



Luigi Mariano Guzzo

(dottorando di ricerca in Teoria del Diritto e Ordine Giuridico ed Economico Europeo nell'Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro, Dipartimento di Scienze Giuridiche, Storiche, Economiche e Sociali)

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 *

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Cenni sulla disciplina dell'assistenza religiosa nelle strutture sanitarie - 3. La *regionalizzazione* del sistema sanitario - 4. Il processo di *federalismo ecclesiastico* - 5. Il Protocollo d'intesa tra la Regione Calabria e la Conferenza Episcopale Calabria: a) il personale dell'assistenza religiosa; b) l'ambito di applicazione del Protocollo e la finalità dell'assistenza religiosa; c) l'oggetto della prestazione, i locali e le attrezzature del servizio di assistenza religiosa; d) la *Commissione paritetica regionale* per la risoluzione delle controversie - 6. Conclusioni.

1 - Premessa

Il 3 agosto 2016, nella sede della Cittadella Regionale di Catanzaro, il Presidente della Giunta Regionale, Mario Oliverio, e il Presidente della Conferenza Episcopale Calabria, Vincenzo Bertolone, arcivescovo metropolitano di Catanzaro-Squillace, hanno sottoscritto il "*Protocollo d'intesa tra la Regione Calabria e la Conferenza Episcopale Calabria per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero delle aziende sanitarie e ospedaliere*"¹, il cui schema è stato approvato con Decreto dei Dirigenti della Regione Calabria n. 8639 del 22 luglio 2016. Dinanzi al fenomeno di una disciplina, quella dell'assistenza religiosa nelle strutture

* Contributo sottoposto a valutazione.

¹ I vescovi calabresi auspicano che "in uguale spirito collaborativo, nel rispetto dei ruoli e delle rispettive competenze [...] possa rafforzarsi il dialogo, la fiducia e il reciproco ascolto tra la Regione e la Conferenza Episcopale nell'esclusivo bene della collettività calabrese, che sta vivendo un periodo particolarmente tormentato della sua storia e necessita quindi di risposte concrete e positive". Si rimanda al Comunicato Stampa della Conferenza Episcopale Calabria - che si è riunita a Catanzaro, presso l'Istituto Teologico Calabro "San Pio X", il 19 e il 20 settembre 2016 - pubblicato sull'Agenzia di stampa internazionale *Zenit*. *Il mondo visto da Roma*, nell'edizione italiana del 25 settembre 2016 (cfr. *I progetti della Conferenza Episcopale Calabria*, in <https://it.zenit.org/articles/i-progetti-della-conferenza-episcopale-calabra/>).



di ricovero del servizio sanitario, sempre più regolamentata da una serie di fonti normative regionali *unilaterali*² o *pattizie*, concordate con le articolazioni territoriali della Chiesa cattolica³ o, in sporadiche occasioni, delle autorità competenti delle altre confessioni religiose⁴ e, finanche, delle

² Vedi, per tutti, la legge reg. n. 10 del 2011 per il Friuli Venezia Giulia in materia di *“Interventi per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”*, che all’art. 9 (*“Assistenza spirituale e religiosa”*), stabilisce: *“Ogni malato in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita ha diritto ad avere un’adeguata assistenza spirituale e religiosa, con le modalità che il malato stesso e la sua famiglia richiedono”*, e la legge reg. Lombardia n. 3 del 2008, in materia di *“Governare della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale”*, che all’art. 7, secondo comma, lett. b, tra *“i diritti della persona e della famiglia”*, assicura *“l’accesso alle strutture dei ministri di culto, dei volontari e delle altre persone la cui presenza sia richiesta dagli utenti”*.

³ Per tutti, si vedano *“Protocollo di relazioni tra la Conferenza Episcopale Piemontese e la Regione Piemonte per il riconoscimento del tavolo tra gli organismi di ispirazione cristiana operanti nel settore sanitario”* del 21 giugno 2011 che ha modificato l’*“Intesa fra la Regione Piemonte e la Conferenza Episcopale Piemontese per il servizio di assistenza religiosa presso le strutture di ricovero del Servizio Sanitario Regionale”*, del 22 luglio 1998; *“Protocollo di intesa tra la Regione Veneto e le Diocesi della Provincia Ecclesiastica Veneta per la disciplina dell’assistenza religiosa cattolica negli enti sanitari ed assistenziali pubblici e privati accreditati”* del 24 novembre 2009; altresì il modificato *“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”*, dell’1 aprile 2008 che ha superato il *“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”* del 29 febbraio 2000; *“Protocollo d’intesa tra Regione Lombardia e Regione Ecclesiastica Lombardia per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica negli enti sanitari ed assistenziali pubblici e privati accreditati”* del 21 marzo 2005; *“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 (R.S.A.) presenti sul territorio provinciale”* del 12 febbraio 2003; *“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”* del 30 gennaio 2002; *“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”* del 7 dicembre 2001; *“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”* del 19 novembre 2001; *“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”* del 9 ottobre 2001; *“Schema d’intesa tra l’Assessorato Regionale della Sanità e la Conferenza Episcopale Siciliana sull’assistenza religiosa”* del 30 aprile 2001. Si rinvia, sul punto, a **I. BOLGIANI**, *La Chiesa cattolica in Italia: normativa pattizia*, Giuffrè, Milano, 2009.

⁴ Cfr., ad esempio, *“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”* dell’11 marzo 2009; *“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 Ospedalieri Valdesi”* del 20 aprile 2005; *“Protocollo d’intesa tra la Regione Lazio e la Comunità Ebraica di Roma per il*



associazioni umaniste⁵, anche la Calabria si dota di un'*intesa* (*melius*, di un *protocollo d'intesa*) per definire gli ambiti di azione e le modalità concrete della disciplina che regola l'assistenza religiosa cattolica nelle strutture ospedaliere.

2 - Cenni sulla disciplina dell'assistenza religiosa nelle strutture sanitarie

Per la Chiesa cattolica il servizio di assistenza religiosa nelle strutture sanitarie è garantito dall'art. 11 dell'Accordo di Villa Madama (legge n. 121 del 1985) secondo cui "la degenza in ospedali, case di cura o di assistenza pubbliche ... non [può] dar luogo ad alcun impedimento nell'esercizio della libertà religiosa e nell'adempimento delle pratiche di culto dei cattolici". Per le confessioni diverse dalla cattolica il servizio è riconosciuto nelle *intese* stipulate con lo Stato ai sensi dell'art. 8, terzo comma, Cost⁶, le cui

servizio di assistenza religiosa agli infermi e al personale nelle aziende sanitarie" del 3 novembre 2003.

⁵ Dal 2009 è stato previsto un servizio di *assistenza morale non confessionale* per i degenti dell'Ospedale Molinette di Torino, in collaborazione con l'Unione degli Atei e degli Agnostici Razionalisti (UAAR), mediante una convenzione. Detta convenzione definisce l'assistenza morale non confessionale come un "aiuto competente e accurato fornito agli individui atei e agnostici che, all'interno del nosocomio, si interrogano sulle domande esistenziali, come il senso della malattia, della vita e della morte". La stessa assistenza non confessionale è assimilata, dal punto di vista giuridico, all'assistenza religiosa, in quanto "le convinzioni non confessionali in materia di religione sono anch'esse estrinsecazione della libertà di religione protetta dall'articolo 19 della Costituzione [...]". La convenzione specifica, infatti, che "l'assistenza morale agli atei e agli agnostici, pertanto, dev'essere considerata come parte integrante dell'assistenza sanitaria generale". Nel 2010 il servizio è stato esteso allo IEO di Milano, nel 2011 al CTO e al Maria Adelaide di Torino, nel 2013 all'ospedale di Cona (Ferrara) e al San Camillo-Forlanini di Roma, nel 2014 all'ospedale Careggi di Firenze. Sul punto si rimanda al sito internet www.uaar.it. In generale, sui profili dei rapporti tra UAAR e Stato, si veda **D. BILOTTI**, *L'Unione degli Atei e degli Agnostici Razionalisti (UAAR), membro associato della International Humanist and Ethical Union, come soggetto stipulante un'intesa con lo Stato, ex art. 8, III Cost., in Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, Rivista telematica (www.statoechiese.it), luglio 2011.

⁶ Cfr. art. 6 della legge n. 449 del 1984 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e le chiese rappresentate dalla Tavola valdese*); art. 8 della legge n. 516 del 1988 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e l'Unione italiana delle Chiese cristiane avventiste del 7° giorno*), art. 4 della legge n. 517 del 1988 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e le Assemblee di Dio in Italia*); art. 7 e art. 9 della legge n. 101 del 1989 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e l'Unione delle Comunità ebraiche italiane*); art. 6 della legge n. 116 del 1995 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e l'Unione Cristiana Evangelica Battista d'Italia*); art. 6 della legge n. 520 del 1995 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e la Chiesa Evangelica Luterana in Italia*); art. 5 della legge n. 126 del 2012 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e la Sacra arcidiocesi ortodossa d'Italia ed Esarcato per l'Europa*



disposizioni, in generale, riconoscono il libero accesso alle strutture ospedaliere senza limitazione di orario, sebbene l'effettività del servizio dipenda comunque dalla disponibilità del ministro di culto richiesto. Per quelle confessioni che, invece, non hanno stipulato intesa con lo Stato, la "base giuridica" del servizio di assistenza religiosa nelle strutture sanitarie è ancora da rintracciarsi nel r.d. n. 289 del 1930 (*Norme per l'attuazione della L. 24 giugno 1929 n. 1159, sui culti ammessi nello Stato e per il coordinamento di essa con le altre leggi dello Stato*), il cui art. 5 statuisce che i "ministri dei culti ammessi" possono essere autorizzati, su richiesta, a "prestare l'assistenza religiosa ai ricoverati che la domandino", mediante un'autorizzazione della direzione amministrativa che deve indicare, altresì, "le modalità o le cautele con cui l'assistenza deve essere prestata".

Ex parte Rei publicae l'assistenza religiosa trova riconoscimento nell'art. 38 della legge n. 833 del 1978 (*Istituzione del servizio sanitario nazionale*), nel rispetto della "volontà e della libertà di coscienza del cittadino"⁷ (primo comma). La regolamentazione del servizio⁸, per come afferma il secondo comma della suddetta disposizione legislativa, è programmata dall'Unità Sanitaria Locale "d'intesa" con gli "Ordinari diocesani, competenti per territorio", per la Chiesa cattolica, e con le "autorità religiose competenti per territorio", per gli altri culti.

Si precisa che gli oneri economici dell'assistenza religiosa sono a carico dell'ente ospedaliero (art. 35 del d.p.r. n. 128 del 1969 su *Ordinamento interno dei servizi ospedalieri*), nonostante alcune confessioni, nell'intesa abbiano deciso di non gravare sulle casse pubbliche per le spese del servizio⁹. Ma, invero, solo i "ministri di culto cattolico" costituiscono il

Meridionale); art. 11 della legge n. 127 del 2012 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e la Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli ultimi giorni*); art. 8 della legge n. 128 del 2012 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e la Chiesa apostolica in Italia*); art. 10 della legge n. 127 del 2012 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e la Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli ultimi giorni*); art. 6 della legge n. 128 del 2012 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e la Chiesa apostolica in Italia*); art. 5 della legge n. 245 del 2012 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e l'Unione Buddhista Italiana*); art. 5 della legge n. 246 del 2012 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e l'Unione Induista Italiana, Sanatana Dharma Samgha*).

⁷ Anche nei centri residenziali di cure palliative deve essere assicurato il servizio di assistenza religiosa "nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino", ai sensi dell'art. 3 dell'Allegato 1 al d.p.c.m. del 20 gennaio 2000 (*Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative*).

⁸ Cfr. A. VALSECCHI, *L'assistenza spirituale nelle comunità separate*, in G. Casuscelli (a cura di), *Nozioni di diritto ecclesiastico*, 5ª ed., Giappichelli, Torino, 2015, p. 219.

⁹ Si vedano: art. 6 della legge n. 449 del 1984 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e le chiese rappresentate dalla Tavola valdese*); art. 10 della legge n. 516 del 1988 (*Norme*



“personale di assistenza religiosa” nella pianta organica del personale degli enti ospedalieri (art. 1, ottavo comma, d.p.r. n. 130 del 1969 sullo “*Stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri*”) e, quindi, tra essi e la struttura sanitaria, a cui afferiscono, si instaura un rapporto di pubblico impiego. Sul punto la giurisprudenza amministrativa ha precisato che per l’instaurazione del rapporto di pubblico impiego in questione si rende necessario il raggiungimento dell’*intesa* tra l’amministrazione sanitaria e l’autorità ecclesiastica¹⁰, a norma, quindi, dell’art. 38, secondo comma, della legge n. 833 del 1978. Per di più, il personale religioso rientra nel “ruolo professionale”, iscritto in una separata tabella, e deve rendersi reperibile “per i casi di particolari esigenze di servizio” (art. 3 e art. 27 del d.p.r. n. 761 del 1979).

I soggetti destinatari dell’assistenza religiosa nelle strutture sanitarie tradizionalmente sono i pazienti e i ricoverati, impossibilitati, per la loro particolare condizione di degenza, a ottemperare in altro modo ai loro obblighi confessionali. La *ratio* dell’istituto, infatti, da un punto di vista storico, è da farsi risalire all’interesse che i gruppi confessionali hanno sempre manifestato, ed espresso in attività che nel tempo poi si sono istituzionalizzate in forme diverse¹¹, nei confronti di quello che, in

per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e l’Unione italiana delle Chiese cristiane avventiste del 7° giorno); art. 7 della legge n. 517 del 1988 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e le Assemblee di Dio in Italia*); art. 6 della legge n. 116 del 1995 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e l’Unione Cristiana Evangelica Battista d’Italia*); art. 9 della legge n. 520 del 1995 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e la Chiesa Evangelica Luterana in Italia*); art. 5 della legge n. 126 del 2012 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e la Sacra arcidiocesi ortodossa d’Italia ed Esarcato per l’Europa Meridionale*); art. 11 della legge n. 127 del 2012 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e la Chiesa di Gesù’ Cristo dei Santi degli ultimi giorni*); art. 8 della legge n. 128 del 2012 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e la Chiesa apostolica in Italia*); art. 5 della legge n. 245 del 2012 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e l’Unione Buddhista Italiana*); art. 5 della legge n. 246 del 2012 (*Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e l’Unione Induista Italiana, Sanatana Dharma Samgha*).

¹⁰ Cfr. Cons. St., sez. V, n. 263 del 2001: “l’art. 38, L. n. 833 del 1978 impone, come presupposto per l’attivazione nell’ambito delle strutture ospedaliere pubbliche del servizio di assistenza religiosa, il raggiungimento di una *intesa* tra l’Amministrazione e la Curia, in mancanza della quale non è configurabile un rapporto di pubblico impiego fra il religioso e l’Amministrazione, ma al limite un rapporto di mero fatto rilevante peraltro nella misura consentita dalla legge, e cioè in presenza di un rapporto di subordinazione gerarchica, implicante esclusività e continuità delle prestazioni, osservanza di un orario di lavoro, retribuzione in misura fissa e continuativo e stabile inserimento del religioso nella struttura organizzativa dell’ente”.

¹¹ Tra queste non possiamo dimenticare, nell’esperienza cristiana, le *confraternite*, le cui funzioni di “assistenza” si inserivano in una specifica modulazione dei rapporti tra l’autorità statale e quella ecclesiastica. Per un’analisi degli aspetti storiografici e canonistici dell’istituto si segnala, fra tutti, A. MANTINEO, *Le confraternite: una tipica forma di*



particolare nella tradizione cristiana¹², è stato riconosciuto come il *ministero* per gli infermi, a partire dall'esortazione di Gesù contenuta in Luca 10, 9: "guarite i malati ..." ¹³ (un versetto che è stato tradotto dalla sensibilità teologica femminile con l'espressione "curate i deboli ..." ¹⁴).

3- La regionalizzazione del sistema sanitario

Con il Protocollo d'intesa in questione, quindi, la Calabria colma una lacuna per quanto attiene il settore dell'assistenza religiosa nelle strutture sanitarie, materia la cui disciplina normativa si inserisce all'interno del perimetro delle autonomie regionali¹⁵, con l'ormai compiuta *regionalizzazione* dell'ordinamento della sanità¹⁶. La regionalizzazione dell'ordinamento sanitario è avviata dalle cosiddette "riforme della riforma"¹⁷: legge delega n. 412 del 1992 e il d.lgs.vo n. 502 del 1992; legge delega n. 419 del 1998 e il d.lgs.vo n. 229 del 1999. Tali interventi normativi (*ri*)definiscono, in particolare, 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. Soprattutto giova ricordare che l'art. 1, tredicesimo comma, d.lgs.vo n. 229 del 1999 attribuisce 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 obbiettivo del Piano Sanitario Nazionale, il quale, invece, indica "gli obiettivi di salute, i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni efficaci e appropriate da garantire a tutti i cittadini", *ex art. 2, primo comma, lett. a, legge n. 419 del 1998.*

associazione laicale, Giappichelli, Torino, 2008.

¹² Sul punto, e segnatamente per la Chiesa cattolica, si veda **CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA**, *Le istituzioni sanitarie cattoliche in Italia. Identità e ruolo*, Roma, 2000, pp. 5 e ss.

¹³ Si utilizza l'edizione *La Bibbia. Via, Verità e vita*, nuova versione ufficiale della Conferenza Episcopale Italiana, Edizioni San Paolo, 2009.

¹⁴ Cfr. l'edizione *I Vangeli*, a cura di Rosanna Virgili, con le traduzioni e i commenti di Rosalba Manes, Annalisa Guida, Rosanna Virgili e Marida Nicolaci, Ancora, Milano, 2015.

¹⁵ Come è stato notato, "today religious assistance in hospitals and nursing homes is frequently regulated by regional laws and the concrete way in which it is given is often detailed in agreements signed between the local health and religious authorities": così **S. FERRARI, A FERRARI**, *Italy*, in G. Robbers, W. Cole Durham jr. (a cura di), *Encyclopedia of Law and Religion*, Brill-Nijhoff, Leiden-Boston, 2016, p. 209.

¹⁶ Cfr. **G. GIOVETTI**, *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*, n. 2/2003, p. 387.

¹⁷ Così **G. PASTORI**, *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Diritto Pubblico*, n. 1, 2001, p. 85.



Se queste riforme normative mirano dall'*interno* a modulare, in via sussidiaria, le competenze in tema di sanità, dall'*esterno*¹⁸, invece interviene, con tutta la sua forza centrifuga, la riforma in senso "federalista" della Repubblica italiana, con la legge costituzionale n. 3 del 2001, che ha revisionato il Titolo V, Parte II, della Costituzione. Tale processo di revisione costituzionale, com'è stato sottolineato, "ha inciso in misura assai rilevante anche in ordine alla disciplina della sanità"¹⁹.

La revisione del Titolo V, in effetti, ha operato un'inversione di tendenza rispetto al "vecchio" art. 117 Cost., in quanto la norma ora elenca le materie di competenza esclusiva dello Stato e, al contempo, indica, in tal modo, la competenza legislativa delle Regioni in via residuale: "spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento a ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato" (quarto comma). In particolare, la "tutela della salute" è inserita tra le materie di legislazione concorrente, rispetto alle quali, quindi, non può risultare estranea²⁰ l'assistenza religiosa nei presidi ospedalieri e sanitari²¹. In effetti, sebbene dal tenore letterale dell'art. 117 Cost. risulti evidente come i rapporti con le confessioni religiose siano riservati alla competenza esclusiva della Repubblica (secondo comma, lett. c), si è subito notato come non si esaurisca in tale ambito l'articolazione del sistema dei rapporti tra i poteri pubblici e le rappresentanze confessionali, in quanto la "riserva" della materia alla legislazione statale "riguarda esclusivamente gli aspetti apicali delle relazioni fra lo Stato e tutte le confessioni religiose, ivi compresa la Chiesa cattolica"²². E, così, interpretazioni variamente estensive dell'art. 117 Cost., nonché immancabili interventi legislativi, hanno portato alla prassi di una "contrattazione decentrata"²³ a diverso titolo, sulla scorta di un dialogo tra le autonomie locali e le confessioni religiose. Ciò qualifica le Regioni come

¹⁸ Utilizziamo, anche noi, le categorie di "interno" ed "esterno", in quanto per **G. GIOVETTI**, *Commento*, cit., pp. 387-389, il "motore" di una attività legislativa che ha condotto al regionalismo del sistema sanitario, è stato caratterizzato da diversi fattori sviluppati su due "linee", la prima "interna" e la seconda "esterna".

¹⁹ Vedi **G. GIOVETTI**, *Commento*, cit., p. 388.

²⁰ Cfr. **G. GIOVETTI**, *Commento*, cit., p. 389, in cui si sottolinea che "l'assistenza religiosa nelle strutture di ricovero costituisce una componente" della "materia" della "tutela della salute".

²¹ Per una riflessione generale sugli effetti della revisione del Titolo V nei rapporti con le confessioni religiose si rimanda a **A. MANGIA**, *Stato e confessioni religiose dopo la riforma del Titolo V*, in *Quaderni di diritto e politica ecclesiastica*, n. 2/2002, p. 343 ss., e **P. CONSORTI**, *Nuovi rapporti fra la Repubblica e le confessioni religiose? Sui riflessi ecclesiastici della riforma del Titolo V, parte seconda, della Costituzione*, in *Quaderni di diritto e politica ecclesiastica*, n. 1/2003, p. 13 ss.

²² Vedi **P. CONSORTI**, *Diritto e religione*, Editori Laterza, Roma-Bari, 2° ed., 2014, p. 241.

²³ **P. CONSORTI**, *Diritto e religione*, cit.



soggetti con “potestà concordataria”²⁴ in quelle materie che non rientrano nella competenza esclusiva dello Stato e che, nondimeno, su profili differenziati, interessano il fenomeno religioso. Si pensi, ad esempio, alla disciplina della tutela o valorizzazione del patrimonio culturale o, per l'appunto, a quella dell'assistenza religiosa nel comparto della sanità. È proprio in queste materie, infatti, che si registrano i più importanti accordi regionali di interesse ecclesiasticistico²⁵. Già nel 1976, in maniera pionieristica, la rivista *Città & Regione* dedicava un numero monografico al tema “*Autonomie regionali e società religiosa*”²⁶, in anni in cui la disciplina del diritto ecclesiastico era ancora orientata verso l'analisi tradizionale del versante verticistico dei rapporti tra Stato e confessioni religiose²⁷. Adesso è ormai pacifico in dottrina indicare le leggi regionali quali fonti di norme di diritto ecclesiastico²⁸ e, quindi, di un “diritto ecclesiastico regionale”²⁹ (molto più che un “diritto ecclesiastico sommerso”³⁰), almeno, a partire da quando si è affermato, a far data dal 1976, il “ruolo delle autonomie locali (Regioni, Comuni) nella valutazione degli interessi religiosi locali, anche in rapporto a quelli generali di competenza statale”³¹. Questo impianto, come

²⁴ P. CONSORTI, *Diritto e religione*, p. 243: “... nel caso delle Regioni sembra naturale che possa darsi una “potestà concordataria” quando non si tratti di legiferare negli ambiti di esclusiva competenza statale, ossia in quelli richiamati nell'art. 117 come “competenza concorrente” (si pensi, ad esempio, all'istruzione, alla tutela della salute, alla valorizzazione dei beni culturali e ambientali, alla promozione e organizzazione di attività culturali) e nell'art. 118, terzo comma (che crea una sorta di competenza concorrente secondaria su materie delicate come immigrazione, ordine pubblico, sicurezza e tutela dei beni culturali”.

²⁵ Si veda A.G. CHIZZONITI, I. BOLGIANI, *L'evoluzione della disciplina regionale del fenomeno religioso*, in E. Longobardi (a cura di), *Regionalismo e regioni in Italia*, Gangemi, Roma, 2011, p. 135 ss.

²⁶ *Città & Regione*, 6 (1976).

²⁷ A proposito del numero monografico *Città & Regione*, 6 (1976), di “una scelta coraggiosa a fronte di un sistema di studi tradizionalmente basato sul binomio verticistico Stato/confessioni religiose” parla I. BOLGIANI, “*Autonomie regionali e società religiose*”: le intuizioni della dottrina, in A.G. CHIZZONITI, *Religione e autonomie locali. La tutela della libertà religiosa nei territori di Cremona, Lodi e Piacenza*, Libellula, Tricase (LE), 2014, p. 23.

²⁸ Vedi G. DALLA TORRE, *Lezioni di diritto ecclesiastico*, 5ª ed., Giappichelli, Torino, 2014, p. 143. Per una compiuta sistematizzazione delle fonti del diritto ecclesiastico si rimanda a S. BERLINGÒ, G. CASUSCELLI, S. DOMIANELLO, *Le fonti del diritto ecclesiastico*, Utet, Milano, 1993.

²⁹ Per una definizione del concetto di “diritto ecclesiastico regionale” si rimanda, per tutti, a G. CASUSCELLI, voce *Diritto ecclesiastico regionale*, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, vol. V, Utet, Torino, 1990, pp. 245-246.

³⁰ Vedi P. CONSORTI, *Diritto e religione*, cit., p. 243. Cfr. anche V. TOZZI, *La disciplina regionale dell'edilizia di culto*, in R. Botta (a cura di), *Interessi religiosi e legislazione regionale*, Giuffrè, Milano, 1993, p. 27 e ss.

³¹ Così F. MARGIOTTA BROGLIO, *Le confessioni religiose tra Stato e Regioni*, in *Città &*



ben si sa, ha retto anche alla prova del referendum costituzionale del 4 dicembre 2016, bocciando la proposta di modifica che riguardava, tra l'altro, il titolo V della Costituzione, che avrebbe riportato le competenze relative a molte materie dalle Regioni allo Stato e, fra queste, la sanità e ripristinando una centralizzazione del disegno di riforma, che, però, la maggioranza degli elettori ha respinto³².

4 - Il processo di *federalismo ecclesiastico*

L'art. 38, primo comma, della legge n. 833 del 1978 che, come detto, prevedeva un'intesa tra l'unità sanitaria locale e gli ordinari diocesani competenti per territorio, deve essere letto e interpretato, quindi, nel rispetto del principio di collaborazione pattizia³³, alla luce del processo di regionalizzazione del sistema sanitario italiano. Si comprende, in tal senso, il motivo per il quale a sedersi al tavolo di concertazione con le pubbliche autorità, non siano tanto i singoli ordinari diocesani, per il territorio di loro competenza, quanto, invece, i presidenti delle Conferenze episcopali regionali. Fanno eccezione, in materia, i vescovi della Regione Ecclesiastica del Triveneto, il cui territorio si estende approssimativamente per il Veneto, il Friuli Venezia-Giulia e il Trentino-Alto Adige. E così in Veneto il Protocollo d'Intesa del 2009 risulta essere siglato dalle "Diocesi della

Regione, 6 (1976), p. 10. Sullo stesso tema si segnala anche **M.L. LO GIACCO**, *Le competenze delle Regioni in materia ecclesiastica*, Cacucci, Bari, 2004.

³² Si modificava l'assetto delle competenze Stato-Regioni con la legge costituzionale "Disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, la riduzione del numero dei parlamentari, il contenimento dei costi di funzionamento delle istituzioni, la soppressione del CNEL e la revisione del titolo V della parte II della Costituzione", il cui testo è stato pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 88 del 15 aprile 2016. Sottoposta a referendum oppositivo, lo scorso 4 dicembre 2016, ai sensi dell'art. 138 Cost., il tentativo di revisione costituzionale, proposto dal premier Matteo Renzi e dal ministro Maria Elena Boschi, è stato respinto dal 60% dei votanti, con un'affluenza che si è attestata intorno al 65% degli aventi diritto. Questa proposta di revisione costituzionale prevedeva l'eliminazione del settore della legislazione concorrente, ma indicava determinate materie della legislazione esclusiva statale attraverso la formula "disposizioni generali e comuni", come ad esempio, per quello che ci interessa, "disposizioni generali e comuni per la tutela della salute"; e così la dottrina ha commentato che tali "disposizioni generali e comuni" altro non potevano essere che i "vecchi principi delle leggi-cornice", e quindi la competenza concorrente, una volta uscita dalla porta, sembrava "rientrare dalla finestra", così **G. ZAGREBELSKY, F. PALLANTE**, *Loro diranno, noi diciamo. Vademecum sulle riforme istituzionali*, Laterza, Roma-Bari, 2016, p. 75. Vedi, sul punto, anche **A. PERTICI**, *La Costituzione spazzata. Su cosa voteremo con il referendum costituzionale*, Lindau, Torino, 2016, p. 130 ss.

³³ Cfr. **G. GIOVETTI**, *Commento*, cit., p. 390.



Provincia Ecclesiastica Veneta” con la firma del metropolita di Venezia³⁴, che agisce per delega dei confratelli vescovi suffraganei al Patriarcato. Ciò appare come un rimedio alla circostanza che non sempre vi è coincidenza tra le regioni ecclesiastiche e regioni civili³⁵, come nel caso del protocollo per l’assistenza religiosa cattolica nelle strutture sanitarie nella Provincia Autonoma di Trento, nel 2003, è siglato dall’Ordinario dell’Arcidiocesi di Trento e in Friuli-Venezia Giulia, nel 2001, dai “Vescovi del Friuli-Venezia Giulia”.

A parte tutto, comunque, è evidente che la regionalizzazione (civile) del sistema sanitario ha favorito una *naturale* regionalizzazione (ecclesiastica) della pastorale sanitaria, come di altre materie che sono affidate alla competenza concorrente tra Stato e Regioni o alla competenza esclusiva delle Regioni, promuovendo, così, interventi di collaborazione, nei settori in parola, di vescovi di una stessa regione ecclesiastica, tanto che si è arrivati a parlare di una sorta di “federalismo ecclesiastico”:

“Ugualmente, nel secondo dopoguerra, in reazione alla costituzione delle regioni a statuto speciale, e poi alla nascita effettiva delle regioni nel 1970, ma soprattutto in risposta al nuovo protagonismo degli enti locali negli anni Novanta, quando crollano i partiti fondativi della Repubblica e nuove leggi sono varate per regolare la rappresentanza locale (la cosiddetta terza regionalizzazione), anche da parte della Chiesa italiana ha fatto riscontro una presenza forte sul piano regionale con il rinnovamento delle regioni ecclesiastiche, cui è stata alla fine riconosciuta personalità giuridica dalla Conferenza episcopale italiana (CEI). Benché esse non coincidano talora con le regioni civili, pare indubbio che il processo di regionalizzazione civile, in particolare nelle sue fasi più recenti, è stato colto in tutta la sua importanza dalla CEI, che ha favorito, attraverso le Conferenze episcopali regionali, una serie significativa di intese a livello regionale, attivando a sua volta una sorta di “federalismo ecclesiastico”. [...] Se una linea di fondo emerge in questo rapporto tra i processi di regionalizzazione e di federalismo regionale dello Stato italiano, da un lato, e le dinamiche canonistiche e pastorali soggiacenti alla vita delle regioni ecclesiastiche della Chiesa italiana e delle rispettive Conferenze episcopali, dall’altro, questa

³⁴ Nel caso in esame, è stato rilevato, come “la volontà in questa ipotesi non è riferita a un unico soggetto collegiale, ma si è instaurato un rapporto meramente rappresentativo fra soggetti, tale per cui si dà vita a una sorta di sdoppiamento fra l’attività giuridica, la *voluntas*, imputata all’agente, e gli effetti della stessa, imputata ai singoli soggetti interessati”: così A. BETTETINI, *Tra autonomia e sussidiarietà: contenuti e precedenti delle convenzioni a carattere locale tra Chiesa e Istituzioni pubbliche*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, cit., maggio 2010, p. 19.

³⁵ Vedi I. BOLGIANI, *Regioni e fattore religioso. Analisi e prospettive normative*, Vita e Pensiero, Milano, 2012, p. 158.



sembra essere una progressiva, per quanto problematica, osmosi tra regioni civili e regioni ecclesiastiche³⁶.

Ciò, d'altra parte, non può che indurre a una riflessione sulle funzioni e sulle competenze delle regioni ecclesiastiche nell'articolazione territoriale della Chiesa cattolica in Italia, in quanto esse "sono stabilmente collegate" alla Conferenza Episcopale Italiana, a norma dell'art. 8, par. 3, dello *Statuto* della Conferenza Episcopale Italiana³⁷.

In effetti, le Conferenze Episcopali Regionali nascevano nel 1889 con Leone XIII che, nel promulgare l'Istruzione "Alcuni arcivescovi", istituiva diciassette regioni ecclesiastiche e dava la possibilità ai vescovi di una stessa regione di

"convenire insieme almeno una volta all'anno per appianare e risolvere con mutuo consiglio le difficoltà che incontrano nel governo delle rispettive diocesi, per promuovere in tutto la regolarità e uniformità della ecclesiastica disciplina e per emettere, ove le circostanze lo richiedessero, atti collettivi di qualsiasi specie"³⁸.

Per circa un secolo le Regioni Ecclesiastiche hanno però goduto di limitata autonomia con funzioni solo pastorali e, anzi, per nulla legislative³⁹.

Ciò almeno fino al 4 novembre 1994, quando, sotto la spinta del processo di regionalizzazione civile, la Congregazione per i vescovi attribuisce alle regioni ecclesiastiche italiane, con una serie di decreti, la personalità giuridica pubblica, ai sensi del can. 433 *c.j.c.* e ne approva gli Statuti⁴⁰; le regioni ecclesiastiche troveranno poi il riconoscimento civile il 16 febbraio 1996 attraverso una serie di decreti ministeriali⁴¹.

In merito alla questione ecclesiale-pastorale, del carattere vincolante delle decisioni prese in seno alla Conferenza episcopale regionale - che è, quindi, organo di governo collegiale della rispettiva regione ecclesiastica - per i singoli ordinari diocesani, già nel 1994 gli Statuti, approvati dalla Santa Sede, prevedevano il riconoscimento alle "deliberazioni che approvano

³⁶ Vedi **G. FILORAMO**, *Regioni ecclesiastiche e regioni civili: parallelismi e influssi*, in *L'Italia e le sue regioni*, 2005 (Treccani.it).

³⁷ Il testo dello *Statuto* è possibile reperirlo al sito web www.chiesacattolica.it.

³⁸ **CONGREGAZIONE DEI VESCOVI E REGOLARI**, *Instructio Alcuni arcivescovi*, 24 agosto 1889, *Pontificis Maximi Acta*, 1890, IX, pp. 188.

³⁹ Cfr. **G. FELICIANI**, *Le intese regionali. Profili canonistici*, relazione al Convegno di Studi "Il patrimonio culturale di interesse religioso dopo l'Intesa del 26 gennaio 2005" (3-4 novembre 2005), p. 3 (in www.olir.it).

⁴⁰ **CONGREGATIO PRO EPISCOPIB**, *Decreta quibus unaquaeque regio ecclesiastica Italiae in personam iuridicam canonice erigitur*, in *Acta Apostolicae Sedis*, 87 (1995), pp. 369-391. Si rimanda anche a **C. RADAELLI**, *Le regioni ecclesiastiche in Italia*, in *Quaderni di diritto ecclesiale*, 13 (2000), pp. 403-433.

⁴¹ *Gazzetta Ufficiale*, n. 53, 14 marzo 1996.



eventuali accordi o intese con la Regione civile ... o con i suoi organi ... efficacia vincolante per tutte le diocesi, a condizione che abbiano ottenuto la *recognitio* della Santa Sede⁴². In questo modo gli atti risultano giuridicamente vincolanti per i singoli vescovi diocesani, che vedono (*auto*)limitata la propria potestà (prima, infatti, le deliberazioni delle conferenze regionali entravano in vigore nelle singole diocesi, solo se promulgate dal vescovo diocesano, a norma dell'art. 55, § 3, dello Statuto della C.E.I. del 1985). Tale processo trova la sua legittimazione teologica nel Motu Proprio *Apostolos Suos* di Giovanni Paolo II del 23 luglio 1998, sulla natura teologica e giuridica delle conferenze dei vescovi, in cui, al par. 13 si afferma che

“l'efficacia vincolante degli atti del ministero episcopale esercitato congiuntamente in seno alle Conferenze episcopali e in comunione con la Sede Apostolica deriva dal fatto che questa ha costituito tali organismi e ha loro affidato, sulla base della sacra potestà dei singoli Vescovi, precise competenze⁴³.”

La stessa *recognitio* della Santa Sede, richiesta ai fini della obbligatorietà, si deve intendere come strettamente necessaria solo qualora le decisioni della Conferenza non siano state approvate, o perlomeno spontaneamente accettate, da tutti i singoli ordinari diocesani⁴⁴.

5 - Il Protocollo d'intesa tra la Regione Calabria e la Conferenza Episcopale Calabria

⁴² Vedi l'art. 5, ultimo comma, degli Statuti delle Regioni Calabria, Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria. Tale principio è espresso anche in **CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA**, *Istruzione in materia amministrativa*, 2005, par. 5 (in www.olir.it): “Le deliberazioni che approvano eventuali accordi o intese con la regione civile o con i suoi organi hanno efficacia vincolante per tutte le diocesi, a condizione che abbiano ottenuto la *recognitio* della Santa Sede ...”.

⁴³ **GIOVANNI PAOLO II**, Motu Proprio *Apostolos Suos*, par. 13, 23 luglio 1998, in www.vatican.va. Nella stessa disposizione si precisa altresì che “gli organismi formati dai Vescovi di un territorio (nazione, regione, ecc.) e i Vescovi che li compongono hanno un rapporto che, pur presentando una certa somiglianza, è invero ben diverso da quello tra il Collegio episcopale e i singoli Vescovi”. Cfr., anche, sui versanti rispetto ai quali oggi le Conferenze episcopali interrogano l'ordinamento ecclesiale, in una sempre più massiccia politica concordataria di “secondo livello”, la ricostruzione di **D. BILOTTI**, *Diritto e potere nei rapporti tra le giurisdizioni civili e le autonomie confessionali*, Pellegrini, Cosenza, 2015, pp. 213 e ss.

⁴⁴ Vedi **G. FELICIANI**, *Le intese regionali*, cit., p. 5.



Nell'andare ad analizzare, nel dettaglio, il Protocollo d'intesa tra la Regione Calabria e la Conferenza Episcopale Calabria, si osserva immediatamente che nel preambolo, sotto la formula "premesso che ..." sono elencati gli elementi di diritto che costituiscono la "base giuridica" che legittima l'adozione dell'atto: l'art. 19 Cost., l'art. 11 dell'Accordo di Villa Madama, l'art. 117 Cost., l'art. 38 della legge n. 833 del 1978 e l'art. 4, terzo comma, dello Statuto della Regione Calabria del 2014, a norma del quale: "negli ambiti di propria competenza, la Regione può attivare particolari forme di cooperazione con le confessioni religiose presenti in Calabria"⁴⁵. Il Protocollo d'intesa non esaurisce, di certo, le forme di cooperazione decentrata che possono darsi sul territorio tra pubblici poteri e confessioni religiose nel settore della sanità. Lo stesso documento, infatti, offre anche la possibilità, agli ordinari diocesani, di stipulare Convenzioni con l'ente gestore della struttura sanitaria per la specifica disciplina del servizio di assistenza religiosa nell'ambito territoriale di competenza del singolo ordinario diocesano, sempre "sulla base e nel rispetto degli indirizzi e delle direttive contenuti nel presente Protocollo d'intesa" (art. 5, primo comma).

a) il personale dell'assistenza religiosa

L'art. 1, lett. *c*, del Protocollo d'Intesa chiarisce che con l'espressione "personale di assistenza religiosa" si intende una "équipe", in termini pastorali chiamata "Cappellania", che sia "composta da uno o più sacerdoti, a cui possono essere aggregati anche diaconi, religiosi e laici che operano quali volontari". Da una lettura del primo comma dell'art. 4, in effetti, si evidenzia come per "sacerdoti" si devono intendere presbiteri del clero diocesano o, anche, presbiteri incardinati in un ordine religioso ("sacerdoti religiosi"): essi assumono la qualifica di "assistenti religiosi" (che, pure comunemente, sono chiamati "cappellani") e "sono assunti dall'Azienda Sanitaria" (art. 4, secondo comma), su "designazione" dell'ordinario diocesano. I presbiteri che siano chiamati al ministero di "assistenti religiosi" nelle strutture sanitarie calabresi devono avere i seguenti requisiti: cittadinanza italiana, godimento dei diritti politici e idoneità fisica (art. 6, lett. *a*). Qualora, poi, l'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria comprenda più presidi ospedalieri che ricadono su diversi ambiti territoriali diocesani, la designazione "avviene da parte di ciascun ordinario diocesano relativamente al personale religioso da assegnare al presidio di riferimento territoriale" (art. 6, secondo comma). Tra l'Azienda Sanitaria e

⁴⁵ È possibile reperire lo Statuto della Regione Calabria del 2014 al sito internet www.regione.calabria.it.



L'assistente religioso si instaura un rapporto di lavoro "speciale", la cui facoltà di recesso è esercitata per il tramite dell'ordinario diocesano, il quale ha altresì la facoltà di chiedere in ogni momento la risoluzione del rapporto di lavoro (art. 6, terzo comma). Gli assistenti religiosi possono rimanere in servizio anche "oltre il limite di età previsto per il collocamento a riposo", su "richiesta" dell'Ordinario diocesano e "previo accertamento dell'idoneità fisica dell'interessato" da parte dell'Azienda Sanitaria.

In realtà, l'assunzione a tempo pieno dei "cappellani", a norma dell'art. 5, secondo comma, è prevista per le strutture sanitarie che abbiano un numero di posti letto pari o superiore a 100 (viene specificato, in particolare, che da 100 a 250 posti letto si rende necessario 1 cappellano; da 250 a 500 posti letto si rendono necessari 2 cappellani; oltre i 500 posti letto si rendono necessari 3 cappellani); nelle strutture, invece, il cui numero dei pazienti è inferiore a 100 il cappellano non rientra tra il personale dell'Azienda Sanitaria, ma ha un "contratto di lavoro in forma flessibile" stipulato con l'Ordinario diocesano.

Gli orari per le funzioni religiose devono essere concordate con la direzione sanitaria (art. 9, lett. a). L'assistente religioso garantisce una "costante" reperibilità, per la quale "nulla è dovuto", nondimeno, nella specificità del "ministero pastorale" che gli è proprio, "è esente dagli orari di servizio", e ciò è a tutela e interesse del "costante funzionamento del servizio stesso" (art. 9, lett. b).

Il trattamento economico è valutato in base al Contratto Collettivo Nazionale per il settore del personale sanitari, secondo il comparto D.

Vi è da precisare, ancora, che la categoria degli "assistenti religiosi" non coincide esattamente con quella del "personale dell'assistenza religiosa", comprendente anche "diaconi, religiosi, religiose e laici". Quest'ultimi "collaborano come volontari" nella Cappellania sanitaria, "previa comunicazione all'ente gestore da parte dell'Ordinario diocesano" (art. 4, secondo comma). Dalla lettura dell'art. 8 si intuisce che i nominativi dei "volontari pastorali" che collaborano continuativamente o saltuariamente con la Cappellania, debbono pure essere comunicati alla direzione sanitaria dall'assistente religioso. Bisogna, comunque, aggiungere che sul punto non vi è una assoluta chiarezza nel Protocollo d'intesa, il quale spesso per definire ambiti che sarebbero propri degli "assistenti religiosi" (presbiteri, quindi, assunti attraverso un rapporto di pubblico impiego) utilizza pure la stessa espressione di "personale dell'assistenza religiosa", che in senso stretto, dalla azione che si ricava dall'art. 4, risulterebbe comprensiva degli stessi "volontari pastorali".

b) l'ambito di applicazione del Protocollo e le finalità dell'assistenza religiosa



L'art. 2 del Protocollo definisce l'ambito di applicazione, e quindi l'impegno a favorire la presenza del servizio di assistenza religiosa nelle "strutture sanitarie e in quelle di assistenza sociale e socio-sanitaria, convenzionate, autorizzate e accreditate" (lett. *a*) e, inoltre, specifica che, per quanto riguarda gli "enti gestori privati", esso "costituisce atto di indirizzo e direttiva generale" (lett. *b*). Un "ulteriore ambito di applicazione" dello stesso Protocollo, con i "dovuti adattamenti", è rappresentato dalle "strutture di ricovero private accreditate" (art. 12).

Per l'art. 2 il "servizio di assistenza religiosa concorre al miglioramento dei servizi erogati dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere e al processo terapeutico dell'ammalato". Il successivo art. 3 declina, poi, le "finalità del servizio di assistenza religiosa" che ha "il compito di assicurare presso le strutture di ricovero l'esercizio della libertà religiosa, l'adempimento delle pratiche di culto e il soddisfacimento delle esigenze spirituali dei degenti cattolici e dei loro familiari e di coloro che comunque trovano conforto nella religione cattolica, nonché di quanti operano a qualsiasi titolo nelle medesime strutture, compatibilmente con l'assolvimento dei propri obblighi di servizio, nel rispetto della volontà e della libertà di ciascuno" (lett. *a*).

È interessante qui richiamare l'attenzione sul fatto che tale Protocollo amplia, la tradizionale categoria dei destinatari del servizio di assistenza religiosa nelle strutture sanitarie: ai pazienti (o ai degenti) ora si aggiungono non soltanto i familiari degli stessi, ma anche, in maniera esplicita, nella compatibilità con gli orari di servizio, il personale che a vario titolo opera nelle strutture sanitarie. Tale soluzione, invero, è presente in altri protocolli di intesa siglati tra le altre Regioni e le Conferenze episcopali, e intende fornire una "veste giuridica" a una situazione che di fatto è già comunque presente: il cappellano, infatti, nell'assolvimento del suo servizio pastorale coinvolge, pure, il personale che gravita intorno alla struttura ospedaliera. Ciò, nelle realtà operative, non può che portare a una commistione essenziale tra *pastorale sanitaria* e *pastorale del lavoro*. L'assistenza religiosa nelle strutture sanitarie, in tal modo, si muove su un orizzonte duplice, quello dei pazienti e quello degli operatori della sanità. Tale estensione della tradizionale categoria dei destinatari dell'assistenza religiosa, non inficia però la considerazione che "principali" destinatari dell'assistenza rimangano, comunque sia, i degenti; prova ne è il fatto che il numero degli assistenti religiosi in una struttura sanitaria è calcolato in base al numero dei posti- letto (art. 5). Il servizio di assistenza religiosa si garantisce, nelle sue finalità e nei suoi obiettivi, intorno alla figura dei pazienti e dei degenti.

Nondimeno, quando si parla di degenti, il Protocollo che stiamo annotando, specifica chiaramente "degenti cattolici" o "coloro che trovano conforto nella religione cattolica", mentre lo stesso non avviene per il



personale, che è indicato senza aggettivazione di sorta, pur precisando per entrambi -degenti e personale- il dovuto e riconosciuto “rispetto della volontà e della libertà di coscienza di ciascuno”. Non si può non osservare, a tal proposito, che la disposizione intende essere maggiormente garantista per i pazienti, nel rispetto, in particolare del principio di libertà religiosa individuale *ex art. 19 Cost.*, i quali si trovano in una particolare condizione di debolezza fisica e psicologica.

La lett. *c* dello stesso art. 3, poi, afferma la “piena autonomia operativa” del servizio di assistenza religiosa, alla “dipendenza esclusiva dell’Ordinario diocesano”, nelle sue prerogative spirituali che attengono “all’apostolato e all’azione pastorale”. Tale norma si pone in linea coerente con lo spirito di autonomia attribuito alla Chiesa, dall’art. 7, primo comma, Cost. e confermato anche dall’Accordo del 1984.

c) l’oggetto della prestazione, i locali e le attrezzature del servizio di assistenza religiosa

L’art. 7 del Protocollo indica l’oggetto della prestazione dell’assistenza religiosa, tra i quali il “concorso ai fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale”, in quanto “l’apporto dell’assistenza religiosa concorre al processo terapeutico dell’ammalato” (lett. *a*). Si richiama anche di un “Consiglio pastorale ospedaliero” e il “ministero pastorale”, in forma individuale e/o comunitaria, allo scopo di meglio definire: la celebrazione del culto divino, l’amministrazione dei sacramenti, la catechesi e l’organizzazione di attività culturali (lett. *b*). E ancora: l’accompagnamento spirituale e umano e la relazione di aiuto (lett. *c*), il contributo in materia di etica e di umanizzazione delle strutture, dei servizi e dei rapporti (lett. *e*), l’attenzione al dialogo interreligioso (lett. *f*), le prestazioni di carattere amministrativo per l’organizzazione e le esigenze di ufficio, come certificazioni, corrispondenza, archivio, custodia della Cappella, degli arredi e suppellettili sacri (lett. *g*). L’art. 7 del Protocollo è indicativo, ancora, del contributo, in termini di evoluzione dell’istituto, che gli accordi regionali stanno offrendo, per quel che riguarda non soltanto l’estensione della tradizionale categoria dei destinatari dell’assistenza religiosa, ma altresì con riferimento all’ampliamento dell’oggetto che trascende, ormai, il ministero pastorale (e sacramentale), in senso stretto, del cappellano.

Inoltre, il Protocollo prevede che sia garantito l’uso di locali per le funzioni di culto (Chiesa o Cappella), nonché di altri locali (per i servizi mortuari, per la sacrestia e l’ufficio) e, in orari concordati, pure “l’uso non esclusivo di spazi aziendali per riunioni” (art. 11, lett. *a*). All’assistente religioso è anche messo a disposizione un locale per l’alloggio, adeguatamente arredato (art. 11, lett. *b*), all’interno del quale il sacerdote ha



diritto di consumare i pasti (prima colazione, pranzo e cena), preparati dalle competenti strutture dell'Azienda Sanitaria (art. 8, lett. f).

L'art. 11, lett. c, specifica che le "spese di culto", quelle per la "conservazione degli arredi, suppellettili e attrezzature occorrenti per il funzionamento del servizio", la manutenzione ordinaria e straordinaria, le pulizie e le spese di illuminazione e riscaldamento dei locali adibiti al servizio di assistenza religiosa sono "a carico dell'Azienda sanitaria", favorendo, anche da un punto di vista economico, la Chiesa cattolica.

d) la Commissione paritetica regionale per la risoluzione delle controversie

L'art. 13 dispone che la risoluzione di eventuali controversie tra Azienda Sanitaria e Ordinario diocesano in merito all'Intesa o alle Convenzioni ex art. 5, primo comma, è demandata a una Commissione regionale paritetica, di nomina della Giunta regionale, costituita da un membro designato dalla Giunta regionale, un membro designato dalla Conferenza Episcopale Calabria e un membro designato d'intesa fra Giunta regionale e Conferenza Episcopale Calabria.

6 - Conclusioni

Con tale Protocollo d'intesa la Calabria si dota di un importante strumento normativo a indirizzo politico nel settore dell'assistenza religiosa sanitaria, dando in tal modo attuazione a un principio di carattere generale, ancorché contenuto in una fonte di rango ordinario: il già citato art. 38 della legge n. 833 del 1978.

Il testo del Protocollo, in realtà, è molto simile, nei contenuti, ad altri accordi sottoscritti per le stesse finalità tra Regioni civili e autorità ecclesiastica⁴⁶. Eppure, la tecnica di riprodurre stesse disposizioni in *intese* diverse si presenta come tecnica maggiormente garantista dei diritti individuali e collettivi di libertà che sono coinvolti, compreso quello di libertà religiosa. L'utilizzo di tale tecnica è indicativo della volontà di assicurare una generale tutela dei diritti e quanto più uniforme, in questo caso, in tutto il territorio nazionale.

Inoltre, nell'analizzare le singole intese regionali sull'assistenza religiosa nelle strutture sanitarie, risulta evidente che esse presentano, tra loro, differenze che non sono di poco conto, specialmente in merito alla

⁴⁶ Cfr. *supra* nota 3.



qualificazione soggettiva e all'individuazione dell'assistente religioso⁴⁷. Il Protocollo d'Intesa della Calabria, come la maggior parte degli altri protocolli, specifica che l'incarico di assistente religioso debba essere affidato necessariamente a un presbitero. Tale scelta è da rintracciarsi in ragioni che sono, evidentemente, canonistiche e pastorali. I presbiteri, infatti, sono "abilitati" alla «titolarità dei "capitali" o "presidiali" - ove si esclude quello apicale di vescovo - connessi alla "piena cura delle anime"»⁴⁸, con la "consacrazione a predicare il Vangelo, pascere i fedeli e celebrare il culto divino"⁴⁹. Per tale motivo i presbiteri, per il diritto canonico, hanno la potestà di celebrare il culto divino con la consacrazione eucaristica e di amministrare particolari sacramenti, come quello della Riconciliazione, che non possono essere amministrati da chi nell'ordine sacro ha il grado del diaconato, e che, comunque, rappresentano momenti essenziali nel ministero della pastorale sanitaria. Ciononostante in altre intese si possono trovare situazioni per le quali viene indicato che l'incarico di assistente religioso possa essere affidato a "sacerdoti e diaconi"⁵⁰, oppure "eccezionalmente, a diaconi permanenti e a religiose"⁵¹. Significativo è il caso di alcuni protocolli di intesa che indicano genericamente il personale dell'assistenza religiosa qualificato in "presbiteri, diaconi, religiosi e laici", come per la Provincia Autonoma di Trento o la Regione Piemonte, in maniera così "generale" che alcune convenzioni locali hanno introdotto una remunerazione anche per i collaboratori dei sacerdoti a carico dell'azienda sanitaria⁵².

In genere, le intese regionali, come si è potuto osservare anche nel Protocollo della Regione Calabria, hanno ampliato l'oggetto della prestazione dell'assistenza religiosa rispetto alla sua fisionomia tradizionale: adesso, dal ministero pastorale e dall'amministrazione dei sacramenti si arriva fino al sostegno terapeutico della persona malata, alla promozione di attività culturale a carattere religioso, all'accompagnamento spirituale e umano, alla relazione di aiuto, al contributo in materia etica e di umanizzazione nella formazione del personale in attività di servizio, alla partecipazione nei comitati etici, alla promozione del volontariato,

⁴⁷ Vedi **G. FILORAMO**, *Regioni ecclesiastiche*, cit.

⁴⁸ Cfr. **S. BERLINGÒ**, *Diritto canonico*, Giappichelli, Torino, 1995, p. 226.

⁴⁹ Così **P. MONETA**, *Introduzione al Diritto canonico*, 3^a ed., Giappichelli, Torino, p. 116.

⁵⁰ Vedi "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" del 7 dicembre 2001.

⁵¹ "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", dell'1 aprile 2008.

⁵² Vedi **G. FILORAMO**, *Regioni ecclesiastiche*, cit.



all'attenzione al dialogo ecumenico, interconfessionale e interreligioso⁵³. Annotavamo già, inoltre, che la prestazione è ampliata pure rispetto ai destinatari dell'assistenza religiosa, in quanto il servizio viene esteso ai familiari e al personale della struttura sanitaria⁵⁴.

Certamente, non si può non evidenziare il problema, pure per l'assistenza religiosa nelle strutture sanitarie, di una disciplina a "doppio binario" che privilegia la confessione religiosa di maggioranza, la Chiesa cattolica, a scapito delle confessioni *acattoliche*, con il persistente dubbio di una violazione del supremo principio di laicità dello Stato. Tale via preferenziale per la confessione cattolica è stata ancora favorita, certamente, dalla regionalizzazione del sistema sanitario, che indubbiamente non ha aiutato l'interlocuzione dei pubblici poteri con quelle esperienze confessionali istituzionalmente non capaci di organizzarsi in articolazioni territoriali regionali. L'auspicio, per quanto riguarda la Calabria, è che adesso questo Protocollo d'intesa faccia da apripista ad altri documenti che potranno essere sottoscritti dall'amministrazione regionale con le diverse denominazioni religiose e con le associazioni umaniste presenti sul territorio. E comunque, e questa sarebbe una via anche innovativa, si potrebbe anche pensare a una legge regionale "unilaterale" che garantisca la libertà religiosa nelle strutture ospedaliere, quale diritto personale di ciascuno che si trovi nella condizione di ricovero e di cura.

⁵³ Si veda, per tutti, l'art. 5 del "Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Regione Ecclesiastica Lombardia per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica negli enti sanitari ed assistenziali pubblici e privati accreditati", 21 marzo 2005.

⁵⁴ Cfr. I. BOLGIANI, *Regioni e fattore religioso*, cit., p. 151.