

ALBERTO FABBRI
Professore associato di Diritto canonico e Diritto ecclesiastico
Presso il Dipartimento di Scienze politiche dell'Università
degli Studi di Urbino Carlo Bo
alberto.fabbri@uniurb.it

L'INFERMIERE DI PARROCCHIA. UNA "SANA" E "AVVENIRISTICA" COLLABORAZIONE SOCIO- SANITARIA

THE PARISH NURSE. A "HEALTHY" AND "FUTURISTIC" COLLABORATION BETWEEN SOCIAL AND HEALTH CARE

SINTESI

Il Progetto Quadro e gli Accordi esecutivi firmati nel corso del 2019, per istituire la figura dell'Infermiere di Parrocchia, rappresentano una novità nel quadro di collaborazione tra istituti religiosi e civili. In particolare i livelli di rappresentanza che emergono per la parti firmatarie e le linee applicative, la parrocchia come spazio territoriale e non come comunità di fedeli, rendono di difficile collocazione queste accordi tra le fonti giuridiche e si inseriscono in un nuovo filone di regolamentazione bilaterale dei servizi ai cittadini.

ABSTRACT

The Framework Project and the Executive Agreements signed in 2019 to establish the figure of the Parish Nurse represent something new in the framework of collaboration between religious and civil institutes.

Specifically, the levels of representation that emerge with regard to the parties and the planned application – the parish as a territorial space rather than a community of the faithful – make it problematic to situate these agreements amid the legal sources and are part of a new strand of bilateral regulation of services for citizens.

PAROLE CHIAVE: Collaborazione – infermiere di parrocchia – tutela socio-sanitaria

KEYWORD: Collaboration – parish nurse – social and health protection

INDICE: 1. Il Progetto Quadro - 2. Prime riflessioni sul Progetto - 3. Gli Accordi esecutivi - 4. Il modello di collaborazione aperta - 5. Valutazione critica

1. Il Progetto Quadro

Il giorno 29 luglio 2019, L'Ufficio Nazionale per la Pastorale della salute della Conferenza Episcopale Italiana e l'Azienda Sanitaria Locale Roma 1, nelle

persone dei rispettivi rappresentanti, hanno sottoscritto un Progetto Quadro¹ per “predisporre e sperimentare il Progetto a valenza nazionale denominato Infermiere di Parrocchia”. Il documento costituisce l’incontro di due soggetti impegnati, nei rispettivi ambiti di competenza, a promuovere dei piani di sostegno alla cura e alla salute della persona, per attivare delle risposte alla necessità legate alla salute.

La collaborazione verte sulla promozione della figura dell’infermiere di comunità, calato nel contesto parrocchiale, per attivare una rete di contatti e informazioni, utili per monitorare l’ambito territoriale interessato in modo più capillare e circoscritto.

Il Progetto Quadro nasce per iniziativa dell’Ufficio della salute presso la CEI, nel ricercare una collaborazione tra la stessa CEI e il Servizio Sanitario Nazionale, con il coinvolgimento tecnico dell’ASL Roma 1, per promuovere il modello della figura dell’infermiere di parrocchia; questa figura verrà attivata attraverso un’azione combinata tra alcune diocesi, già individuate, e le Aziende Sanitarie Locali di competenza. Lo strumento per rendere operativo il progetto assumerà la forma dell’Accordo esecutivo.

In una logica di sussidiarietà, il Progetto è “finalizzato alla valorizzazione del ruolo delle Parrocchie all’interno del processo di costruzione della rete assistenziale di protezione socio-sanitaria di prossimità, e della realizzazione del modello di infermiere di comunità”.

I contraenti evidenziano che l’Accordo esecutivo, da sottoscrivere a livello locale, dovrà chiarire le finalità e gli obiettivi del progetto, le funzioni che l’infermiere sarà chiamato a svolgere, di modo che venga ad essere attivata o rinforzata una rete di prossimità dei servizi di natura sanitaria e socio-sanitari, all’interno del territorio parrocchiale.

In questa sinergia saranno inizialmente coinvolte le diocesi di Roma, Alba e Tricarico, in rappresentanza dell’intera penisola, con l’adesione delle Aziende Sanitarie Locali di competenza. L’intenzione è quella di predisporre un modello di collaborazione da estendere e diffondere, successivamente all’esito positivo della sperimentazione, su tutto il territorio nazionale.

In particolare, per valutare tutte le fasi che caratterizzano la sperimentazione del progetto, «*guidarne e monitorare l’applicazione e l’esecuzione*», viene istituito il Gruppo di coordinamento tecnico presso l’ufficio Nazionale per la pastorale della salute. Tale strumento di coordinamento e di valutazione, sarà composto, dai Direttori dei rispettivi uffici firmatari, da altri quattro membri scelti per metà dalla Segreteria Generale della CEI e per metà dalla Direzione Generale dell’ASL Roma 1, con possibilità di essere integrato dai referenti locali coinvolti nel progetto di sperimentazione.

Nel Progetto Quadro si fa menzione anche dell’intenzione di costituire una Consulta nazionale per i Servizi Sanitari di Prossimità (SSP), composta da rappresentanti degli ordini professionali e dei soggetti istituzionali dei servizi

¹ Per il testo cfr. https://www.olir.it/autori_documento/asl-roma-1/. L’iniziativa ha come partner professionali la Federazione degli ordini infermieristici (Fnopi) e la Federazione delle aziende sanitarie (Fiaso).

sanitari. L'organo rientrerebbe nella esclusiva giurisdizione della CEI, competente della nomina dei membri.

Il documento termina con l'indicazione della durata, fissata in un quinquennio, non senza aver esplicitato che «dalla sottoscrizione del presente Progetto Quadro non derivano obblighi di natura economica tre le Parti».

2. Prime riflessioni sul Progetto

Un primo dato che emerge in modo evidente dal documento, è la paternità dell'iniziativa, assunta dall'Ufficio nazionale per la pastorale della salute, il quale si avvale del "supporto tecnico", avviato con la richiesta di una "collaborazione tecnica", della ASL Roma 1. Pertanto, così come scritto, il testo appare come un compromesso imposto, in cui gli obiettivi pastorali della CEI, per essere meglio attuati sul territorio parrocchiale, richiedevano la partecipazione di un elemento esterno, trovato nel servizio sanitario territoriale.

La stessa indicazione di finalizzare il progetto «alla valorizzazione del ruolo della Parrocchie all'interno del processo di costruzione della rete assistenziale di protezione socio-sanitaria di prossimità», insieme alla riserva della Presidenza del costituendo Gruppo di coordinamento tecnico, in mano all'Ufficio proponente², costituiscono elementi che ad una prima analisi sembrano snaturare la logica di sussidiarietà e di collaborazione che ha generato il Progetto Quadro.

Il Progetto finalizzato alla sperimentazione del modello infermiere di parrocchia, per essere pienamente colto, deve essere inteso come un'evoluzione positiva della figura dell'infermiere di comunità, declinato in un territorio che coincide con la Parrocchia.

La tipologia dell'infermiere di comunità³ viene ricavato dal Documento Salute 21⁴, del 1998, partendo dalla figura dell'infermiere di famiglia, il quale

² Diversa natura assume la Consulta nazionale per i servizi Sanitari di Prossimità (SSP), indicato nel Progetto Quadro come una iniziativa esclusiva della CEI, la quale, come già indicato, è competente nella nomina dei membri, "dodici rappresentanti degli Ordini professionali e dei soggetti istituzionali dei servizi sanitari". Qui ci troviamo nell'ordine ecclesiale, con piena autonomia di nomina e di approvazione del regolamento di organizzazione delle attività.

³ M. PELLIZZARI, *L' infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi*, McGraw-Hill, Milano 2014; G. ROCCO - S. MARCADELLI - A. STIEVANO - C. CIPOLLA, *Infermiere di Famiglia e di Comunità. Proposte di policy per un nuovo welfare*, FrancoAngeli, Milano 2017.

⁴ *Health21: La salute per tutti nel 21° secolo. Introduzione alla strategia della Salute per tutti nella Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*, Dichiarazione della Sanità Mondiale adottata dalla comunità della sanità mondiale nella cinquantunesima Assemblea Mondiale della Sanità, maggio 1998, in http://www.asl.vt.it/Staff/Formazione/educazione/files/doc_org_mondiale/P%201998%20HEALTH%2021.pdf.

Un primo richiamo indiretto a questa figura la possiamo ritrovare nel report Community Health Nursing, pubblicato dall'Organizzazione mondiale della sanità (Who) nel 1974, in cui viene sviluppato il concetto di assistenza a livello comunitario.

Anche nel recentissimo "Decreto Rilancio", decreto legge n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza

dovrebbe interagire con le strutture della comunità locale sui problemi di salute, per promuovere una «assistenza sanitaria orientata alla comunità». Per garantire un miglior welfare comunitario, il testo raccomandava di attivare un processo di partecipazione allo sviluppo della sanità che coinvolga «partner specifici [...] a livello di comunità e nazionale, in grado di promuovere decisioni congiunte, di implementazione e responsabilità».

Il rafforzamento delle potenzialità delle comunità locali, attraverso una collaborazione anche con le istituzioni presenti sul territorio, ha come finalità quella di favorire politiche e programmi sanitari di comunità, al fine di garantire un sistema sanitario e sociale efficiente a livello locale.

Il Progetto Quadro nasce dunque dall'incontro naturale di due esigenze, quella di intensificare la vicinanza alle persone, anche negli aspetti legati alla salute, da parte ecclesiale, e di incentivare la creazione di una rete assistenziale sempre più capillare, da parte del servizio sanitario nazionale.

La parrocchia, in quanto comunità di fedeli cattolici presenti in un determinato territorio⁵, assegnata alla cura pastorale di un parroco, assume in questo progetto la valenza di soggetto coordinatore e conoscitore del territorio, come centro privilegiato di relazioni e contatti sul territorio sul quale far gravare il servizio; allo stesso tempo assume il compito di garante della corretta applicazione dei protocolli e delle procedure che vengono ad essere assunti nel promuovere il servizio attraverso la figura dell'infermiere preposto, nel coordinare gli operatori pastorali coinvolti nell'applicazione del Progetto.

Alcuni dubbi potrebbero essere sollevati dal richiamo che viene fatto alla «definizione delle funzioni che devono essere svolte nell'ambito del progetto infermiere di Parrocchia e del profilo professionale che deve caratterizzare gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale coinvolti», in cui l'identificazione dell'infermiere con la parrocchia potrebbe generare l'equivoco di voler incentivare solo quelle figure infermieristiche di comprovata fede cattolica, esulando dal profilo professionale indicati dal decreto ministeriale n. 739 del 1994⁶. I dubbi vengono fugati nei diversi Accordi esecutivi, di cui tratteremo *infra*, in cui la parrocchia assume solo il compito di coordinatore territoriale, come punti di stazionamento, nel quale va ad operare l'infermiere. Lo spazio dove è ubicato il servizio non caratterizza il tipo di servizio che viene reso, il quale rispetterà i profili professionali propri dell'infermiere. In questo processo la parrocchia non costituisce una sede dislocata per l'erogazione di servizi di natura ambulatoriale, né intende svolgere servizi sanitari alternativi o aggiuntivi a quelli pubblici.

La denominazione assunta dal progetto "Infermiere di Parrocchia", non intende fare riferimento e promuovere un servizio di natura socio-sanitaria solo

epidemiologica da COVID-19", in *Gazz. Uff.* n. 128 del 19 maggio 2020, si rafforzano i servizi infermieristici distrettuali con l'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da COVID-19.

⁵ Cfr. can. 518 *cic*.

⁶ D.M. 14 settembre 1994, n. 739 *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*, in *Gazz. Uff.* n. 69 del 13 gennaio 1995.

per coloro che “frequentano” la parrocchia come spazio ecclesiale, nella sue diverse attività, ma da indicazioni solo sulla circoscrizione territoriale ove il servizio andrà ad operare. Indubbiamente il titolo scelto, se contribuisce ad identificare immediatamente lo spazio interessato, si presenta di tendenza, e non aiuta nella comprensione del servizio che effettivamente viene attivato, anche nella individuazione dei potenziali fruitori.

Sotto questo aspetto gli Accordi esecutivi rendono ragione delle intenzioni che sottendono tutta l'iniziativa, chiarendo le procedure che devono essere attuate e utilizzando una terminologia identificativa del progetto più chiara, quale “infermiere di comunità in parrocchia”.

3. Gli Accordi esecutivi

A seguito del Progetto Quadro, sono stati sottoscritti tutti gli Accordi esecutivi previsti, rispettivamente tra la Diocesi di Tricarico e l'Azienda Sanitaria locale di Matera (29 ottobre 2019), tra la Diocesi di Alba e l'Azienda Sanitaria ASL Cuneo 2 (8 novembre 2019), tra la Diocesi di Porto Santa-Rufina e l'Azienda Sanitaria ASL Roma 1 (6 novembre 2019) e tra la Diocesi di Roma e l'ASL di Roma 1 (11 dicembre 2019).

I quattro documenti, firmati nello stesso lasso di tempo, si presentano identici, nella forma, nel contenuto e negli impegni procedurali assunti, con leggeri cambiamenti marginali⁷: l'Accordo Quadro viene indicato come parte integrante degli stessi Accordi Esecutivi e ad esso le parti rinviano per «quanto necessario alla realizzazione del presente progetto». Appare evidente come il fronte esecutivo fosse già stato oggetto di analisi e di elaborazione nella fase di stesura del Progetto Quadro, e semplicemente presentato ai soggetti interessati per la firma e i completamenti necessari, senza possibilità di inserire variazioni soggettive di rilievo.

Il Progetto, nella sua fattispecie, prevede due piani di azione, uno infermieristico e uno parrocchiale/pastorale, con momenti di sintesi.

Sul fronte infermieristico, sarà l'Azienda sanitaria ad indicare e a mettere a disposizione «un team di infermieri, con specifica formazione, cd “infermieri di comunità” che presteranno la loro attività presso ciascuna parrocchia», i quali saranno coordinati da un capofila già indentificato nello stesso Accordo in modo anagrafico.

Le diverse funzioni⁸ che saranno svolte dagli infermieri negli spazi indicati, saranno contenute in un piano di azione condiviso con la stessa struttura

⁷ Gli Accordi variano sulla tipologia del soggetto ecclesiale coinvolto, prevedendo di impegnare una sola parrocchia, una serie di parrocchie o alcune unità pastorali.

⁸ Le funzioni da eseguire vengono individuate nell'ascoltare, informare e orientare le persone all'interno della “Rete” dei servizi socio-sanitari territoriali” della Asl competente; «*facilitare i percorsi di accesso alle cure e/o assistenza interfacciandosi con il Distretto sanitario e i vari servizi territoriali di prossimità*»; «*intercettare gli “irraggiunti” e facilitarne il contatto con la “rete”*»; favorire azioni di promozione della salute e del benessere della Comunità”, così come indicato all'art. 3 di tutti gli Ac-

ospitante; il piano di azione menzionato dovrà comunque ricevere l'approvazione del Gruppo di coordinamento tecnico, per poter essere applicato.

Sul fronte parrocchiale⁹, la raccolta delle diverse esigenze, istanze e necessità socio-sanitarie e di natura assistenziale dei singoli presenti sul territorio parrocchiale, verrà svolta da alcuni operatori pastorali, debitamente formati. Le informazioni, le segnalazioni e i dati dagli stessi acquisiti, dovranno essere condivisi con l'infermiere, il quale deciderà le azioni, le procedure e i servizi da intraprendere sulla base delle informazioni possedute, al fine di dare soddisfacimento alle richieste segnalate e acquisite. Anche in questo caso un "Coordinatore parrocchiale di Pastorale della salute", sarà il referente della parrocchia, sia nella gestione delle relazioni con l'infermiere, sia nella gestione di eventuali problematiche legate alla gestione delle attività di monitoraggio.

La Parrocchia dovrà mettere a disposizione dell'infermiere un locale, con *«postazione di lavoro nelle ore previste, dotata di scrivania, linea telefonica e accesso alla rete internet, e di una sala utilizzabile per eventuali incontri con gruppi di persone»*¹⁰, in modo da garantire una autonomia e uno spazio adeguato al servizio che viene reso.

Sul fronte degli oneri economici, si precisa che "ciascuna parte sosterrà i costi connessi con la realizzazione delle attività previste in relazione agli impegni di propria spettanza"; così come per gli aspetti assicurativi, ogni ente, ASL o parrocchia si adopererà per il proprio personale, con un ulteriore onere per la parrocchia, in riferimento *«all'utilizzo dei locali e degli spazi messi a disposizione»* del personale infermieristico.

Dal momento che la sperimentazione viene spalmata lungo un asse di tempo annuale, rinnovabile per un ulteriore anno, durante questo periodo dovranno essere realizzati incontri *«con cadenza periodica di monitoraggio e valutazione dei risultati»*, *«condividendo con la comunità parrocchiale»* i risultati della sperimentazione.

Infine è da segnalare che nei documenti viene trattata anche la questione dell'acquisizione e del trattamento delle informazioni e dei dati sensibili, prevedendo il rispetto e la piena applicazione delle previsioni vigenti in materia di privacy.

4. Il modello di collaborazione aperta

L'analisi e la classificazione del modello di collaborazione sviluppato nei due diversi livelli, non si presenta semplice, per diversi ordini di ragioni. Un primo passaggio interessa i soggetti firmatari. Il Progetto Quadro vede impe-

cordi esecutivi. Va ricordato che il servizio prestato dall'infermiere rientra nell'ordinario attività, cambia solo il luogo in cui la prestazione viene eseguita.

⁹ Il procedimento adottato non varia se le comunità parrocchiali individuate nel progetto sono unità pastorali, così come previsto nel progetto Diocesi di Alba/Asl Cuneo 2.

¹⁰ Nell'Accordo esecutivo Diocesi di Tricarico/Asl Matera, si prevede la messa a disposizione, *«qualora necessario»*, di un mezzo di trasporto per gli spostamenti *«dalla Diocesi di Tricarico alle varie Parrocchie individuate»*.

gnati l'Ufficio Nazionale per la Pastorale della salute della CEI, attraverso il suo Direttore, e l'ASL Roma 1, attraverso il suo legale rappresentante; per gli Accordi esecutivi, le ASL interessate, attraverso i Direttori Generali, e le Diocesi, nella figura del vescovo¹¹.

Appare chiaro come solo nel secondo passaggio, quello a livello locale, la relazione avviene tra soggetti che interagiscono sul medesimo territorio e incidono sulla stessa comunità, elementi imprescindibili per poter applicare il progetto alle parrocchie/unità pastorali interessate. Diversamente, nel Progetto Quadro, i due interlocutori, non hanno lo stesso grado di rappresentanza, né della comunità, con un rapporto nazionale/locale ben marcato, né dell'ente di riferimento¹².

Inoltre colpisce che la stessa parte civile, l'ASL Roma 1 compaia anche come firmataria di uno degli stessi Accordi esecutivi.

Come è possibile che venga ad essere prospettata una simile iniziativa senza impostare un dialogo tra pari? Per rispettare questa regola basilare, il Progetto Quadro avrebbe dovuto coinvolgere, per un'azione tra soggetti di pari grado, come parte civile o lo stesso Ministero della salute, oppure un organo alle sue dipendenze, come l'Istituto superiore di sanità. In alternativa esisteva la possibilità di portare l'Accordo a un livello regionale, con il coinvolgimento, per parte ecclesiale, dell'Ufficio pastorale della salute, della Regione ecclesiastica Lazio; inutile dire che questo percorso avrebbe annullato la portata nazionale che si intendeva dare all'iniziativa.

Nel tentare di fornire una giustificazione formale, che sottende un preciso intento procedurale, possiamo rilevare come il Progetto Quadro viene impostato come un'ipotesi di fattibilità di un nuovo percorso ecclesiale, in cui la CEI richiede la collaborazione tecnica dell'ASL Roma 1; la stessa è coinvolta, così come chiaramente indicato nel Progetto, per valutare, per l'ambito di sua competenza, «i presupposti di realizzabilità di modelli di collaborazione tra Parrocchie e Servizi territoriali del Servizio sanitario Nazionale»¹³. Si tratterebbe dunque non di un progetto realizzato tra pari, ma di una iniziativa della CEI la quale, per predisporre e sperimentare il progetto Infermiere di parrocchia, si avvale del supporto tecnico di una azienda sanitaria locale, per tutte le procedure amministrative, finalizzato alla creazione di una comunità in rete.

¹¹ Nell'Accordo con la Diocesi di Roma, il documento porta la firma del vescovo Delegato per la pastorale sanitaria.

¹² L'Ufficio Nazionale per la pastorale della salute della CEI è stato istituito dal Consiglio Episcopale Permanente nella sessione del 23-26 settembre 1996, ai sensi dell'art. 29, § 2, dello Statuto e dell'art. 95 del Regolamento della Conferenza Episcopale Italiana. Cfr. art 1 del Regolamento dell'Ufficio nazionale per la pastorale della sanità e della sua Consulta, aggiornato al Consiglio Episcopale Permanente del 22-25 settembre 2008. Lo stesso Regolamento all'art. 5 afferma che l'Ufficio «*Collabora con istituzioni, organismi e aggregazioni a livello nazionale e internazionale che operano nel suo settore di competenza*». Già questa indicazione mostra la straordinarietà della procedura adottata in questo Progetto.

Sul fronte sanitario, la Regione Lazio annovera ben 10 Asl locali, con un ruolo primario assunto dall'Azienda Roma 1.

¹³ Così nel considerato del Progetto Quadro.

Nel proseguire la nostra analisi, la questione si sposta sulle fonti in cui andare a collocare questo modello di collaborazione.

È logico includerlo come naturale sviluppo dell'impegno che la Repubblica italiana e la Santa Sede assumono nella «reciproca collaborazione per la promozione dell'uomo e il bene del Paese», così come indicato nell'Accordo di Villa Madama del 1984? Ancora, il ruolo della CEI¹⁴, richiamato nell'articolo 13 secondo comma dello stesso Accordo, nel convenire con «le competenti autorità dello Stato» a intese per avviare una necessaria collaborazione su ulteriori materie rispetto a quelle già esplicitamente indicate nell'Accordo, come deve essere collocato in questa nuova fase?

La dottrina si è ampiamente cimentata nel cercare di cogliere la portata di queste norme, in particolare nel tentare di evidenziare come la collaborazione indicata si inserisse perfettamente nella rilevanza che la separazione degli ordini produce¹⁵. In particolare il reciproco riconoscimento della sovranità e dell'indipendenza propria di ogni ordinamento, Stato e Chiesa, non poteva escludere una collaborazione in vista di un bene comune, nel rafforzare il primato della persona, così da favorire un miglior perseguimento delle specifiche finalità. In questo procedere le Alte Parti hanno evidenziato due aspetti sui quali esercitare questa possibilità, la promozione dell'uomo e il bene del Paese. Si è ritenuto che la piena realizzazione di questi beni, attraverso un accordo di cooperazione, non solo non fosse incompatibile con le reciproche indipendenze, ma diventasse la massima espressione della dimensione realizzativa

¹⁴ Sul ruolo assunto dalla CEI rinvio a G. FELICIANI, *La Conferenza episcopale come soggetto della politica ecclesiastica italiana*, in *Quaderni di diritto e politica ecclesiastica*, 1, 2004; lo stesso autore rileva la nuova funzione collaborativa svolta dagli episcopati, G. FELICIANI, *Gli episcopati nuovi protagonisti delle relazioni tra la Chiesa e gli Stati*, in *Periodica de re canonica*, 89, 2000. In un'analisi sui principi che sorreggono le possibili nuove collaborazioni tra Stato e Chiesa in Italia a seguito dell'Accordo del 1984, c'è chi ipotizzava che ci sarebbe stato maggior "spazio a quelle esperienze di rapporto anche istituzionale tra i livelli inferiori di chiese e le istituzioni civili (conferenze episcopali regionali e regioni, parrocchie e comuni o UUSLL unitarietà sanitarie locali), prevedendo che «c'è da aspettarsi una richiesta di partecipazione a taluni momenti di consultazione e di programmazione prevista nell'ordinamento civile», cfr. L. PREZZI, *CEI e revisione concordataria La dissonanza creativa*, in *Il Regno*, 15 marzo 1984, n. 503, p. 112. L'imput per un tale pensiero, in cui il futuro dell'Accordo avrebbe interessato non solo il governo italiano ma anche i vescovi e i poteri locali, proveniva dal *Dichiarazione della Presidenza della CEI*, del 18 febbraio 1984, nella quale si prendeva atto che «restano fuori dall'esplicita normativa dell'Accordo oggi siglato aree significative di problemi nuovi e urgenti, quali la promozione della vita e della famiglia, l'educazione sanitaria e i servizi socio-sanitari e assistenziali, la lotta contro le nuove forme di emarginazione, le iniziative per la gioventù, la qualificazione dei mezzi della comunicazione sociale, la promozione del volontariato interno e internazionale, l'impegno per il terzo mondo e per la pace, la valorizzazione del territorio e della sua cultura», *Notiziario della Conferenza Episcopale Italiana*, n. 3, 29 febbraio 1984, p. 95.

¹⁵ G. LO CASTRO, *Ordine temporale, ordine spirituale e promozione umana. Premesse per l'interpretazione dell'art. 1 dell'accordo di Villa Madama*, in *Dir. Eccl.* 1984, I, p. 508; O. FUMAGALLI CARULLI, *Lo Stato italiano e la Chiesa cattolica: indipendenza, sovranità e reciproca collaborazione (a proposito dell'art. 1 Accordo di revisione concordataria)*, in *Stato, Chiesa e pluralismo confessionale*, Rivista telematica (www.statoechiese.it), n. 3/2014. In questo quadro si cita il modello di una bilateralità diffusa, cfr. A. VITALE, *Ordinamento giuridico e interessi religiosi*, Giuffrè, Milano 1996, p. 153 ss; C. CARDIA, *Manuale di diritto ecclesiastico*, Il Mulino, Bologna 1996, p. 240.

dell'Accordo stesso, associando un progetto valoriale ad uno pratico. Infatti l'indicazione di un piano aperto, sul quale pianificare una collaborazione di intenti e di solidarietà, riassume il senso di relazione che anima il contenuto del documento, permettendo di tracciare e improntare il percorso da seguire su stabili direttive.

I beni indicati dall'art. 1 dell'Accordo del 1984 esprimono valori condivisi, nella consapevolezza che il percorso utile per una affermazione delle loro potenzialità, necessita della partecipazione e del coinvolgimento di tutti quegli elementi che possono contribuire alla loro evoluzione, inclusa anche la dimensione religiosa.

Il richiamo dunque ad uno spettro così ampio, che coinvolge l'aspetto antropologico e politico, permette di includere in questo paniere anche la figura dell'infermiere di parrocchia, con le specificità che lo caratterizzano e con i tempi e gli spazi ad esso riservati. In riferimento all'oggetto dell'Accordo Quadro, l'inserimento delle Parrocchie nella rete dei servizi socio-sanitari territoriali non può costituire oggetto di una "nuova materia", piuttosto si tratta di una pianificazione territoriale, nella quale le strutture ecclesiali rivendicano un proprio ruolo attivo, per il perseguimento di un risultato utile, teso ad una promozione umana sempre più attenta ai bisogni fondamentali.

Fatto dunque salvo il modello collaborativo, è necessario soffermarci brevemente sul ruolo che assume la CEI nel Progetto indicato. Appare chiaro, come in questo ambito la stessa Conferenza riveste un ruolo esterno, per cui la stretta relazione con l'ufficio firmatario le fa assumere una funzione di garanzia per parte ecclesiale¹⁶, dal momento che il soggetto promotore è unicamente l'Ufficio in quanto tale. La CEI viene richiamata nel Progetto solo a proposito della istituzione della Consulta nazionale per i Servizi Sanitari di Prossimità, creata per un più efficace coordinamento delle diverse esperienze che si andranno a costituire.

Possiamo quindi affermare che la parte attrice non può essere identificata nella CEI, la quale agisce per voce del suo Presidente e non attraverso una suo ufficio interno.

La collaborazione avviata, rappresenta un nuovo modello per promuovere stabili relazioni tra istituzioni. Lasciati sullo sfondo gli oggetti della collaborazione richiamati dall'Accordo del 1984, come indiretti destinatari degli effetti prodotti dalla relazione, con questo Accordi Quadro si è dato accesso ad una nuova fase, nella quale la dimensione religiosa non rappresenta più l'aspetto da tutelare e da salvaguardare, ma diventa lo spazio nel quale la collaborazione trova espressione.

Il carattere religioso viene ad interessare solo la natura del soggetto preposto, la parrocchia, la quale, per una miglior vicinanza materiale-spirituale, si propone alle istituzioni pubbliche nel mettere a disposizione degli apparati sanitari, la propria conoscenza del territorio e le relazioni sociali, per attivare un

¹⁶ L'Ufficio promotore del Progetto si presenta come espressione della struttura della CEI, come viene indicato nel testo, tuttavia l'iniziativa collaborativa viene riferita all'Ufficio in quanto tale.

percorso finalizzato alla presa in carico della persona¹⁷, considerata nella sua completezza, spirituale e fisica. Ribadiamo che con questo procedimento non si intende garantire l'esercizio della libertà religiosa individuale e neppure collettiva, ma si promuove l'attività pastorale della parrocchia per assicurare un servizio di complemento.

Assistiamo ad una nuova modalità di collaborazione, in cui l'interesse di entrambi i soggetti, le istituzioni pubbliche e quelle religiose coinvolte, si esprime nella promozione di un servizio alla collettività, nel mettere in comune le rispettive competenze, conoscenze e strumenti, in cui la necessità di garantire dei servizi alla comunità passa attraverso una ricerca attiva e di vicinanza verso i potenziali soggetti interessati, così da raggiungere un risultato più efficace con un minor dispendio di risorse.

5. Valutazione critica

Può oggi questo Accordo relativo all'istituzione dell'infermiere parrocchiale trovare fondamento nell'art. 1 dell'Accordo di Villa Madama?

Come declinare il modello collaborativo, così da risultare strumento ancora pienamente valido di promozione, per una più efficace soddisfazione delle esigenze anche religiose dell'uomo cittadino e per perseguire il bene del paese, inteso come spazio multiculturale?

Indubbiamente il contesto sociale nel quale prende forma questa collaborazione esprime un superamento del principio della separazione degli ordini, ormai ampiamente condiviso e rispettato; la collaborazione tende naturalmente a svilupparsi sempre più ad un livello locale, in cui il mantenimento della efficacia dei servizi, anche di natura pastorale, induce ad una continua sinergia tra le istituzioni interessate, anche religiose, per un risultato condiviso.

A questo proposito è interessante richiamare brevemente la recente sentenza della Corte Costituzionale¹⁸, nella quale si afferma che con il principio di sussidiarietà orizzontale indicato dall'art. 118 quarto comma della Costituzione, «*si è voluto superare l'idea per cui solo l'azione del sistema pubblico è intrinsecamente idonea allo svolgimento di attività di interesse generale*»; il perseguimento di tali attività può essere riconosciuto anche ad una «*autonoma iniziativa dei cittadini*», come espressione di una «*società solidale*», fortemente radicata nel tessuto comunitario.

Al di là dell'oggetto del ricorso, indicato nel ruolo assunto dagli enti del terzo settore (ETS)¹⁹, la Consulta ha evidenziato come la collaborazione con i soggetti pubblici, tende sempre a «*elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e*

¹⁷ Inteso come concetto comprensivo dei soggetti che risiedono nella circoscrizione parrocchiale.

¹⁸ Corte cost., sentenza n. 131/2020.

¹⁹ La Corte afferma che «*lo specifico modello di condivisione della funzione pubblica prefigurato dall'art. 55 del decreto legislativo 3 luglio 2017 n. 117 (Codice del Terzo settore), in riferimento alla co-programmazione e co-progettazione, è però riservato in via esclusiva agli enti che rientrano nel perimetro definito dall'art. 4 CTS*».

protezione sociale, secondo una sfera relazionale che si colloca al di là del mero scambio utilitaristico».

Ritengo che questa possa essere la chiave di lettura da applicare al Progetto, secondo una logica di sussidiarietà che vede coinvolti attori diversi.

Questo percorso risulta sempre più valido se la ricerca del primato della persona è effettuato nei modi e nei tempi rispettosi dei soggetti coinvolti. Tuttavia l'itinerario intrapreso, se rende merito dello spirito collaborativo che anima le istituzioni religiose e civili nella gestione del bene comune, contiene anche il rischio di snaturare la dimensione religiosa che necessariamente interviene nel rapporto e che assume una sua specifica valenza in quanto caratterizzante uno dei due soggetti interessati; infatti è sempre presente l'istinto statale di considerare la Chiesa solo nella veste di ottimo erogatore di servizi, e pertanto favorire un coinvolgimento degli apparati ecclesiali nei diversi compiti che sono propri dello Stato. Sul fronte ecclesiale il raggiungimento di finalità pastorali sempre più articolate anche con processi attivi su più fronti, spesso sostenute anche da finanziamenti statali, può portare alla necessità di rafforzare ed evidenziare la visibilità delle diverse istituzioni coinvolte, anche all'interno del contesto statale, derogando la ecclesiasticità da una dimensione costitutiva, ad una meramente esperienziale.

Questo processo, che vede coinvolte soggetti statali ed ecclesiali per lo svolgimento di servizi alla collettività, aveva trovato una prima forma embrionale di manifestazione con i servizi di oratorio, in cui lo Stato attraverso una legge ordinaria²⁰ aveva riconosciuto e finanziato le attività giovanili, in cui l'appartenenza religiosa del soggetto che ne fruisce non rilevava, dal momento in cui le strutture riconosciute che erogavano le attività non potevano discriminare la scelta dei soggetti richiedenti.

Questo nuovo modo di promuovere la collaborazione, in cui l'attore parte ecclesiale si rivolge alle istituzioni pubbliche per attivare un partenariato su

²⁰ Legge 1 Agosto 2003, n. 206 "Disposizioni per il riconoscimento della funzione sociale svolta dagli oratori e dagli enti che svolgono attività simili e per la valorizzazione del loro ruolo" pubblicata nella *Gazz. Uff.* n. 181 del 6 Agosto 2003. «Lo Stato riconosce e incentiva la funzione educativa e sociale svolta nella comunità locale, mediante le attività di oratorio o attività simili, dalle parrocchie e dagli enti ecclesiastici della Chiesa cattolica, nonché dagli enti delle altre confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato un'intesa ai sensi dell'articolo 8, terzo comma, della Costituzione». La situazione si è riproposta in questo periodo di pandemia; infatti con la Legge Regionale Marche n. 20 del 26/05/2020 sono state individuate «misure straordinarie ed urgenti connesse all'emergenza epidemiologica da COVID 19 per la ripartenza della Regione Marche».

In attuazione di tale legge con la DGR n. 743/2020, concernente le Misure per il rilancio economico da emergenza COVID, sono state assegnate, tra le altre, risorse finanziarie pari ad € 800.000,00 da destinare alla concessione di un contributo straordinario a fondo perduto in relazione all'emergenza COVID per sostenere la funzione socioeducativa degli Oratori parrocchiali, anche in relazione alla necessità di conciliare i tempi di lavoro con quelli familiari, agevolando il rientro al lavoro dei genitori. Lo stesso Decreto di adozione del Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport chiarisce che «Il presente intervento non costituisce aiuto di stato, in virtù del principio solidaristico che contraddistingue le attività di interesse generale oggetto di contributo ed in quanto realizzate esclusivamente da operatori locali esclusivamente per utenti locali».

progetti di reciproco interesse, deve essere intesa come salvaguardia della promozione umana²¹, oggetto di entrambe le istituzioni.

Un'ultima evidenza presente nel Progetto Quadro, tutta da giustificare, riguarda la modalità di intendere l'ente Parrocchia.

Una prima indicazione sembra considerare la Parrocchia come soggetto giuridico, nella sua natura di ente ecclesiastico civilmente riconosciuto, in grado di collaborare con i Servizi territoriali del Servizio Sanitario Nazionale.

Immediatamente dopo emerge che la Parrocchia viene valorizzata «*all'interno del processo di costruzione della rete assistenziale di protezione socio-sanitaria di prossimità*», per cui quella che rileva è l'estensione territoriale che la caratterizza, intesa come bacino dei potenziali soggetti interessati dal servizio sanitario.

Questo modo di procedere viene confermato anche negli Accordi esecutivi, in cui viene dato rilievo alla “popolazione di riferimento”, e alla “rete sociale delle parrocchie”, nel considerare la dimensione territoriale e dunque comunitaria, che caratterizza la parrocchia.

Il modello identificativo applicato, che si esprime nella rilevanza che acquista la circoscrizione territoriale, conferma la natura del modello di collaborazione proposto, in cui la parrocchia risulta non per il suo carattere ecclesiale, ma per la conoscenza del proprio territorio. Diversamente, se si fosse considerata la parrocchia come “comunità di fedeli” costituita stabilmente nell'ambito di una chiesa particolare²², avrebbero dovuto essere coinvolti nel progetto solo coloro che «*sono stati incorporati a Cristo mediante il battesimo*»²³, con una applicazione discriminativa per coloro che non sono battezzati o non frequentatori della parrocchia.

Si profila non già la tutela di un interesse di gruppo collettivo (solo per i fedeli che sono ricompresi nella parrocchia)²⁴, ma il soddisfacimento di un interesse di serie, cioè di quanti vivano entro i confini di una circoscrizione ecclesiastica cattolica, per altro di non facile individuazione per le istituzioni civili, indipendentemente dalla loro appartenenza confessionale.

²¹ Una dimensione che prenderà sempre più spazio è quella del Terzo settore, nel riuscire a declinare il principio di solidarietà secondo la natura del soggetto erogatore del servizio, per un pieno sviluppo della persona umana.

²² Così come indicato dal can. 515 *cic*.

²³ Cfr. can. 204 *cic*, ai sensi del can. 11.

²⁴ Per un ampio approfondimento sugli interessi religiosi collettivi rinvio a S. LARICCIA, *La rappresentanza degli interessi religiosi*, Giuffrè, Milano 1967.