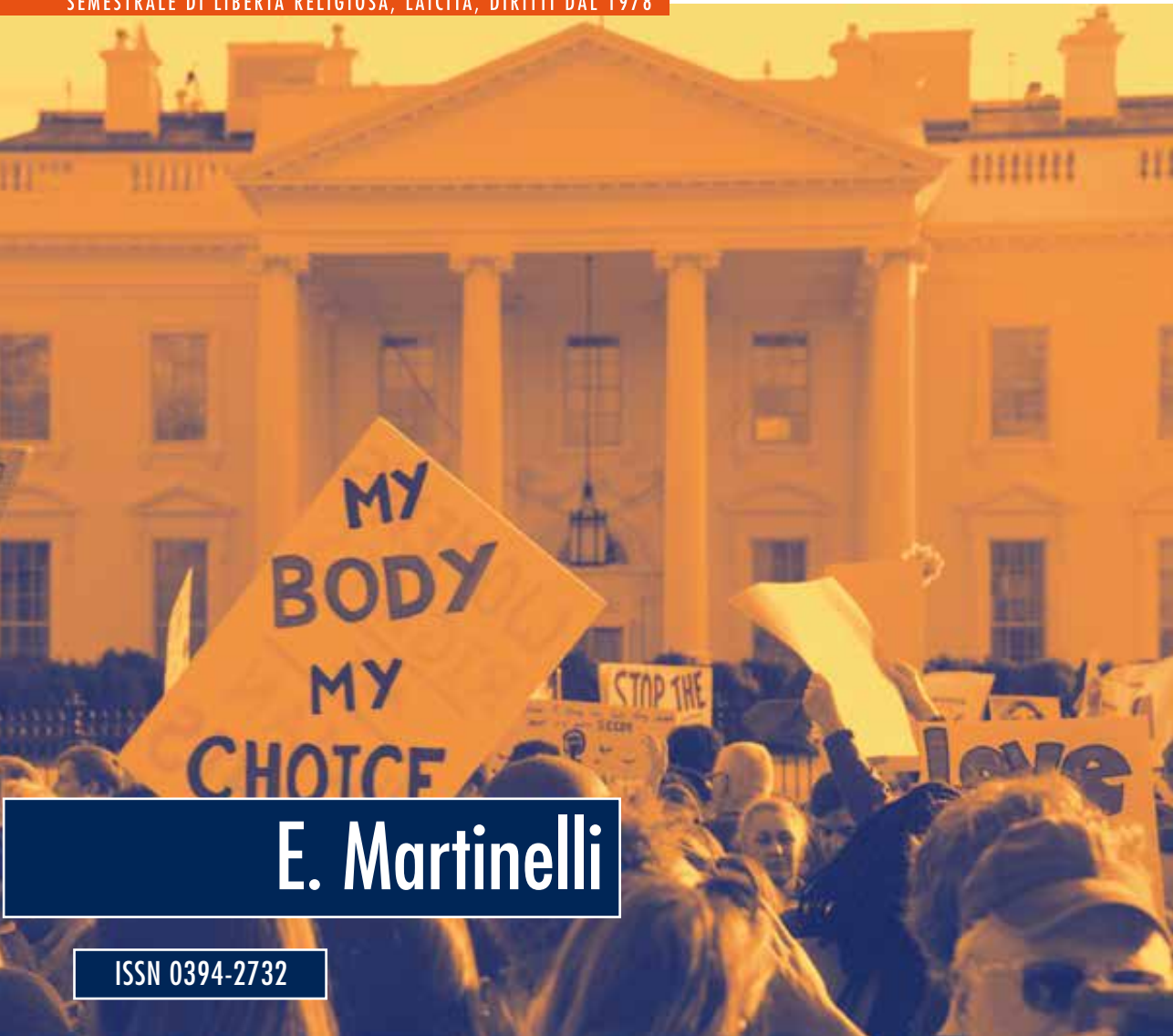




Coscienza e Libertà

SEMESTRALE DI LIBERTÀ RELIGIOSA, LAICITÀ, DIRITTI DAL 1978



E. Martinelli

ISSN 0394-2732

L'interruzione volontaria di gravidanza nel diritto comparato contemporaneo tra dimensione soggettiva e volontà normativa.

L'assistenza spirituale negli spazi di cura europei: modelli organizzativi e sfide dell'inclusione.

F. Alicino - P. Annicchino
F. Balsamo - F. Botti
P. Consorti - A. Cupri
M.C. Ivaldi - E. Martinelli
D. Milani - G. Mingardo
T. Pagotto - S. Penasa
M. Tomasi

***Spiritual Care* e diversità religiosa del paziente: il diritto all'assistenza spirituale nei luoghi di cura**

Enrica Martinelli

Professoressa associata di Diritto e Religione, Dipartimento di Giurisprudenza e di Religione e culture, Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Ferrara

ABSTRACT

L'appartenenza a una religione o a una specifica cultura incide profondamente sulla concezione del corpo e della malattia, sul modo di vivere l'esperienza del dolore, sull'interpretazione della nascita e della morte, nonché sulla decisione di come e da chi essere assistiti durante la degenza ospedaliera.

Il contributo si propone di offrire uno spunto di riflessione sulle problematiche legate, nel contesto della cura, alle nuove sfide lanciate dalla diversità spirituale caratteristica di una società plurale.

SOMMARIO

1. La centralità della dimensione spirituale nella relazione di cura – 2. Il diritto alla salute e la laicità dei servizi sanitari – 3. Norme e buone pratiche nel quadro di un pluralismo sostenibile – 4. Conclusioni.

1. La centralità della dimensione spirituale nella relazione di cura

L'assistenza religiosa e spirituale negli ospedali e nei luoghi di cura è tema ancora scarsamente dibattuto in Italia anche se di indubbio rilievo, a motivo dell'eterogeneità dell'attuale società plurale. Medici e operatori sanitari si trovano di fronte a sfide nuove, deontologiche ed etiche, che coinvolgono pazienti di differenti etnie, lingue, culture e religioni.

Oggi non è più pensabile guardare al paziente solo come al portatore di un problema di salute da diagnosticare e trattare, in modo avulso dalla persona nella sua totalità, con l'identità che la caratterizza e si fa portatrice di istanze



e bisogni diversi. Istanze che non attengono alla mera assistenza religiosa ma che divengono parte complessiva dell'approccio alla cura, penetrazione della dimensione confessionale nel piano terapeutico, nella scelta e spesso nella stessa possibilità di cura nonché terreno privilegiato di negoziazione culturale e sociale, di necessario dialogo interculturale.

La cura, infatti, sta al cuore delle riflessioni che seguono nella certezza che non sempre la medicina riesce a guarire, ma sempre dovrebbe prendersi cura del paziente, non identificato con la propria malattia ma inteso come persona con una storia, una biografia, una spiritualità, degli affetti, insomma con una vita forgiata dal suo passato, che si realizza nel suo presente e con speranze proiettate nel futuro.

Sempre più spesso le credenze religiose e i bisogni spirituali del degente e dei suoi famigliari, infatti, presuppongono una presa in carico piena e totale da parte del sistema sanitario, che è sollecitato a provvedere a precise esigenze culturali e relazionali dei propri utenti.

A queste necessità si sommano specifiche richieste in tema di assistenza religiosa da parte di ministri di culto di confessioni diverse dalla cattolica, di consenso o rifiuto delle terapie, di approccio differenziato all'inizio e al fine vita, di riti funebri ineludibili da parte di alcune comunità fede, ma anche – per esempio – di regole alimentari o di questioni legate all'igiene personale. L'appartenenza religiosa e culturale, infatti, incide profondamente sulla concezione del corpo e della malattia, sul modo di vivere l'esperienza del dolore, sull'interpretazione della nascita e della morte, nonché sul come e sul da chi essere assistiti durante la degenza ospedaliera, per essere accompagnati nel viaggio in quella sorta di "terra di mezzo" tra la vita e la morte che è rappresentata dalla malattia.

Il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie è, dunque, sollecitato a dare risposte adeguate alle nuove e peculiari domande di salute che emergono da una società sempre più plurale. L'utenza multiculturale e plurireligiosa, invero, se mal gestita o incompresa, contribuisce ad accrescere il divario fra le richieste di salute e l'offerta di cura e mette in crisi un *welfare* già fortemente penalizzato dalla scarsità del personale sanitario e dai vincoli di spesa.

Ecco, dunque, che l'ospedale, se da un lato si pone come luogo deputato alla cura della persona malata per il recupero del suo benessere corporeo, è



dall'altro chiamato ad essere uno speciale "banco di prova" della realizzazione di un *wellness* globale – necessario per il recupero della salute – che non può naturalmente prescindere dalla definizione dell'identità personale e dall'appagamento delle necessità religiose e spirituali del destinatario delle cure¹.

In particolare, religiosità e spiritualità sono due aspetti distinti perché la seconda è definibile, in senso più ampio, come una parte complessa e multidimensionale dell'esperienza umana che ha aspetti cognitivi, esperienziali e comportamentali che includono la ricerca di significato, scopo e verità della vita².

Inoltre il concetto di salute non si esaurisce attualmente, come invece accadeva in passato, nell'assenza di una condizione morbosa ma, al contrario, secondo la più complessa definizione fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, è «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale»³, che risponde ad una dinamica complessa, che sola, può scaturire dall'armonica combinazione di fattori relativi al contesto somatico, ambientale, psichico e relazionale in cui ciascun individuo conduce la propria esistenza. A ben vedere, quindi, l'importante definizione «inaugura una visione olistica che guarda all'uomo come a un insieme delle sue parti (corpo, mente e spirito) e non può più ignorare i suoi profili identitari a fronte di esigenze di mera prosperità fisica»⁴.

Non è dubbio, ad esempio, che godere dell'assistenza del ministro di culto

¹ Verso questa interpretazione sembra muoversi la giurisprudenza del Consiglio di Stato quando afferma che garantire il diritto alla salute per l'amministrazione sanitaria significa assicurare l'erogazione di «una prestazione sanitaria complessa che va dall'accoglimento del malato alla comprensione delle sue esigenze e dei suoi bisogni, dall'ascolto delle sue richieste alla diagnosi del male, dall'incontro medico/paziente all'elaborazione di una strategia terapeutica condivisa e all'attuazione delle cure previste e volute, nella ricerca di un percorso anzitutto esistenziale prima ancor che curativo». Cfr. Consiglio di Stato, sez. III, n. 4460/2014, § 57.5 del *Diritto*. Per una visione dell'assistenza spirituale considerata «non soltanto come un'attività diretta a garantire la libertà religiosa dei ricoverati, ma come vero e proprio ausilio nella cura dei pazienti», si veda M.L. LO GIACCO, *Il servizio di assistenza religiosa negli ospedali*, in *Diritto sanitario e fenomeno religioso*, a cura di G. DAMMACO, Cacucci, Bari, 2005, p. 45.

² L'attenzione alla spiritualità, infatti, profondamente legata al mondo delle cure palliative, è sorta primariamente nel contesto oncologico, ma ora si sta diffondendo nell'intera medicina quale risorsa di supporto sempre più promettente anche, ad esempio, dei pazienti affetti da sofferenze mentali. Si veda M.A. SANDULLI, *Spiritualità nella cura*, in *Federalismi.it Rivista di diritto pubblico italiano, comparato, europeo*, Paper 2 novembre 2022, p. 4.

³ Statuto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (22 luglio 1946).

⁴ Così G. MARCACCIO, *Identità religiosa e diritto alla salute. Interazioni classiche ed emergenti*, in *Stato, chiese e pluralismo confessionale*, 8/2021, p. 20.



della confessione di appartenenza o della propria guida spirituale rappresenti un'importante declinazione dell'esercizio effettivo dell'inviolabile diritto di libertà religiosa e favorisca, al contempo, il benessere interiore del paziente, potenziando l'efficacia del percorso terapeutico.

Sotto questo profilo, dunque, gli ospedali ed i presidi sanitari si trovano di fronte all'ineludibile necessità di ripensare la propria organizzazione, dotandosi di nuovi approcci per valorizzare la soggettività del paziente nella pratica medica e di ogni misura idonea a fronteggiare le esigenze di una utenza composta da soggetti diversificati culturalmente e religiosamente.

2. Il diritto alla salute e la laicità dei servizi sanitari

Il diritto a godere dell'esercizio effettivo del diritto di libertà religiosa nei luoghi di cura risponde a imperativi personali motivati spiritualmente che si intrecciano con la tutela del fondamentale diritto alla salute (art. 32 Cost.)⁵. Si tratta di diritti e di libertà a cui la nostra Costituzione fornisce uguali tutele, corroborate dal principio di eguaglianza di tutti i cittadini senza distinzione di religione (art. 3, comma 1) e che attribuisce alla Repubblica il compito di «rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana» (art. 3, comma 2). Inoltre, la Carta fondamentale, proclamando l'eguale libertà di tutte le confessioni religiose «davanti alla legge» (art. 8, comma 1), impegna il legislatore ad assicurare ai credenti di ogni confessione religiosa (così come ai non credenti) il diritto ad una pari misura di libertà anche nell'accesso a una piena fruizione del diritto di praticare il culto e di celebrare i riti della propria fede. Ciò, tenuto conto della opportunità di estendere anche al diritto di libertà religiosa l'esigenza di assicurare in tutto il territorio nazionale i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali delle persone (art. 117, comma 2, lett. m, Cost.), nel rispetto del fondamentale principio di sussidiarietà (art. 118 Cost.)⁶.

⁵ Sul riconoscimento del diritto alla salute quale diritto fondamentale della persona, fra le molte si vedano Corte costituzionale n. 27/1975; n.88/1979; n. 992/1988; n. 356/1991; n. 107/2012.

⁶ «Le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza».



La disciplina costituzionale non tollera dunque distinzioni né irragionevoli disparità di trattamento: la garanzia della libertà religiosa implica di assicurare «ai membri delle minoranze prerogative non dissimili da quelle riconosciute agli appartenenti ai gruppi maggioritari, soggetti forti del pluralismo socio-culturale e, perciò, potenziali e voraci predatori dell'eguale libertà»⁷.

Il giudice delle leggi, difatti, ha più volte ribadito come il principio supremo di laicità, che connota uno dei profili della forma di Stato democratico e repubblicano⁸ non implica indifferenza della pubblica autorità di fronte al fenomeno religioso o, anche, cecità nei confronti delle differenze, bensì la piena «tutela del pluralismo, a sostegno della massima espansione della libertà di tutti, secondo criteri di imparzialità» che si traducono in «garanzia dello Stato per la salvaguardia della libertà di religione»⁹.

Eppure, se si volesse riprodurre un'istantanea della disciplina giuridica del fenomeno religioso in Italia, ci riporterebbe un'immagine irregolare, "a macchia di leopardo", che ben evidenzerebbe il divario esistente tra l'astrattezza dei principi costituzionali e delle pronunce giurisprudenziali e la realtà in cui versano le comunità di fede presenti sul territorio nazionale.

Si può immaginare la distinzione tra due macro-gruppi di confessioni religiose: «quelle incluse nel sistema giuridico nazionale e quelle che, al contrario, ne restano ai margini»; ovvero «le minoranze religiose escluse»¹⁰, rimanendo il criterio selettivo dell'inclusione, l'avvenuta conclusione di un accordo con lo Stato.

È, innegabile che le confessioni che hanno stipulato accordi con lo Stato siano più uguali e più libere di quelle, per così dire, "non convenzionate" le quali ricadono tuttora nell'ambito di applicazione della cosiddetta legge sui culti ammessi¹¹: una legge pre-costituzionale nello spirito e nei contenuti, erosa in più parti dai reiterati interventi della Corte costituzionale e, per consequen-

⁷ F. ALICINO, *I problemi pratici e attuali della libertà religiosa*, in Astrid, *La legge che non c'è. Proposta per una legge sulla libertà religiosa in Italia*, a cura di R. ZACCARIA, S. DOMIANELLO, A. FERRARI, P. FLORIS, R. MAZZOLA, Il Mulino, Bologna, 2019, p. 238.

⁸ Articoli 2, 3, 7, 8, 19 e 20 Cost.

⁹ Corte costituzionale n. 203/1989.

¹⁰ S. FERRARI, *Le minoranze religiose escluse. Introduzione al tema*, in *Stato, chiese e pluralismo confessionale*, 13/2021.

¹¹ Legge n. 1159/1929.



za, incapace di garantire l'inclusione delle minoranze religiose prive di intesa così come l'eguale libertà di coloro che ne fanno parte (credenti, diversamente credenti e non credenti).

Fin dal 1968 il legislatore italiano ha previsto l'obbligo per gli enti ospedalieri di istituire un servizio di assistenza religiosa organizzato di concerto con le singole confessioni¹². In particolare, per il culto cattolico era previsto¹³ che il «personale di assistenza religiosa» fosse inserito nella pianta organica degli enti ospedalieri e disciplinato da accordi locali tra gli ordinari diocesani e i singoli ospedali¹⁴. Per gli altri culti l'ospedale si attivava nella ricerca del ministro solo su espressa richiesta del degente¹⁵: l'organizzazione dell'assistenza religiosa agli infermi veniva stabilita d'accordo con la direzione sanitaria, in modo che qualsiasi cerimonia o manifestazione religiosa fosse coordinata con i servizi ospedalieri¹⁶.

Dieci anni più tardi, nell'istituire il Servizio Sanitario Nazionale¹⁷, il legislatore ha stabilito che «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 regolamentare il servizio di cura spirituale – in modo riguardoso della eguale libertà di tutti i culti e della pari dignità dei fedeli a prescindere dal credo professato – la previsione normativa estende a tutte le autorità religiose competenti per territorio (ordinari diocesani e ministri di culto delle confes-

¹² «Il personale di assistenza religiosa è costituito da ministri del culto cattolico, per l'assistenza religiosa agli infermi di confessione cattolica. Gli infermi di altre confessioni hanno diritto all'assistenza dei ministri dei rispettivi culti». Art. 39, comma 8, legge n. 132/1968.

¹³ Dall'art. 1, comma 8, d.p.r. n. 130/1969 sullo «Stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri» che dispone che il personale di assistenza religiosa sia «costituito da ministri del culto cattolico» e sia ricompreso nel «ruolo professionale», iscritto in una tabella separata e si debba rendere reperibile «per i casi di particolari esigenze di servizio». Cfr. artt. 3 e 27, d.p.r. n. 761/1979.

¹⁴ Sul punto la giurisprudenza amministrativa ha precisato che tra il ministro di culto cattolico e la struttura sanitaria a cui afferisce, si instaura un rapporto di pubblico impiego, a condizione che sia stata raggiunta un'intesa tra l'amministrazione sanitaria e l'autorità ecclesiastica. Cfr. Consiglio di Stato, sez. V, n. 263/2001.

¹⁵ Art. 35 commi 4-6 d.p.r. n. 128/1969: «Tutto il personale è tenuto a trasmettere alla direzione sanitaria le richieste di assistenza religiosa a lui rivolte da infermi di qualunque religione. La direzione sanitaria provvede a reperire i ministri di religione diversa dalla cattolica secondo la richiesta dell'infermo. Il relativo onere è a carico dell'ente ospedaliero».

¹⁶ Art. 35 comma 3 d.p.r. ult. cit.

¹⁷ Con la legge n. 833/1978.



sioni di minoranza) la possibilità del ricorso ad accordi con la direzione delle singole unità sanitarie locali.

La disciplina in esame deve essere completata, invero, da un lato, per quanto concerne le confessioni che non hanno potuto o voluto accedere alla negoziazione legislativa con lo Stato, con quanto previsto dal r.d. n. 289 del 1930, in tema di accesso alle strutture sanitarie da parte dei ministri dei cosiddetti “culti ammessi”¹⁸ e dall’altro, con le disposizioni – di ben più ampio respiro – stabilite dalle fonti pattizie.

Per queste ultime brevemente si rimanda *in primis* all’Accordo di revisione concordataria del 1984, ove viene previsto l’impegno della Repubblica affinché la degenza in ospedali, case di cura o di assistenza pubblica, non possa «dar luogo ad alcun impedimento nell’esercizio della libertà religiosa e nell’adempimento delle pratiche di culto dei cattolici»¹⁹. Per le confessioni diverse dalla cattolica il servizio di assistenza religiosa è invece assicurato dalle norme contenute nelle Intese approvate secondo il disposto dell’art. 8 comma 3 della Carta fondamentale e nelle quali si prevede che i ministri di culto e i rappresentanti religiosi incaricati del servizio dalle rispettive comunità di fede possano accedere liberamente, anche di propria iniziativa e senza limitazioni di giorni o orari, alle strutture sanitarie e ai luoghi di cura²⁰. In ogni caso la struttura sanitaria ha l’obbligo di farsi portavoce, in modo tempestivo, delle richieste di assistenza avanzate dai degenti o dai loro famigliari.

A seguito, poi, del processo di *regionalizzazione* dell’ordinamento della sanità²¹, alle intese locali previste dalla disciplina del 1978 (la legge che

¹⁸ Art. 5: «I ministri dei culti ammessi nello stato 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 o di ritiro e deve indicare le modalità o le cautele con cui l’assistenza deve essere prestata».

¹⁹ Art. 11.1 dell’Accordo di Villa Madama.

²⁰ Il testo delle Intese è consultabile online presso il sito: https://presidenza.governo.it/usri/confessioni/intese_indice.html (consultato il 22/09/25).

²¹ Avviata dalle cosiddette “riforme della riforma”: si tratta della legge delega n. 412/1992 e del d.lgs. n. 502/1992; della legge delega n. 419/1998 e del d.lgs. n. 229/1999. Questi interventi normativi hanno ridefinito «l’ambito delle competenze dei poteri statali e delle autonomie regionali nel sistema della sanità, il cui settore si funzionalizza, quindi, al rispetto del principio di sussidiarietà». Cfr. L.M. Guzzo, *Prime osservazioni sul Protocollo d’intesa tra la Regione Calabria e la Conferenza Episcopale Calabria per la disciplina dell’assistenza religiosa cattolica nelle strutture sanitarie*,



ha istituito il SSN), si sono affiancati esempi di accordi a livello regionale; le Regioni si sono infatti viste attribuire, già dal 1992, la competenza in tema di sanità ed hanno organizzato il servizio di assistenza religiosa sulla scorta di un dialogo con le singole comunità di fede. La riforma del Titolo V, Parte II della Costituzione²² ha poi consolidato il metodo di «contrattazione decentrata fra soggetti ecclesiastici e autonomie locali»²³, inserendo tra le materie di legislazione concorrente tra Stato e Regioni la «tutela della salute»²⁴, della quale con ogni evidenza fa parte integrante l'assistenza religiosa nei luoghi di cura.

Per quanto concerne la Chiesa cattolica, l'attuale disciplina dell'assistenza religiosa negli istituti di cura è dunque caratterizzata da una rete ampia e articolata di accordi e protocolli siglati dalle Regioni e dalle Conferenza Episcopali Regionali – in armonia con il disposto dell'art. 38 della legge n. 833 del 1978 – nei quali si definiscono, in modo dettagliato, i molti aspetti che caratterizzano il servizio. Non così per le confessioni di minoranza per le quali il processo di regionalizzazione del sistema sanitario, non ha agevolato il rapporto con le pubbliche istituzioni forse perché realtà confessionali meno presenti, o meno organizzate in articolazioni territoriali locali²⁵.

Ancora piuttosto scarse risultano essere, difatti, le fonti bilaterali a livello regionale²⁶ o locale, volte a disciplinare l'assistenza spirituale a van-

in *Stato, chiese e pluralismo confessionale*, 25/2017. Si tenga presente che l'art. 1, comma 13, d.lgs. n. 229/1999 affida al Piano Sanitario Regionale «gli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale, anche in riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale». Quest'ultimo precisa inoltre «gli obiettivi di salute, i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni efficaci e appropriate da garantire a tutti i cittadini» (art. 2, comma 1, lett. a, legge n. 419/1998).

²² Operata dalla legge costituzionale n. 3/2001.

²³ P. CONSORTI, *Diritto e religione. Basi e prospettive*, Editori Laterza, Roma-Bari, nuova edizione, 2023, p. 151.

²⁴ Ex art. 117 comma 3 Cost le Regioni sono soggetti dotati di «potestà concordataria» (CONSORTI, cit., p. 152) nelle materie che non rientrano nella competenza esclusiva dello Stato.

²⁵ In questo senso, G. BASCHERINI, A. CIERVO, *L'integrazione difficile: il diritto alla salute e all'istruzione degli stranieri nella crisi del welfare state*, in *L'evoluzione costituzionale delle libertà e dei diritti fondamentali*, a cura di R. NANIA, Giappichelli, Torino, 2012.

²⁶ Tra gli esempi virtuosi si possono ricordare per la Regione Emilia-Romagna, la l.r. n. 12/1989, «Disciplina dell'assistenza religiosa nelle strutture di ricovero delle unità sanitarie locali» il cui art. 1 prevede l'istituzione, per ogni USL del servizio di assistenza religiosa la cui organizzazione



taggio dei degenti di fede non cattolica.

3. Norme e buone pratiche nel quadro di un pluralismo sostenibile

In conclusione «la normativa attuativa, regolamentare e pattizia, delinea un sistema c.d. “a doppio binario”»²⁷, che distingue la posizione della Chiesa cattolica da quella delle comunità di fede di minoranza, con una più netta disparità di trattamento delle confessioni religiose di più recente insediamento sul territorio nazionale, che non hanno potuto o voluto stipulare intesa con la Repubblica²⁸.

Per i fedeli appartenenti a culti privi di intesa è invece ancora vigente la disciplina – obsoleta e di difficile attuazione – che statuisce che «i ministri dei culti ammessi nello Stato possono essere autorizzati a frequentare i luoghi di cura e di ritiro per prestare l’assistenza religiosa ai ricoverati che la domandano. L’autorizzazione è data da chi è preposto alla direzione amministrativa del luogo di cura o di ritiro e deve indicare le modalità e le cautele con cui l’assistenza deve essere prestata»²⁹.

è regolata da protocolli d’intesa fra le Unità sanitarie locali e Autorità religiose competenti; per la Regione Piemonte la Delibera G.R. n. 8-9172/2008, «Affidamento all’A.O.U. San Giovanni Battista di Torino delle attività di coordinamento del progetto regionale per l’attivazione dei servizi di assistenza religiosa/spirituale (anche non cattolica) nei presidi ospedalieri delle aziende sanitarie regionali» (Pubblicata nel B.U. Piemonte 31 luglio 2008, n. 31). Ancora per la Regione Puglia la l.r. n. 27/1982, «Disciplina del servizio di assistenza religiosa nelle strutture di ricovero delle U.U.S.S. LL.» il cui articolo unico prevede che «(L’)intesa di cui all’art. 38 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (si attui) in sede di determinazione del numero del personale religioso da adibire al servizio di assistenza religiosa all’interno delle strutture di ricovero, anche mediante convenzioni [...] per il culto cattolico e, per gli altri culti con le rispettive autorità religiose territoriali»; per la Regione Toscana la Delibera C.R. 17/02/1999, n. 41 – Piano sanitario regionale 1999-2001 (B.U. Toscana 14 aprile 1999, n. 15, Suppl. straord. n. 40), che prevede che «le Aziende Sanitarie sono tenute a disciplinare l’ordinamento del servizio di assistenza religiosa cattolica d’intesa con gli ordinari diocesani competenti per territorio e, per gli altri culti, d’intesa con le rispettive autorità religiose competenti per territorio».

²⁷ N. VETTORI, *Laicità e servizi pubblici. Il caso della sanità, in Trent’anni di laicità dello Stato: fu vera gloria?*, Atti del Convegno di Firenze del 27 e 28 settembre 2019 nel trentennale della s.n. 203/1989 della Corte costituzionale, a cura di A. CARDONE, M. CROCE, Nessun Dogma. Iura, Roma, 2021, p. 244.

²⁸ Parla di «deficit di pluralismo» e di «persistente “confessionismo di costume”», seppure nello specifico contesto dei Protocolli sottoscritti dal Governo con le confessioni religiose durante il periodo dell’emergenza pandemica, M. TOSCANO, *Emergenza sanitaria e libertà di religione*, Giappichelli, Torino, 2024, p. 117.

²⁹ Art. 5 del r. d. n. 289/1930.



La progressiva consapevolezza della effettiva disparità di trattamento tra i degenti che professano il culto cattolico e i diversamente credenti o i non credenti, ha condotto all'instaurarsi di buone pratiche a livello locale, le quali rivelano la volontà delle istituzioni responsabili dei presidi sanitari di consolidare politiche collaborative e negoziali con le comunità religiose presenti nei territori. Nonostante il carattere "occasionale" e il numero piuttosto contenuto delle *best practices* istaurate, risulta chiaro che, in particolare dalla dimensione amministrativa locale, provengono segnali incoraggianti, esempi virtuosi per l'intero apparato della sanità nazionale.

Talora gli accordi sono stati stipulati tra amministrazioni locali e una specifica confessione religiosa priva di Intesa: tale è il caso del Protocollo tra l'azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi e la comunità islamica di Firenze e della Toscana³⁰, o quello, sottoscritto nel 2017, tra il Policlinico di Palermo e la CO.RE.IS o, ancora, della recente costituzione, nel 2022, da parte dell'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia, di un tavolo permanente con le comunità islamiche presenti sul territorio, per la gestione delle tematiche sanitarie.

Più di frequente, tuttavia, gli accordi vedono la partecipazione contestuale di più confessioni religiose, dotate o meno di Intesa: è il caso del Protocollo sottoscritto, nel 2012, dall'Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma e da sette rappresentanze confessionali, mirante a garantire l'assistenza religiosa e spirituale in condizioni di parità tra le diverse fedi; o dell'accordo raggiunto, nel 2007, tra l'Ospedale Le Molinette di Torino e le rappresentanze di sedici comunità confessionali. L'Ospedale torinese, inoltre, ha attivato il progetto «Le cure dello Spirito» con l'obiettivo di agevolare il dialogo interreligioso e interculturale per un più pieno rispetto della dignità umana dei pazienti, nel superamento di pregiudizi e discriminazioni³¹. Significativo, poi, il percorso compiuto dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Anna di Ferrara, con la sottoscrizione nel 2013 di un Protocollo che, oltre alle confessioni religiose, include per la pri-

³⁰ Sottoscritto nel 2005, disciplina il servizio di assistenza religiosa per i degenti musulmani e fissa il numero degli assistenti spirituali designati dalla Comunità islamica e le funzioni loro affidate. Nello stesso anno, un accordo analogo è stato siglato dalla medesima Azienda sanitaria con la confessione ebraica di Firenze.

³¹ Nel 2008 la Regione Piemonte ha esteso il Progetto a tutte le Aziende Sanitarie Regionali, sotto la guida dell'Ospedale Le Molinette di Torino.



ma volta l'Unione degli Atei e Agnostici Razionalisti Italiani (UAAR). Anche in quest'ultimo caso, il servizio di assistenza morale e spirituale viene attivato dalla richiesta del paziente o dei suoi famigliari con il conseguente obbligo, per la struttura ospedaliera, di rivolgersi all'assistente spirituale designato. L'accordo ferrarese prevede anche l'apertura di una «Stanza dei culti e del silenzio»: uno spazio privo di connotazione religiosa destinato alla preghiera e alla riflessione dei degenti, dei loro famigliari e degli operatori sanitari credenti o atei³².

Per quanto concerne la Regione Lombardia, è importante segnalare il progetto «Insieme per prenderci cura» del 2015³³, creato con l'intento di formare il personale sanitario per assicurare una accoglienza ospedaliera interculturale, riguardosa delle differenti identità spirituali e dei valori religiosi del paziente e dei suoi congiunti, particolarmente rilevanti nel momento di fragilità causato dalla malattia. Sempre rivolta all'accoglienza delle specificità culturali e religiose, nel segno della interculturalità e dell'interconfessionalità, è del resto l'iniziativa dell'ASL Roma E, la quale, in collaborazione con alcune organizzazioni civiche di tutela e di volontariato e con le confessioni religiose, ha consentito la sperimentazione di un laboratorio in cui sono approfonditi gli aspetti umani e spirituali più rilevanti nel momento dell'ingresso nel luogo di cura e in tutte le fasi dell'assistenza durante la degenza. Alla sperimentazione sono poi seguite la pubblicazione di un volume³⁴ e la sottoscrizione di un Protocollo d'intesa tra l'azienda sanitaria, le confessioni religiose e le associazioni interessate.

4. Conclusioni

Le buone pratiche attivate a livello locale – per quanto rimesse alla discrezionalità delle singole amministrazioni e ancora inadatte a garantire adeguatamente il principio di imparzialità del servizio pubblico a livello nazionale – rappresentano tuttavia una significativa risposta concreta delle pubbliche

³² Analoga iniziativa è stata assunta, nel 2008, dall'Ospedale Le Molinette di Torino, nel 2018 dagli Ospedali Santo Spirito e San Filippo Neri di Roma e nel 2019 dall'Ospedale di Livorno.

³³ Dalla collaborazione tra la Biblioteca Ambrosiana, la Coreis (Comunità Religiosa Islamica Italiana), l'AME (Associazione Medica Ebraica), l'Ordine Professioni Infermieristiche (OPI) e la Fondazione IRCCS Ca' Granda.

³⁴ Cevs-Spes Lazio, Salute e spiritualità nelle strutture sanitarie, a cura di F. MURRELI, consultabile online sul sito: www.volontariato.lazio.it/documentazione/documenti/79527952SaluteSpiritualitànelleStruttureSanitarie_Pubblicazione.pdf (consultato il 18/09/25).



istituzioni a precise esigenze religiose e spirituali, che emergono con vigore da una società sempre più marcatamente caratterizzata da un pluralismo etnico e culturale.

Si tratta ormai di domande e bisogni *bottom up* non più eludibili, se non al prezzo di una indebita – e incostituzionale – compressione dei diritti fondamentali della persona: primo fra tutti, il pieno riconoscimento della dignità e della libertà di coscienza e di religione di ciascuno. Il fondamentale principio di uguaglianza, cui in materia di tutela della salute e di assistenza sanitaria hanno diritto sia i cittadini che gli stranieri, presenti sul territorio della Repubblica, si deve però necessariamente coniugare con il rispetto e l'accoglienza della diversità: si tratta dunque di un processo che grava sempre il servizio pubblico della sfida di considerare ogni paziente – soggetto unico e irripetibile – quale titolare di un diritto alla personalizzazione degli interventi sanitari e del percorso terapeutico, pienamente compatibile con la cifra etico-valoriale della sua appartenenza confessionale.

Se la malattia rende tutti parimente fragili e bisognosi, l'appropriato ed efficace percorso di cura presuppone, sempre e necessariamente, l'integrazione delle competenze mediche con la comprensione e la valorizzazione del patrimonio culturale, simbolico e morale di ciascun degente e della sua identità.

Per raggiungere questo importante traguardo è pertanto necessaria l'adozione di politiche sociali di riconoscimento della alterità culturale e religiosa di ogni individuo. Si tratta, così, di superare infine i molti profili di irragionevole discriminazione tuttora presenti nella normativa vigente, ancora lesivi, sotto molteplici proiezioni, del concreto esercizio della libertà di religione dei pazienti appartenenti a comunità religiose escluse dalla negoziazione con lo Stato. Il meritevole e adeguato sforzo di sopperire alle carenze normative riscontrate, su scala nazionale e a livello regionale, non può essere tuttavia affidato al solo impegno delle amministrazioni locali; e neppure delegato dallo Stato ad associazioni o enti *no profit*³⁵: la piena ed effettiva attuazione delle libertà

³⁵ Sulla crescente tendenza ad affidare agli enti del terzo settore i nuovi compiti dello Stato sociale, si veda S. BUDELLI, *Immigrazione: salute, sicurezza, sussidiarietà*, Giappichelli, Torino, 2012 e più di recente S. OSNATO, *La riforma del Terzo settore: note introduttive alla disciplina degli Ets e alla posizione degli enti religiosi civilmente riconosciuti*, in *Studium iuris. Rivista per la formazione nelle professioni giuridiche*, 5/2023, p. 469 e S. COGLIEVINA, *Terzo settore e libertà religiosa. Enti, comunità*



riconosciute dall'art. 19 della Carta fondamentale impone infatti un intervento – non ulteriormente procrastinabile – del Parlamento che, con una legge generale sulla libertà religiosa³⁶, riporti ad equità il sistema e garantisca a tutti indistintamente, anche nei luoghi di cura, il pieno rispetto dei bisogni delle coscienze religiose, atee o agnostiche, in un contesto di vera ed uguale libertà³⁷.

islamiche e prime applicazioni dei RUNTS, Ricerche Giuridiche, Editoriale Scientifica, Napoli, 2024.

³⁶ Che rappresenterebbe la «normativa di chiusura dell'ordinamento italiano sul fenomeno religioso» consentendo finalmente di abbandonare la ormai «superata normativa sui culti ammessi». Una legge comune sulla libertà religiosa, peraltro, «non chiuderebbe affatto le porte alle Intese», ed anzi riassegnerebbe loro il compito di garantire «l'identità religiosa specifica della confessione» secondo il genuino spirito della Carta costituzionale. Così O. FUMAGALLI CARULLI, *Legge e libertà religiosa. Dai "culti ammessi" alla libertà religiosa: un cammino incompiuto della legislazione italiana*, in *Iustitia*, n. 2-3, 2004, p. 197.

³⁷ Si segnala, a questo riguardo, il recente progetto di una legge sulla libertà di coscienza e di religione, redatto dal gruppo di lavoro ospitato dalla Fondazione Astrid (*La legge che non c'è. Proposta per una legge sulla libertà religiosa in Italia*, cit.), in particolare, per il tema che qui interessa, il disposto dell'art. 8.