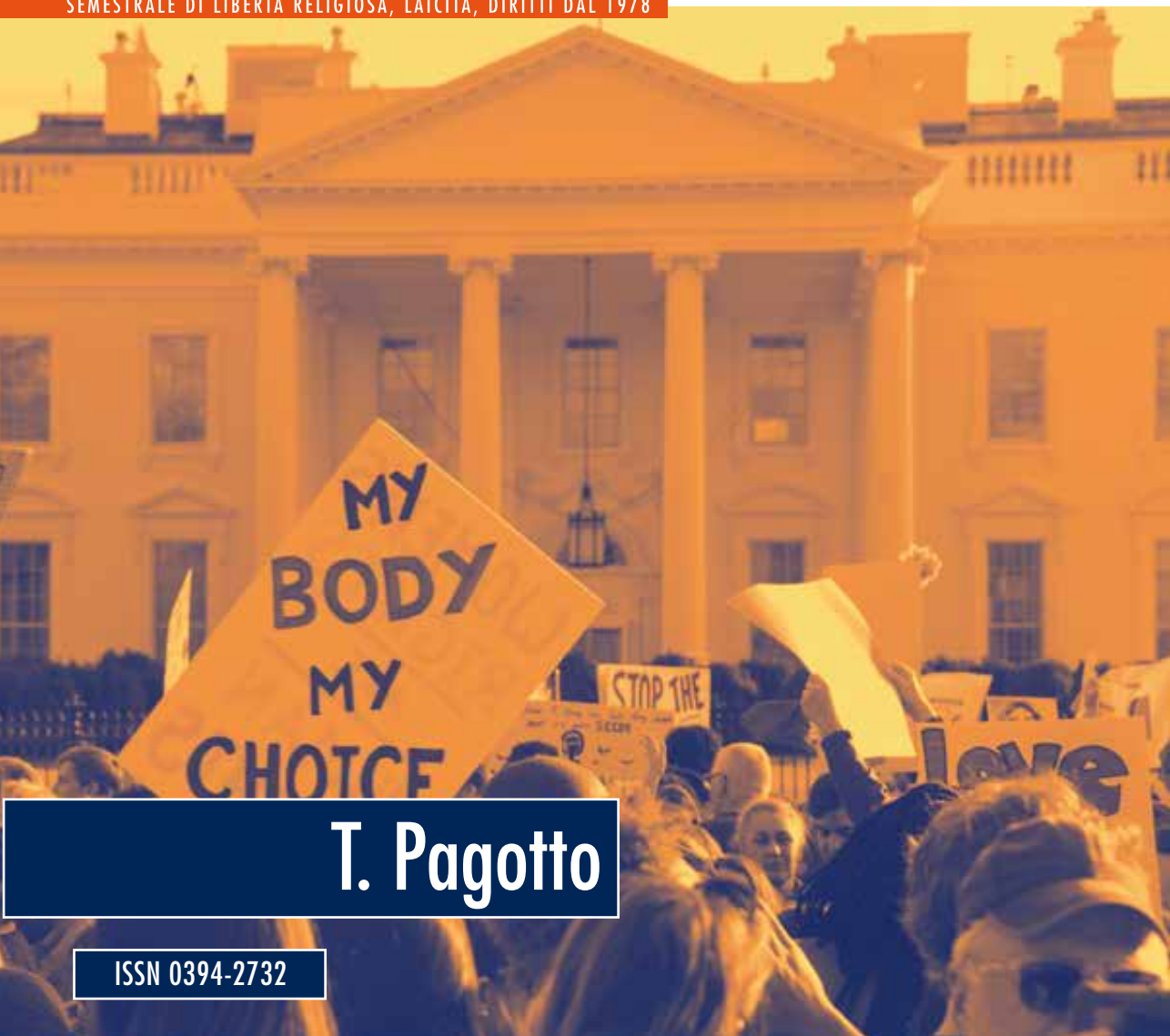




Coscienza e Libertà

SEMESTRALE DI LIBERTÀ RELIGIOSA, LAICITÀ, DIRITTI DAL 1978



T. Pagotto

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

L'assistenza spirituale nei luoghi di cura pubblici negli Stati Uniti d'America: un caso di separatismo cooperativo?

Tania Pagotto

Assegnista di ricerca in Diritto e Religione, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Milano - Bicocca

ABSTRACT

Negli Stati Uniti, il programma federale *Medicare* garantisce copertura sanitaria per i servizi di cura spirituale offerti alle persone con malattie terminali e ricoverate in presidi medici pubblici. Come è possibile che uno dei più celebri Stati separatisti del mondo imponga a strutture pubbliche di organizzare l'assistenza spirituale e, per di più, la finanzia con le risorse dei contribuenti?

SOMMARIO

1. L'assistenza spirituale nei luoghi di cura negli Stati Uniti d'America – 2. Il programma federale *Medicare* e l'assistenza spirituale offerta ai pazienti terminali e alle loro famiglie – 3. L'assistenza spirituale in strutture pubbliche alla luce del separatismo statunitense – 4. Verso un separatismo cooperativo?

1. L'assistenza spirituale nei luoghi di cura negli Stati Uniti d'America

Dati empirici, provenienti dalle scienze medico-sanitarie, dimostrano una correlazione tra i sistemi di credenze spirituali e alcuni fattori che strutturano l'alleanza terapeutica e il successo del percorso di cura.

Le convinzioni spirituali o religiose risultano cruciali tanto per il personale sanitario, quanto per i pazienti stessi, e possono riguardare non solo le modalità e la qualità dell'assistenza fornita da parte dei curanti, ma anche l'autopercezione dello stato di salute da parte dei curati, fino ad incidere sugli esiti clinici dell'iter terapeutico¹.

¹ T.P. DAALEMAN *et al.*, *Spirituality and well-being: an exploratory study of the patient perspective*, in *Social Science & Medicine*, vol. 53, fasc. 11, 2001, p. 1503.



Il concetto di salute, inclusivo del benessere socio-psicologico e spirituale, e non più soltanto come mera integrità fisica, è stato elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1948².

La rinnovata importanza del benessere psicofisico ha funto da apripista a diversi sviluppi nel campo medico e ad una mutata prospettiva nella comunità. Negli Stati Uniti, in particolare, il riconoscimento del paziente come *unicum* di mente e corpo si è diffuso tra il grande pubblico negli anni Settanta, dopo la Conferenza annuale alla Casa Bianca sull'invecchiamento del 1971³. L'evento ha prodotto una capillare sensibilizzazione, anche prettamente terminologica, verso il benessere spirituale della persona fino ad includere nella prospettiva di cura attenzioni legate a questioni religiose, a prospettive di trascendenza e a preoccupazioni sugli scopi ultimi della vita.

Il fattore religioso ha condizionato l'evoluzione della *precision-medicine*, che concepisce la guarigione della persona in tutte le dimensioni che strutturano la sua personalità, inclusi elementi umani, sociali, ambientali, psicologici, e le convinzioni religiose.

Tanto è vero che alcune strutture sanitarie da tempo hanno adottato il cosiddetto approccio «H.O.P.E»⁴. L'acronimo identifica le quattro dimensioni che intersecano la spiritualità e l'organizzazione della cura medico-sanitaria: *hope* (il bisogno di offrire speranza); *organized spiritual or religious practices* (la necessità di organizzare pratiche spirituali o religiose per i pazienti); *personal spirituality and practices* (l'assecondare la spiritualità e le pratiche personali) ed *effects on medical care* (gli effetti della spiritualità sulle cure mediche)⁵.

2. Il programma federale Medicare e l'assistenza spirituale offerta ai pazienti terminali e alle loro famiglie

La più rilevante *policy* sanitaria, che prevede l'inclusione della cura spiri-

² Preambolo alla Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, stipulata a New York il 22 luglio 1946 e approvata in Italia con D.Lgs. 4 marzo 1947, n. 1068.

³ Special Committee on Aging, 1971 *White Conference on Aging*, Report n. 92-53 dell'11 dicembre 1971, www.aging.senate.gov, pp. 69-70 (consultato il 01/09/25).

⁴ G. ANANDARAJAH, E. HIGHT, *Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment*, in *Am. Fam. Physician*, vol 63, fasc. 81, 2001, pp. 85-86.

⁵ N. DHAR et al., *Spiritual health, the fourth dimension: a public health perspective*, in *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, vol 1, fasc. 2, 2013, p. 4.



tuale nei presidi medici pubblici, è prevista a livello federale da Medicare ed è offerta ai malati terminali, ai destinatari di cure palliative e ai loro congiunti⁶.

I programmi *Medicare* e *Medicaid* sono stati istituiti congiuntamente nel 1965, nell'ambito del progetto di Great Society promosso dall'allora presidente L.B. Johnson⁷. Sono stati designati rispettivamente per gli over-65, per persone con disabilità o affette da malattie gravi (*Medicare*)⁸ e per individui a basso reddito (*Medicaid*)⁹. Si ereggono ad espressione tipica del welfare state americano del secondo Dopoguerra e assicurano assistenza e copertura sanitaria pubblica alle fasce più vulnerabili della popolazione, attraverso misure di giustizia redistributiva e interventi positivi dello Stato¹⁰.

Medicare, nello specifico, garantisce copertura assicurativa all'assistenza spirituale che deve essere offerta in presidi sanitari pubblici come elemento integrante dell'approccio olistico mente-corpo riservato alla cura delle persone affette da malattie in stadi avanzati. Il *Title 4, Chapter IV*, del *Code of Federal Regulations* (CFR), reca disposizioni in tema di organizzazione dei Centri per i servizi coperti Medicare e prescrive i servizi di base, inclusi quelli spirituali, che la struttura sanitaria è tenuta ad offrire ai cosiddetti pazienti *hospice*¹¹.

Al momento del ricovero, la casa di cura deve organizzare una valutazione olistica del paziente ad opera di un team multidisciplinare, composto da un medico, un infermiere e un assistente sociale (o uno psicoterapeuta matrimo-

⁶ Questo paper considera i servizi spirituali offerti da case di cura *pubbliche*. Esclude, di converso, i servizi di assistenza spirituale forniti dalle case di cura private, amministrate da organizzazioni religiose. In relazione a queste ultime, un cospicuo *corpus* normativo impedisce la commistione tra servizi religiosi e programmi sanitari che ricevono diretta assistenza finanziaria federale. Si rimanda a S.A. TOVINO, *On Health, Law, and Religion*, in *Washington and Lee Law Review*, vol. 74, fasc. 3, 2017, pp. 1623-1691.

⁷ *Social Security Amendments*, n. 89-97 del 30 luglio 1965. L'atto legislativo integra il *Title XVIII* del *Social Security Act*, n. 74-271 del 14 agosto 1935.

⁸ *Medicare* è un programma interamente federale rivolto a over-65; persone con gravi disabilità; malati di SLA e pazienti terminali malati di insufficienza renale: www.medicare.gov (consultato il 01/09/25).

⁹ *Medicaid* è un programma federale e statale rivolto a persone, anziani, famiglie a basso reddito; donne in gravidanza e persone con disabilità: www.medicaid.gov (consultato il 01/09/25).

¹⁰ J. CLARKE, *US Welfare State: Variations on the Liberal Regime*, in A. COCHRANE ET AL. (a cura di), *Comparing Welfare States*, SAGE, London, 2001, p. 123.

¹¹ *Code of Federal Regulations* (CFR), 42 CFR Chapter IV, www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV (consultato il 01/09/25).



niale e familiare o, ancora, un *counselor* per la salute mentale). Alla valutazione compiuta dal team deve partecipare anche un cappellano o un leader religioso. Oggetto del *global assesment*, infatti, non sono solo i bisogni di assistenza fisica e psicosociale, ma anche le necessità emotive e spirituali del paziente, correlate al benessere e alla dignità della persona¹².

Durante la degenza, l'ente sanitario deve predisporre l'erogazione di specifici servizi di assistenza finalizzati a soddisfare i bisogni spirituali dei degenti, previa accettazione da parte del paziente e della famiglia e nel rispetto delle loro credenze religiose. L'istituto è altresì obbligato ad adoperarsi con ogni ragionevole sforzo per agevolare l'accesso e le visite dei ministri di culto e dei cappellani, di consulenti spirituali o di altri *leader* religiosi di riferimento, che siano in grado di supportare in modo ottimale le esigenze spirituali del paziente¹³.

Il programma *Medicare*, infine, prevede anche un supporto spirituale per i familiari del paziente nelle prime fasi del lutto. Anche in questa fase, il sostegno al riconoscimento e all'elaborazione del dolore e l'accesso a gruppi di supporto tengono in considerazione i fattori sociali, spirituali e culturali che influiscono sulla capacità di affrontare la morte della persona cara¹⁴.

Includere lo *spiritual counselling* all'interno dei benefici *hospice* fa sì che il programma *Medicare* garantisca copertura ai servizi di cappellania ospedaliera. Tale scelta di fondo si è resa maggiormente evidente a seguito di alcune campagne di advocacy realizzate da associazioni ad orientamento religioso¹⁵, che forniscono servizi assistenza spirituale nei luoghi di cura e che sono riuscite a intercettare i vertici del *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS), agenzia federale che opera in seno al U.S. Department of Health and Human Services.

Nel 2022, il CMS ha approvato tre nuovi codici di tracciamento di servizi spirituali offerti in case di cura pubbliche, da inserire nella cartella clinica elettronica del paziente e nel modulo per la richiesta di rimborso delle cure mediche da

¹² *Ivi*, § 418.54.

¹³ *Ivi*, § 418.64(d)(3).

¹⁴ *Ivi*, § 418.54(d).

¹⁵ Come ad esempio l'Healthcare Chaplaincy Network, Leading Age, Association of Professional Chaplains e altri: v. *CMS Approves HCPCS Codes for Chaplains*, SDAHO, 3 novembre 2022, www.sdaho.org (consultato il 01/09/25).



inoltrare alle competenti agenzie federali¹⁶. I codici riguardano tre aspetti spirituali dell'iter terapeutico: la valutazione olistica iniziale, operata dal cappellano come membro del team multidisciplinare¹⁷, i successivi colloqui e *follow-up* individuali tra il paziente e il cappellano (sempre rifiutabili dalla persona)¹⁸ e, infine, il supporto spirituale di gruppo offerto dal ministro di culto¹⁹.

Dal punto di vista economico-finanziario, i ministri di culto e i cappellani sono sì remunerati dalle case di cura pubbliche ma queste, a loro volta, ricevono da parte del Governo federale un rimborso *per diem*. Solo le prestazioni mediche, strettamente intese, sono rimborsabili a *forfait* alle case di cura; i servizi di assistenza spirituale organizzati dalla struttura all'interno del presidio medico, invece, non costituiscono (almeno per il momento) titolo per richiedere un rimborso aggiuntivo *a latere*. I codici sono stati introdotti, più che altro, per ottenere un tracciamento realistico dell'erogazione dei servizi spirituali nelle case di cura pubbliche, così da migliorarne la qualità e l'efficacia²⁰.

3. L'assistenza spirituale in strutture pubbliche alla luce del separatismo statunitense

Come è possibile che uno dei più celebri Stati separatisti del mondo imponga di fornire cure spirituali in strutture ospedaliere pubbliche e, per di più, le finanzia con le risorse dei contribuenti?

Gli Stati Uniti sono tradizionalmente collocati all'interno di quegli ordinamenti giuridici in cui la sfera religiosa e la sfera secolare abitano in quartieri ben distinti²¹. Nel dichiararsi espressamente non-confessionista, l'apparato statale pone in essere uno «sforzo politico-giuridico» che ha lo scopo di evitare

¹⁶ Si tratta dei codici HCPCS (Healthcare Common Procedure Coding System).

¹⁷ Codice Q9001.

¹⁸ Codice Q9002.

¹⁹ Codice Q9003.

²⁰ «One value of HCPCS codes in the EMR is in the tracking and analysis of health care trends and outcomes»: www.cmschaplaincodes.org (consultato il 01/09/25).

²¹ R.J. AHDAR, I. LEIGH, *Religious Freedom in the Liberal State*, Oxford University Press, Oxford, UK, 2013, pp. 100-109. Si rimanda, per tutti, a P. ANNICCHINO, *Esportare la libertà religiosa: il modello americano nell'arena globale*, Il Mulino, Bologna, 2015. A. MADERA, *Spunti evolutivi nella giurisprudenza della Corte suprema U.S.A. sul Primo emendamento*, in *Quaderni di diritto e politica ecclesiastica*, 3/2001, pp. 785-810.



la reciproca interferenza tra la religione e lo Stato²².

Il Primo emendamento del Bill of Rights del 1791 ha cercato di assicurare la separazione tra Stato e Chiesa senza tuttavia rinnegare la rilevanza del fattore religioso nella storia della nazione, nel tessuto dei rapporti sociali e nel dispiegarsi della vita di comunità²³.

La disposizione offre una coppia di garanzie o clausole complementari. Da una parte, la Costituzione garantisce ai cittadini la *free exercise of religion*, vietando tanto al governo federale quanto agli Stati federati di «approvare leggi ... che proibiscano il libero esercizio della religione» (*free exercise clause*).

Dall'altra parte, la norma impedisce di «promulgare leggi per il riconoscimento ufficiale di una religione» (*no establishment clause*) e, quindi, di coartare le coscienze dei cittadini, discriminare alcuni e favorire altri per motivi religiosi, obbligare ad adottare comportamenti religiosamente orientati, produrre un'indebita coalescenza tra lo Stato e le Chiese.

Come in ogni altra giurisdizione di *common law*, non sarebbe possibile ottenere un'immagine realistica della libertà religiosa in America senza considerare la giurisprudenza della Corte suprema.

Non sono in realtà così cospicui i precedenti giurisprudenziali che hanno ad oggetto violazioni del Primo emendamento a causa del finanziamento pubblico di servizi sanitari pubblici forniti da ministri di culto o amministrati da associazioni religiose.

Bradfield v. Roberts (1899)²⁴ costituisce una delle pronunce più risalenti in cui il Governo federale si è dovuto difendere da un'asserita violazione dell'*establishment clause* sollevata da parte di un contribuente che si opponeva all'impiego di risorse pubbliche per il finanziamento di attività condotte da comunità religiose.

Il caso riguardava la destinazione di un finanziamento federale, prevista da un atto del Congresso, per la costruzione a Washington D.C. di un ospedale amministrato da suore cattoliche. Il ricorrente Sig. Bradfield, in particolare,

²² J. TEMPERMAN, *State-Religion Relationships and Human Rights Law: Towards a Right to Religiously Neutral Governance*, Martinus Nijhoff Publishers, Leiden-Boston, 2010, p. 111.

²³ D. BARTON, *Separation of Church & State: What the Founders Meant*, WallBuilder Press, Alledo, TX, 2007, p. 7.

²⁴ *Bradfield v. Roberts*, 175 U.S. 291 (1899).



contestava che l'uso di risorse pubbliche federali violasse il principio di separazione tra Stato e Chiesa, dal momento che «fondi pubblici erano utilizzati e impegnati per la promozione e il sostegno di un'associazione privata e religiosa ... in contrasto con la Costituzione»²⁵.

La Corte suprema, chiamata a dirimere la controversia, ha adottato inizialmente un approccio permissivo, notando che «nell'atto di costituzione nulla viene detto sulla religione o sulla fede religiosa ... Si tratta semplicemente di un caso di ordinaria costituzione di un ospedale, per gli scopi per cui tale ente è generalmente realizzato»²⁶.

Focalizzando l'attenzione sui servizi concreti offerti dall'istituto (e non sull'orientamento religioso della *governance* dell'ente), la Corte ha concluso che gli scopi perseguiti dall'ospedale erano di natura eminentemente secolare: fornire servizi di sanità pubblica a malati e invalidi, soprattutto veterani. Stando così le cose, il Primo emendamento non vieterebbe di stanziare sovvenzioni pubbliche a beneficio di tali attività, ancorché gestite da una comunità religiosa.

La sentenza in esame è in effetti risalente (1899) e non è possibile escludere con certezza che il verdetto sarebbe potuto essere parzialmente di segno opposto se fosse stato emesso a cavallo tra gli anni Settanta e Ottanta del Novecento, ovvero da quella Corte ad orientamento "separazionista" che ha elaborato il *Lemon test*. Si tratta di uno strumento ermeneutico piuttosto rigido utilizzato dal bench di Washington per valutare di volta in volta la costituzionalità delle disposizioni nei procedimenti di *judicial review* aventi ad oggetto il Primo emendamento.

In *Lemon v. Kurtzman* (1971)²⁷ la Corte ha stabilito che, per potersi considerare rispettosa del Primo emendamento, una misura legislativa federale o statale deve superare con successo tre verifiche: (i) deve perseguire uno scopo dichiaratamente secolare; (ii) non deve produrre l'effetto principale di favorire o sfavorire una religione; (iii) non deve creare un eccessivo legame tra il Governo e la religione²⁸.

²⁵ *Ivi*, 175 U.S. 293.

²⁶ *Ivi*, 175 U.S. 297.

²⁷ *Lemon v. Kurtzman*, 403 U.S. 602 (1971).

²⁸ Si rimanda all'ampia ricostruzione sui test elaborati dalla giurisprudenza statunitense a G. D'ANGELO, *Libertà religiosa e diritto giurisprudenziale. L'esperienza statunitense*, Giappichelli, Torino, 2016.



La giurisprudenza federale successiva a *Lemon*, tuttavia, ha aderito anche a canoni meno stringenti, soprattutto laddove chiamata a verificare censure di costituzionalità aventi ad oggetto interventi di *welfare* sociali e programmi educativi²⁹. In questi casi, la Corte si è orientata maggiormente verso la verifica della neutralità del servizio offerto o della *policy* governativa, più che sulla necessità di erigere un sempre più alto muro di divisione, di jeffersoniana memoria, tra la sfera pubblica e la sfera religiosa³⁰.

Questa tendenza giurisprudenziale è emersa in alcune pronunce relative al sistema di istruzione, riguardanti ad esempio la possibilità per i docenti di insegnare sia in scuole pubbliche sia in scuole parrocchiali³¹, il finanziamento pubblico per l'acquisto di materiali didattici impiegati in scuole cattoliche³² e la previsione di *voucher* da utilizzare per frequentare non solo istituti scolastici pubblici ma anche scuole gestite da associazioni religiose³³.

In materia di prestazioni di social welfare, infine, in *Bowen v. Kendrick* (1988)³⁴ la Corte suprema ha dovuto chiarire se le organizzazioni religiose potessero ottenere sovvenzioni federali finalizzate a promuovere programmi di contrasto alle gravidanze precoci e adolescenziali. In particolare, l'*Adolescent Family Life Act* (AFLA) del 1981 destinava risorse anche ad organizzazioni religiose ed enti *no-profit* che si adoperassero in azioni mirate ad educare a una sessualità consapevole e a sviluppare approcci prudenti all'affettività.

Nel ritenere che lo scopo primario dell'AFLA non fosse quello di promuovere la religione e che le disposizioni in esso previste non comportassero un eccessivo coinvolgimento dei poteri pubblici in materie spirituali, la Corte ha statuito che al Congresso non è vietato «riconoscere il ruolo importante che

²⁹ Si rinvia alla ricostruzione offerta da C. DURHAM-B.G. SCHARFFS, *Law and Religion: National, International, and Comparative Perspectives*, Wolters Kluwer Law & Business, New York, 2019, pp. 253-255.

³⁰ Le successive elaborazioni dei testi sono le seguenti: *Endorsement test*, proposta dalla giudice Sandra Day O'Connor nella *dissenting opinion* di *Lynch v. Donnelly* (1984); il *Coercion test*, elaborato dal giudice Kennedy nel caso *Lee v. Weisman* (1992); infine, l'*history and tradition* prodotto in *Kennedy v. Bremerton School Dist.* (2022). Sia consentito rinvio a T. PAGOTTO, *La religione civile tra autorità e libertà. Stati Uniti, Inghilterra, Canada*, Giappichelli, Torino, 2024.

³¹ *Agostini v. Felton*, 521 U.S. 203 (1997).

³² *Mitchell v. Helms*, 530 U.S. 793 (2000).

³³ *Zelman v. Simmons-Harris*, 536 U.S. 639 (2002).

³⁴ *Bowen v. Kendrick*, 487 U.S. 589 (1988).



la religione o le organizzazioni religiose possono svolgere nella risoluzione di alcuni problemi secolari»³⁵.

4. Verso un separatismo cooperativo?

Il dibattito sulla (in)compatibilità, rispetto al Primo emendamento, di prevedere sovvenzioni per attività spirituali continua a dividere l'America e probabilmente genererà ulteriori controversie giurisprudenziali nel futuro prossimo.

Un caso emblematico, che ha attratto grande risonanza mediatica, riguarda i servizi di cappellania offerti ai veterani. In *Freedom From Religion Foundation, Inc. v. Nicholson* (2008)³⁶, la US Court of Appeals, Seventh Circuit, è stata chiamata a decidere se si fosse verificata una violazione del dell'*Establishment clause* per via dello stanziamento di risorse pubbliche, da parte del Department of Veterans Affairs, per la realizzazione di pratiche religiose e spirituali all'interno di strutture pubbliche.

Anche se la causa è stata in ultima analisi respinta per motivi legati alla mancanza di legittimazione processuale dei ricorrenti (*lack of standing*), potremmo provare, in sede di conclusioni, a riflettere su un dato.

Dopo l'attentato terroristico che nel 1995 ha colpito l'Alfred P. Murrah Federal Building nel cuore di Oklahoma City, sono stati condotti alcuni studi sui vigili del fuoco intervenuti a sedare il terribile incendio. I dati hanno dimostrato che, nel trattamento del disturbo post-traumatico da stress, «la fede è stata un fattore predittivo primario di positiva risoluzione entro un anno dall'evento»³⁷.

Offrire assistenza spirituale e organizzare pratiche religiose all'interno di strutture pubbliche potrebbe avere buone *chance* per entrare nel novero di quelle politiche che, da una parte, certamente implicherebbero iniziative legate alla fede. Dall'altra parte, sarebbero altresì in grado di perseguire gli

³⁵ Corsivo aggiunto. *Ivi*, 487 U.S. 607.

³⁶ *Freedom Religion v. Nicholson*, R., No. 07-1292 (7th Cir. 2008). A livello federale si v. anche *Hein v. Freedom From Religion Foundation, Inc.*, 551 U.S. 587 (2007).

³⁷ C.J.P. WARNOCK, *Who Pays for Providing Spiritual Care in Healthcare Settings? The Ethical Dilemma of Taxpayers Funding Holistic Healthcare and the First Amendment Requirement for Separation of Church and State*, in *Journal of Religion and Health*, vol. 48, fasc. 4, 2009, p. 475.



scopi propri di politiche di sanità pubblica³⁸. Potrebbero riuscire a realizzare esternalità positive tanto per la comunità, quanto per il sistema sanitario nel suo complesso. Dal punto di vista dei rapporti Stato-Chiesa, infine, potrebbero addirittura rappresentare una possibile strada per legittimare una proficua (e costituzionale) cooperazione in uno Stato a matrice separatista.

³⁸ H.G. KOENIG, *Is Religion Good for Your Health? The Effects of Religion on Physical and Mental Health*, Haworth Pastoral Press, New York-London, 1997.