

CEI - Ufficio nazionale per la pastorale della salute
***Seminario di formazione per i Direttori degli
uffici diocesani di recente nomina***

**La legislazione sanitaria e
l'assistenza religiosa in ospedale**

Roma , 23.09.2015

*Strada facendo,
guarite i malati,
annunciate il Vangelo*

Indice della relazione

Si analizzano tre profili fondamentali:

- 1) Legislazione sanitaria e Servizio sanitario nazionale (3- 27)
- 2) Assistenza religiosa in ospedale, sotto il profilo normativo (28- 52)
- 3) Tutela della salute e orizzonte antropologico: problemi e prospettive (53-60)

1. Legislazione sanitaria e Servizio sanitario nazionale

- Art. 32 della Costituzione
- Frammentazione e frantumazione delle competenze (comuni, province, mutue, enti ospedalieri ecc.)
- Riforma degli enti ospedalieri (1968)
- L. 382/1975 e DPR 616/1977 (artt. 27-38)

Prima riforma sanitaria (L. 833/1978)

- Competenze: stato, regioni, USL
- Diritto soggettivo: dai bisogni alle risorse
- Programmazione rigida (il PSN è approvato dal Parlamento)
- Forte integrazione tra ospedale e territorio, tra sanitario e sociale
- USL: comune singolo, comune associato, comune già associato, frazione di comune metropolitano
- Gestione sostanzialmente pubblica

Seconda riforma sanitaria (L. 421/1992; D.Lgs. 502/1992 e 517/1993)

- Da USL ad ASL (e ad aziende ospedaliere-AO)
- Pagamento delle prestazioni (e non più dei fattori produttivi): i DRG
- Libertà dell'erogatore privato, profit e non profit
- Autorizzazione e accreditamento
- Integrazione, attraverso delega (dal comune all'ASL)
- Differenziazione dei modelli regionali

Terza riforma sanitaria (L. 412/1998 e D. Lgs. 229/1999) – 1

- ❑ Nuovo rapporto dell'ASL con i Comuni:
 - Assemblea dei sindaci di distretto
 - Conferenza dei sindaci (ASL) e Consiglio di rappresentanza
 - Commissione regionale per la programmazione
- ❑ I tre livelli dell'integrazione sociosanitaria: prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria
- ❑ Le quattro “A”:
 - Autorizzazione alla localizzazione
 - Autorizzazione al funzionamento
 - Accredimento istituzionale
 - Accordo contrattuale

Terza riforma sanitaria (L. 412/1998 e D. Lgs. 229/1999) – 2

- ❑ I “LEA”
- ❑ Revisione delle AO
- ❑ Piano sanitario nazionale e piani sanitari regionali (con eventuale potere sostitutivo in caso di inadempienza)
- ❑ Istituzione dei fondi integrativi
- ❑ La disciplina della dirigenza medica e l’esclusività del rapporto di lavoro
- ❑ Istituzione dell’ECM

La (quasi) quarta riforma sanitaria

- Accordo Stato - Regioni 8.8.2001
- DPCM 14.2.2001 (integrazione sociosanitaria)
- D.L 347/2001 e conversione, con modificazioni, in L. 405/2001:
 - Sperimentazioni gestionali (Regione)
 - Definizione regionale delle AO
 - Federalismo fiscale
 - La definizione dei LEA (entro il 30.11.2001)

La riforma costituzionale (L. cost. 3/2001)

- ❑ Le competenze legislative:
 - ✓ Esclusive dello stato
 - ✓ Concorrenti (stato e regioni; limitazione per lo stato, ai principi generali)
 - ✓ Residuali delle regioni
- ❑ Previdenza: competenza esclusiva dello stato
- ❑ Sanità: competenza legislativa concorrente
- ❑ Assistenza: competenza residuale delle Regioni

Il Pdl costituzionale, approvato in prima lettura al Senato (8.8.14) e in seconda lettura alla Camera (10.3.15) (1)

- Il testo approvato in prima lettura al Senato (agosto 2014) e alla Camera (luglio 2015) abroga la competenza legislativa concorrente
- Le competenze legislative sono o dello Stato o delle Regioni
- Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie e funzioni:
 - Rapporti tra la Repubblica e le confessioni religiose (art. 117, c)

Il Pdl costituzionale, approvato in prima lettura al Senato (8.8.14) e in seconda lettura alla Camera (10.3.15) (2)

- determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, *per le politiche sociali**, per la sicurezza alimentare [*e per la tutela e la sicurezza del lavoro*] * (art. 117, m)

* la parti in corsivo sono state aggiunte o tolte in seconda lettura (Camera)

■ Spetta alle Regioni la competenza legislativa in materia di:

-programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali

I LEA: DPCM 29.11.2001 e s.m. e i. con DPCM 16.04 2002 - DPCM 28.11.2003 - DPCM 5.3.2007

- Allegati 1A e 1B: sanità
 - Allegato 1C: integrazione sociosanitaria
 - ❖ Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria
 - ❖ Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale
 - ❖ Prestazioni ad elevata integrazione sanitaria
- DPCM 23.4.2008 sui nuovi LEA, revocato dal
Governo nel corso del 2008

Un nuovo patto sulla salute

(Provvedimento 5 ottobre 2006)

- Si tratta di un protocollo d'intesa (Stato e Regioni) sul nuovo patto sulla salute
- Riguarda, principalmente, i seguenti profili:
 - Disponibilità finanziarie per il SSN
 - LEA
 - Ulteriore concorso transitorio dello stato alle regioni in difficoltà
 - Tematiche di particolare rilevanza per il SSN

Attività libero-professionale intramuraria – L. 3.8.2007, n. 120

- Adozione delle iniziative strutturali entro 18 mesi dal 31.7.2007
- modalità:
 - Monitoraggio tempi di attesa (entro 72 ore le prestazioni a carattere di urgenza differibile) e prevenzione conflitti di interesse
 - Determinazione tariffario idoneo a copertura
 - Allineamento dei tempi (*intramoenia* come libera scelta)
 - Predisposizione di un piano (con potere sostitutivo e destituzione dei direttori generali in caso di grave inadempienza)
 - gestione prenotazione delle prestazioni
 - Il DL (mille proroghe) 194/2009, proroga il termine al 31.01.2011

Nuovi LEA DPCM 23.4.2008 (revocato)

Libro Verde e Libro Bianco

- Il DPCM 23.4.2008 sui nuovi LEA, revocato dal Governo (giugno 2008)
- Il Libro Verde (2008) sul *welfare* e le sue prospettive
- Il Libro Bianco (2009) sul *welfare* e i suoi paradigmi

Garanzia dei LEA (Legge 29 novembre 2007, n. 222 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159)

L'art. 4 prevede:

Commissari *ad acta* per le regioni inadempienti, laddove si prefiguri il mancato rispetto da parte della regione degli adempimenti previsti dai Piani di rientro, effettuato dal Tavolo e dal Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, in relazione alla realizzabilità degli equilibri finanziari nella dimensione e nei tempi ivi programmati, in funzione degli interventi di risanamento, riequilibrio economico-finanziario e di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, *tale da mettere in pericolo* la tutela dell'unità economica e dei livelli essenziali delle prestazioni.

Patto sulla salute

Accordo Stato regioni - Provvedimento 3.12.2009

- Il patto sulla salute riguarda una serie di profili, relativi soprattutto all'impegno di spesa e al controllo della stessa spesa in sanità, con particolare attenzione alle Regioni che non garantiscono il rientro nella spesa programmata e dunque sono soggette alla procedura del potere sostitutivo, con la nomina del Commissario *ad acta*
- I profili fondamentali sono stati tradotti negli articoli 66-104 della legge finanziaria 2010 (L. 23.12.2009, n. 191)

Legge delega sul federalismo

L. 42/2009 e D.Lgs. attuativi

La sanità è soggetta a continue trasformazioni, soprattutto a seguito dell'approvazione della legge delega sul federalismo fiscale. Occorre ricordare che i decreti delegati (sono ben 21!) si debbono ispirare a criteri e principi definiti nell'art. 2 comma 2 della legge 42/2009.

Giova ricordare anche le prescrizioni dell'art. 16, comma 1 *d*) relativamente all'attuazione dell'art. 119, 5° comma della Costituzione. Sempre la legge delega prevede (art. 20) che i LEA e i LIVEAS siano determinati con atto legislativo.

Vengono individuati i fabbisogni e i costi standard

Legge salva Italia – L. 214/2011

- Giova ricordare l'art. 5, che prevede la ridefinizione dell'ISEE, in ordine alla concessione di agevolazioni fiscali e benefici assistenziali, con destinazione dei relativi risparmi a favore delle famiglie.
- Il DL convertito in legge prevede, sempre all'art. 5, che entro il 31.5.2012 sia emanato il nuovo DPCM relativo all'ISEE
- In effetti l'ISEE è stato regolamentato con il:
DPCM 5 dicembre 2013 , n. 159 «*Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)*». BURL n. 19 del 24.1.2014

Disposizioni urgenti per un più alto livello di tutela della salute – L.189/2012 (1)

I titoli fondamentali del DL cd Balduzzi convertito con L. 189/2012 sono relativi a:

- ❖ Riforma delle cure primarie
- ❖ Disciplina dell'intra-moenia
- ❖ Responsabilità professionale e rischio clinico
- ❖ Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari
- ❖ Dirigenza sanitaria e governo clinico
- ❖ Aggiornamento dei LEA
- ❖ Edilizia sanitaria
- ❖ Misure finanziarie e patrimoniali a favore delle Regioni
- ❖ Fumo, alcol, ludopatia e certificati sanitari

Disposizioni urgenti per un più alto livello di tutela della salute – L.189/2012 (2)

- ❖ Norme in materia di sicurezza alimentare e di bevande
- ❖ Disposizioni in materia di emergenze veterinarie
- ❖ Farmaci e innovatività terapeutica
- ❖ Prontuario e altre norme su farmaci e farmacie
- ❖ Farmaci erogabili dal SSN – riorganizzazione dei Comitati Etici
- ❖ Razionalizzazione di enti sanitari
- ❖ Trasferimento delle funzioni di assistenza al personale navigante e altre norme sulle prestazioni rese dal Ministero

Patto per la salute 2014-2016

(approvato in Conferenza Stato Regioni il 10.7.2014)

(1)

❑ Si richiamano alcuni profili di interesse generale:

- Aggiornamento dei LEA (31.12.2014)
- Sistema di valutazione qualità delle cure e uniformità assistenziale(31.12.2014)
- Continuità assistenziale ospedale/territorio (31.10.2014)
- Documento di indirizzo appropriatezza riabilitativa (6 mesi)
- Programma annuale umanizzazione delle cure

Patto per la salute 2014-2016

(approvato in Conferenza Stato Regioni il
(10.7.2014) (2)

- Valutazione della qualità percepita
- Attuazione Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT max 30.000 ab.)
- Nuovi standard del distretto
- Medico esperto della terapia del dolore
- Promozione ADI per persone PVS e Minima Coscienza
- Continuità assistenziale per tutta la settimana (medici MMG e PLS, guardia medica etc. con l'adozione di AFT e UCCP)

Patto per la salute 2014-2016

(approvato in Conferenza Stato Regioni il
(10.7.2014) (3)

- Ospedali di comunità (31.10.2014)
- Cabina di regia del NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario)
- Piano nazionale della cronicità (31.12.2014)
- Ridefinizione (a livello delle Regioni) assistenza sociosanitaria (per NA, disabilità, salute mentale, minori e dipendenze);
- Punto Unico di Accesso per l'assistenza sociosanitaria e assistenziale; utilizzo della VMD;

Patto per la salute 2014-2016

(approvato in Conferenza Stato Regioni il
(10.7.2014) (4)

- Definizione del Piano di prestazioni personali integrato (con UVMD)
- Definizione di standard minimi per servizi sociosanitari
- Revisione disciplina partecipazione spesa sanitaria ed esenzioni (30.11.2014)
- Comitato permanente per la verifica ed aggiornamento dei LEA
- Decreto indicatori monitoraggio dei LEA (31.12.2014)
- Testo unico disposizioni piani di rientro (31.3.2015)
- Piano nazionale della prevenzione

Patto per la salute 2014-2016

(approvato in Conferenza Stato Regioni il
(10.7.2014) (5)

- Attuazione del piano «intra-moenia» (proroga al 31.12.2014)
- Tavolo politico e legge delega (31.10.2014)
- Linee guida repertorio dispositivi medici (1.10.2014)
- Aggiornamento nomenclatore tariffario e Dispositivi medici secondo HTA (*Health Technology Assessment*)
- Monitoraggio Patto Salute (cabina di regia: conferenza Stato Regioni, Ministro salute, Affari regionali, MEF)
- Tavolo tecnico istituzionale di supporto al Tavolo politico, presso AGENAS

Decreto Ministero della salute n. 70 del 02.04.2015

(G.U. n. 127 del 4 giugno 2015)

«Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera»

Si individuano, tra l'altro:

- ❖ Obiettivi ed ambiti di applicazione
- ❖ Classificazione delle strutture ospedaliere
- ❖ Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina
- ❖ Volumi ed esiti
- ❖ Standard generali di qualità
- ❖ Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali
- ❖ Continuità ospedale-territorio
- ❖ Ospedale di comunità

2.Assistenza religiosa in ospedale

■ La legge 23 dicembre 1978, n. 833

“Istituzione del servizio sanitario nazionale” all’articolo 38 sancisce 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”.

Assistenza religiosa in ospedale, 2

Per quanto riguarda la Chiesa cattolica numerose Regioni italiane hanno sottoscritto con i Presidenti delle Conferenze episcopali regionali intese per l'assistenza religiosa negli ospedali pubblici

Assistenza religiosa in ospedale (3)

Normativa di riferimento

➤ Costituzione:

- ◆ **Art. 3** (Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di *religione*, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali)
- ◆ **Art. 7** (Lo Stato e la Chiesa cattolica sono, ciascuno nel proprio ordine, indipendenti e sovrani...)
- ◆ **e art. 19** (Tutti hanno diritto di professare liberamente la propria fede religiosa in qualsiasi forma, individuale o associata, di farne propaganda e di esercitarne in privato o in pubblico il culto, purché non si tratti di riti contrari al buon costume)

➤ Sentenza della Corte Costituz. n. 203/1989 (laicità dello Stato, che implica non indifferenza dinanzi alle religioni, in regime di pluralismo confessionale e culturale...)

Assistenza religiosa in ospedale, 4

- ❑ **La legge 12 febbraio 1968, n° 132** *“Servizi sanitari e personale sanitario degli ospedali”*:
 - all’art. 19 stabilisce che *“gli ospedali, oltre a soddisfare le esigenze dell’igiene e della tecnica ospedaliera”, devono possedere tutta una serie di requisiti, tra i quali il “servizio di assistenza religiosa”*;
 - all’art. 39 elenca il *“personale di assistenza religiosa”* all’interno del personale degli enti ospedalieri, insieme al personale sanitario, amministrativo, tecnico, sanitario ausiliario ed esecutivo; la norma specifica che per personale di assistenza religiosa si intende quello *“costituito da ministri del culto cattolico, per l’assistenza religiosa agli infermi di confessione cattolica”*, aggiungendo che *“gli infermi di altre confessioni religiose hanno diritto all’assistenza dei ministri dei rispettivi culti”*.

Assistenza religiosa in ospedale, 5

Il D.P.R. 27 marzo 1969, n° 128 “*Ordinamento interno dei servizi ospedalieri*” all’art. 35 disciplina il servizio di assistenza religiosa negli enti ospedalieri, stabilendo che

“gli ospedali devono disporre di un servizio di assistenza religiosa” (c. 1) e distinguendo tra l’assistenza religiosa cattolica, il cui ordinamento

“è determinato dai regolamenti interni, deliberati dagli enti ospedalieri, d’intesa con gli ordinari diocesani competenti per territorio” (c. 2) e la cui organizzazione

“è stabilita d’accordo con la direzione sanitaria” (c. 3),

e l’assistenza religiosa per i degenti che appartengano ad altra confessione religiosa.

Assistenza religiosa in ospedale, 6

Infatti, in quest'ultimo caso, non essendo previsto un servizio stabile, sarà la direzione sanitaria a dover provvedere *“a reperire i ministri di religione diversa dalla cattolica secondo la richiesta dell'infermo. Il relativo onere è a carico dell'ente ospedaliero”* (cc. 5 e 6).

La norma prevede altresì che *“tutto il personale è tenuto a trasmettere alla direzione sanitaria le richieste di assistenza religiosa a lui rivolte da infermi di qualunque religione”* (c. 4)

Assistenza religiosa in ospedale, 7

Lo status giuridico del personale destinato all'assistenza spirituale cattolica, che già dopo la legge n. 132 del 1968 è considerato parte integrante del personale ospedaliero, è oggetto anche delle norme contenute nel **D.P.R. 20 dicembre 1979, n° 761** *“Stato giuridico del personale delle Unità sanitarie locali”*, che,

- all'art. 9, c. 3, ne stabilisce l'assunzione diretta da parte del comitato di gestione *“su proposta dell'ordinario diocesano competente per territorio”* e che
- all'art. 53 stabilisce che *«Il collocamento a riposo è obbligatorio ed è eseguito di ufficio, indipendentemente da ogni altra causa: al compimento del 65° anno di età per il personale sanitario e tecnico laureato, amministrativo, di assistenza religiosa e professionale»*

D. M 13.9.1988, art. 4 h: *Per il servizio di assistenza religiosa: 1 unità di assistenti religiosi per presidio ospedaliero, con la maggiorazione di 1 unità ogni 300 p.l. oltre i primi 300*

Assistenza religiosa in ospedale, 8

Se la materia dell'assistenza spirituale negli ospedali era del tutto assente nel Concordato del 1929, essa diventa oggetto di un'apposita previsione nell'Accordo di revisione del Concordato, stipulato a Villa Madama il 18 febbraio 1984 ed entrato in vigore con la **Legge 25 marzo 1985, n° 121**.

Assistenza religiosa in ospedale, 9

Con il nuovo Accordo, all'art. 11, la Repubblica italiana si impegna ad assicurare che *“la degenza in ospedali, case di cura o di assistenza pubbliche”* non determini *“alcun impedimento nell'esercizio della libertà religiosa e nell'adempimento delle pratiche di culto dei cattolici”* (c. 1) Il c. 2 dello stesso articolo entra nel dettaglio dell'assistenza spirituale, stabilendo che essa *“è assicurata da ecclesiastici nominati dalle autorità italiane competenti su designazione dell'autorità ecclesiastica e secondo lo stato giuridico, l'organico e le modalità stabiliti d'intesa fra tali autorità”*.

Assistenza religiosa in ospedale, 10

Dopo il 1984 la bilateralità è stata estesa anche alle confessioni diverse dalla cattolica che hanno stipulato un'intesa con lo Stato a norma dell'art. 8 della Costituzione. La prima di esse, quella con la Tavola Valdese (legge 11 agosto 1984, n° 449) all'art. 6 disciplina l'assistenza spirituale per i ricoverati appartenenti alle chiese che fanno capo alla Tavola Valdese e per gli altri che eventualmente ne facciano richiesta, stabilendo che essa venga prestata da ministri iscritti nei ruoli della stessa confessione religiosa, ai quali viene garantito il libero accesso negli ospedali, nelle case di cura o di riposo e nei pensionati, senza limitazioni di orario (cc. 1 e 2)

Assistenza religiosa in ospedale, 11

Viene stabilito l'obbligo per le direzioni di tali istituti di trasmettere ai ministri di culto le richieste di assistenza spirituale provenienti dai ricoverati (c. 3) e, in deroga a quanto stabilito dall'art. 35, c. 6, del D.P.R. 128 del 1969, che poneva a carico dell'ente ospedaliero i costi non solo dell'assistenza spirituale cattolica ma anche di quella prestata dai ministri di altre confessioni religiose, il c. 4 dell'art. 6 dell'intesa con la Tavola Valdese pone *“gli oneri finanziari per lo svolgimento della predetta assistenza spirituale a carico degli organi ecclesiastici competenti”*.

Assistenza religiosa in ospedale, 12

Alcuni esperti sostengono che sarebbe (stato) opportuno che anche la Chiesa cattolica si addossasse l'onere economico dell'assistenza spirituale, sottolineando come il differente trattamento in materia sia contrario all'art. 3 della Costituzione, ovvero al principio di uguaglianza, come pure all'art. 8, c.1 della stessa Carta fondamentale, secondo il quale *“tutte le confessioni religiose sono egualmente libere davanti alla legge”*, riferendosi, ovviamente, non solo alle confessioni di minoranza ma anche alla Chiesa cattolica.

Assistenza religiosa in ospedale, 13

Disposizioni relative alle Confessioni religiose con intesa

- Legge 449/1984 (Tavola valdese) - (art. 6)
- Legge 516/1988 e successive modificazioni (Unione italiana delle Chiese cristiane avventiste del 7° giorno) - (art. 8)
- Legge 517/1988 e successive modificazioni (Assemblee di Dio in Italia) - (art. 4)
- Legge 101/1989 e successive modificazioni (Unione delle Comunità ebraiche italiane) - (art. 9)
- Legge 116/1995 e successive modificazioni (Unione Cristiana Evangelica Battista d'Italia <UCEBI>) - (art. 6)

Assistenza religiosa in ospedale, 14

- Legge 520/1995 e successive modificazioni (Chiesa Evangelica Luterana in Italia (CELI) - (art. 6).
- Legge 126/2012 (Sacra Arcidiocesi d'Italia ed Esarcato per l'Europa meridionale) – (art. 5)
- Legge 127/2012 (Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli ultimi giorni) – (art.9)
- Legge 128/2012 (Chiesa Apostolica in Italia) – (art. 6)
- Legge 245/2012 (Unione Buddhista italiana (UBI) - (art. 4)
- Legge 246/2012 (Unione Induista Italiana (UII) - (art. 4)
- *Intese sottoscritte e non ancora approvate con legge: Congregazione cristiana dei testimoni di Geova, firmata in data 4 aprile 2007*

Assistenza religiosa in ospedale, 15

Le principali *Intese Regionali*

- **Regione Veneto** - Provincia ecclesiastica veneta:
Protocollo di intesa per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica negli enti assistenziali pubblici e privati accreditati, deliberazione della GR n. 3583 del 24 novembre 2009;
- **Regione Toscana** – Regione ecclesiastica toscana:
Protocollo d'intesa per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero delle aziende sanitarie, delibera della GR n. 890 del 3 dicembre 2007;

Assistenza religiosa in ospedale, 16

- **Provincia autonoma di Trento** - Arcidiocesi di Trento:
Intesa-guida per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture ospedaliere dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari e nelle Residenze sanitarie assistenziali presenti sul territorio provinciale, del 12 febbraio 2003;
- **Regione Puglia** - Conferenza episcopale pugliese:
Protocollo d'intesa per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero delle aziende ospedaliere, del 30 gennaio 2002, ratificato con delibera GR n.110 del 18 febbraio 2002;
- **Regione Lazio** - Regione ecclesiastica Lazio:
Protocollo d'intesa per il servizio di assistenza religiosa agli infermi e al personale nelle aziende sanitarie, del 7 dicembre 2001, approvato con delibera della GR n. 1891;

Assistenza religiosa in ospedale, 17

- **Regione Umbria** - Conferenza episcopale umbra:
Protocollo d'intesa relativamente alla assistenza religiosa di confessione cattolica presso le strutture di ricovero del Servizio sanitario regionale, del 19 novembre 2001;
- **Regione Siciliana** - Conferenza episcopale siciliana:
Schema di intesa tra l'Assessorato regionale della sanità e la Conferenza episcopale siciliana sull'assistenza religiosa, delibera della GR n. 194, del 30 aprile 2001;
- **Regione Lombardia** - Regione ecclesiastica Lombardia:
Protocollo d'intesa per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica negli enti sanitari ed assistenziali pubblici e privati accreditati, 21 marzo 2005, approvato con delibera GR n. VII/20593 dell'11 febbraio 2005;

Assistenza religiosa in ospedale, 18

- **Regione Piemonte** – Conferenza Episcopale piemontese:
Protocollo di intesa per il servizio di assistenza religiosa del 22 luglio 1998;
- **Regione Friuli V.G.** – Vescovi del FVG:
Protocollo di intesa per il servizio di assistenza religiosa cattolica presso le strutture socio-sanitarie della Regione del 9 ottobre 2001;
- **Regione autonoma Sardegna:**
Disciplina dell'assistenza religiosa nelle strutture di ricovero delle aziende sanitarie, Legge regionale 15 aprile 1997, n. 13;
- **Regione Emilia-Romagna:**
Disciplina dell'assistenza religiosa nelle strutture di ricovero delle unità sanitarie locali, Legge regionale 10 aprile 1989, n. 12;
- **Regione Campania:**
Ordinamento del servizio di assistenza religioso cattolico nelle strutture di ricovero, deliberazione della GR n. 1744 del 18 marzo 1997.

Assistenza religiosa in ospedale, 19

Molti protocolli (ad es. quello della Puglia) riconoscono:

- la cappellania (équipe composta da sacerdoti/religiosi/diaconi/laici);
- il numero di assistenti in rapporto ai pazienti (1x250/300), con incremento (+1 ogni 300) oltre i 1250 pazienti e con il minimo di 1x120;
- compiti degli assistenti (per pazienti, personale e volontari)

Enti di culto diversi dal cattolico dotati di personalità giuridica, 1

1. Associazione dei cristiani ortodossi in Italia - giurisdizioni tradizionali – d.p.r. ric. giur.14/1/1998 – mut. denom. d.p.r. 28/7/2004
2. Associazione chiesa del regno di dio – Torino d.p.r.16/12/1988
3. Associazione santacittarama – d.p.r. 10/7/1995
4. Centro islamico culturale d'Italia – d.p.r. 21/12/1974
5. Chiesa cristiana evangelica missionaria pentecostale di Olivarella di Milazzo - d.p.r. 16/12/1988
6. Chiesa cristiana evangelica indipendente berea – d.p.r. 25/10/1999
7. Chiesa cristiana millenarista – d.p.r. 17/5/1979
8. Chiesa di cristo di Milano – d.p.r. 13/6/1977
9. Chiesa e confraternita dei ss. Pietro e Paolo dei nazionali greci – *regio exequatur* 20/2/1764
10. Chiesa ortodossa russa in Roma – r.d. 14/11/1929
11. Chiesa ortodossa russa in Sanremo – d.p.r. 3/7/1966
12. Comunità armena dei fedeli di rito armeno gregoriano – d.p.r. 24/2/1956
13. Comunità dei greci ortodossi in Venezia – sovrane concessioni repubblica veneta 28/11/1498, 4/10/1511 e 11/7/1526 – statuto approvato 30/7/1940
14. Comunità evangelica di confessione elvetica o chiesa evangelica riformata svizzera di Trieste – r.d. 4/4/1938

Enti di culto diversi dal cattolico dotati di personalità giuridica, 2

16. Comunità evangelica di confessione elvetica o chiesa evangelica riformata svizzera di Firenze – provvedimento governo austriaco 7/1/1782
17. Comunità evangelica di Merano di confessione augustana – provvedimenti governo austriaco 28/12/1875 e 5/1/1876
18. Comunità greco-orientale in Trieste – provvedimenti imperiali 9/8/1782 e 7/3/1784 – statuto approvato con decreto imperiale 7/4/1782
19. Comunità religiosa serbo-ortodossa di Trieste – prima approvazione statuto rescritto imperiale 28/2/1773 – ultimo statuto approvato d.p.r. 29/3/1989
20. Congregazione cristiana dei testimoni di Geova – d.p.r. 31/10/ 1986
21. Congregazione cristiana evangelica italiana in Genova-Sampierdarena – d.p.r. 26/10/1976
22. Consulta evangelica – d.p.r. 13/9/1999
23. Ente cristiano evangelico dei fratelli in Novi Ligure – d.p.r. 13/11/1997
24. Ente patrimoniale della chiesa di Gesù cristo dei santi degli ultimi giorni (mormoni) – d.p.r. 23/2/1993

Enti di culto diversi dal cattolico dotati di personalità giuridica, 3

25. F.P.M.T. Italia – Fondazione per la preservazione della tradizione mahayana – d.p.r. 20/ 7/1999
26. Fondazione apostolica – ente patrimoniale della chiesa apostolica in Italia – d.p.r. 21/2/ 1989
27. Fondazione dell'assemblea spirituale nazionale dei baha'i d'Italia – d.p.r. 21/11/1966
28. Istituto buddista italiano soka gakkai – d.p.r. 20/11/2000
29. Istituto italiano zen soto shobozan fudenji – d.p.r. 5/7/1999
30. Movimento evangelico internazionale “fiumi di potenza” – d.p.r. 10/9/1971
31. Opera della chiesa cristiana dei fratelli – r.d. 22/2/1891
32. Sacra arcidiocesi ortodossa d'Italia ed esarcato per l'Europa meridionale (patriarcato di Costantinopoli) – d.p.r. 16/7/1998
33. *Self realization fellowship church* – ente della chiesa della fratellanza nella realizzazione del se' – d.p.r. 3/7/1998
34. Unione buddhista italiana (u.b.i.) – d.p.r. 3/1/1991
35. Unione induista italiana (u.i.i.) sanatana dharma samgha – d.p.r. 29/12/2000
36. Chiesa cristiana biblica – d.p.r. 28/1/2004
37. Missioni cristiane internazionali – avventisti del settimo giorno - movimento di riforma – d.p.r. 28/1/2004
38. Prima chiesa del cristo scienista – d.p.r. 28/1/2004
39. Congregazioni cristiane pentecostali - d.p.r. 20/6/2005

Assistenza religiosa in ospedale, 20

Problemi aperti

- ❑ L'assunzione e la retribuzione
- ❑ La cappellania (quali i soggetti riconosciuti)
- ❑ I soggetti accreditati, al di là della configurazione giuridica
- ❑ L'area degli interventi (servizi e presidi) sociosanitari, nei tre livelli (art. 3 *septies* del D. Lgs. 502/1992 e s. m. e i.
- ❑ La domiciliarità (ADI e ADP) e l'ospedalizzazione domiciliare
- ❑ La correlazione con la pastorale ordinaria, attesa la crescita esponenziale della malattie croniche

Assistenza religiosa nell'UE: trattato

come modificato dall'articolo 2 del Trattato di Lisbona del 13 dicembre 2007 ratificato dalla legge 2 agosto 2008, n. 130, su G.U. n. 185 del 8-8-2008 - Suppl. Ordinario n. 188)

Sul fronte del diritto dell'Unione Europea viene in evidenza quella che sembra porsi come una clausola di salvaguardia che si (pre)occupa di tutelare i regimi giuridici dei culti, espressione delle tradizioni peculiari dei diversi Paesi europei. Si tratta dell'articolo 17 del vigente Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, secondo il quale:

1. *L'Unione rispetta e non pregiudica lo status di cui le chiese e le associazioni o comunità religiose godono negli Stati membri in virtù del diritto nazionale.*
2. *L'Unione rispetta ugualmente lo status di cui godono, in virtù del diritto nazionale, le organizzazioni filosofiche e non confessionali.*
3. *Riconoscendone l'identità e il contributo specifico, l'Unione mantiene un dialogo aperto, trasparente e regolare con tali chiese e organizzazioni*

Assistenza religiosa nell'Unione Europea, 2

- A rischio di una eccessiva semplificazione ma avendo particolare riguardo al modo in cui gli organi comunitari mostrano di interpretare tale disposizione, più che all'affermazione di un principio di “incompetenza comunitaria in materia religiosa”, siamo di fronte alla formalizzazione di una regola di mantenimento o di conservazione (di salvaguardia, appunto), dei particolari regimi normativi nazionali riguardanti l'esperienza religiosa. In ambito comunitario, inoltre, la libertà religiosa è non solo tutelata e garantita dai Trattati ma anche dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (e quindi azionabile dinanzi alla Corte di giustizia dell'Unione europea), fatto salvo quanto dettato dalle disposizioni di salvaguardia sancite dall'articolo 17 precitato.

3. Tutela della salute e orizzonte antropologico: problemi e prospettive, 1

Lo scenario socioculturale postmoderno: indicatori

- Assenza di una *meta-narrazione* (condivisa)
- Enfasi del *come*, disfasia del *dove*, afasia del *perché* (si nasce, si vive e si muore)
- Liberarsi *dalla*, liberare *la* malattia
- Tra *malattia del senso* e *senso della malattia* (soprattutto cronica)
- *Bisogno* di salute e *desiderio* di salvezza
- Acuzie e cronicità: curare senza guarire
- Vecchiaia come tempo *dopo* la vita o tempo *della* vita?
- Dignità, qualità e sacralità della vita
- Tempo: *rimozione* del passato, *bulimia* del presente, *anoressia* del futuro

Tutela della salute e orizzonte antropologico: problemi e prospettive, 2

- La *complessità*, come: composizione plurale e plurima, disposizione sociale, istituzionale, categoriale e sistemica;
- la *frammentazione*, come parcellizzazione del reale, del tempo e dello spazio e la *frammentarietà*, come perdita di uno sguardo complessivo e d'insieme, per cui il frammento non può dare ragione del tutto e il tutto non può essere colto nel semplice frammento;
- la *dilatazione dei possibili* e l'*eccedenza delle opportunità*, come offerta e disponibilità di mezzi, di strutture, di beni;
- il *policentrismo*, soprattutto *esistenziale*, che genera la figura contemporanea dell'uomo *acentrico* ed *eccentrico*;
- la *pluralità di appartenenze*, propiziata dall'eccedenza policentrica, ma anche dalla composizione plurima del quadro generazionale, con la conseguenza del consolidarsi di "appartenenze con riserva", particolarmente incidenti ad esempio sulla costruzione e/o decostruzione dell'identità giovanile;

Tutela della salute e orizzonte antropologico: problemi e prospettive, 3

- la tenacia e l'incremento dei *sottosistemi sociali*, istituzionali che rendono incomunicabili i mondi vitali e le forme brevi di comunicazione;
- il *presentismo*, come sorta di calamita che attira a sé il passato, per neutralizzare la sua forza evocativa, ma che ingloba in sé anche il futuro, per esorcizzarne la potenzialità incerta e minacciosa;
- l'*ipertrofia dei mezzi* e l'*atrofia dei fini*, non solo ultimi, ma anche penultimi;
- la *spettacolarizzazione della vita*, dentro solitudini affollate e non più abitate
- l'*accettazione fatalistica* di tutto quanto avviene ,con la conseguente banalizzazione di ogni linguaggio.

Tutela della salute e orizzonte antropologico, 4

Lo scenario socio-istituzionale:

- Il limite del modello di *welfare lab* e di *welfare lib*
- Verso il paradigma di un *welfare relazionale, community, rigenerativo*
- ❖ *La libertà individuale e mercantile*, nel modello di *welfare lib*, si gioca troppo spesso *contro l'altro*, perché assume come bene *comune* il bene *privato* (attraverso il valore di *scambio*) e dunque corre il rischio di *mercantilizzare la società*;
- ❖ *l'uguaglianza indiscriminata e vuota*, nel modello di *welfare lab* si gioca *senza l'altro*, perché assume come bene *comune* il bene *pubblico* (attraverso il valore *d'uso*) e dunque corre il rischio di *statalizzare la società*;
- ❖ *la solidarietà/fraternità*, nel modello di *welfare relazionale/ obbligazionario /community*, si gioca *insieme con l'altro* (e non si può, dunque, realizzare se non negli orizzonti compiuti della *sussidiarietà*), perché assume come bene *comune* il bene di *reciprocità relazionale* (attraverso il valore di *legame*).
- Tutela della salute e medicina *personalizzata, olistica, della complessità, narrativa*

Tutela della salute e orizzonte antropologico, 5

Provocazioni dagli scenari:

- ❑ Sanità dei *mezzi* o sanità dei *fini*?
- ❑ Da una *sanità ideale* ad un *ideale di sanità*
- ❑ «Cure» dell'*acuzie* e «care» della *cronicità*
- ❑ Dalla *qualità della vita* ad una *vita di qualità*
- ❑ La dialettica tra bisogni *assistenziali* e bisogni *esistenziali*
- ❑ Dalla prevenzione alla cura, dalla riabilitazione all'*integrazione sociosanitaria*
- ❑ Riferimenti *antropologici* nella (ri)definizione dei LEA

Tutela della salute e orizzonte antropologico, 6

- ❑ Il come, il dove, il quando di una possibile *vita buona*, nel tempo della malattia (lunga, cronica, degenerativa, irreversibile, terminale...)
- ❑ Il *senso della malattia* (lunga, cronica, degenerativa...), tempo e luogo per la coscientizzazione della *malattia del senso*
- ❑ La malattia: non solo *evento clinico*, ma soprattutto *evento esistenziale*
- ❑ Dal *bisogno di salute* al *desiderio di salvezza*
- ❑ *Cure, care, caring*: dall'*e-vento* all'*av-vento* (*ad-ventura*: il credito di un futuro, tra promessa e sorpresa)

Tutela della salute e orizzonte antropologico, 7

Indicazioni dagli scenari

- ❑ La scienza invoca la *cura*,
- ❑ la coscienza il *prendersi cura*;
- ❑ la scienza *vede e fa*, la coscienza *pensa e agisce*.
- ❑ Sempre seguendo la sequenza dialettica potremmo correlare – tra scienza e coscienza:
 - il *sapere* e il *sapore*;
 - l'*accanimento/abbandono terapeutico* e

Tutela della salute e orizzonte antropologico, 8

l'alleanza/prossimità terapeutica;

- *la prestazione e la relazione,*
- *le premesse per la vita buona e le promesse per la vita buona,*
- *la pretesa e l'attesa/sorpresa,*
- *i confini e gli orizzonti.*

Si vuol correlare il fare (*facere*) e l'agire (*agere*), ricordando che l'agire è un *fare intenzionale*.