

# I dati e le statistiche sanitarie: conoscere le realtà per curare le diverse ferite dell'uomo

Dr. ANTONIO GIULIO DE BELVIS - Ricercatore dell'Istituto di Igiene,  
Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico "A. Gemelli" di Roma

*Un saluto ai Partecipanti e un ringraziamento agli Organizzatori per l'invito a presentare alcune evidenze derivanti dall'attività di ricerca dell'Istituto di cui faccio parte nella giornata inaugurale di questo Convegno.*

Il Sistema  
Informativo  
Socio-Sanitario

I dati e le statistiche sanitarie sono parte del Sistema informativo socio-sanitario, che, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dovrebbe essere costruito in ogni Paese come una "infrastruttura dinamica e flessibile per il monitoraggio delle attività sanitarie". Così concepito, il Sistema informativo socio-sanitario comprende persone, valori, legislazione, relazioni inter-istituzionali, tecnologie e standard per il reperimento, trattamento, analisi, e trasmissione/diffusione delle informazioni a partire da fonti complementari di dati, finalizzati alle attività di utilizzo, analisi, interpretazione e condivisione a beneficio di operatori sanitari e di altri utenti, operanti dentro e fuori un Sistema Sanitario (WHO, 2000).

Perché sia di supporto alle decisioni, il Sistema informativo sanitario è molto più di una raccolta di dati. Essi non hanno valore di per sé, la loro rilevanza deriva dall'essere i dati stessi analizzati e trasformati in informazioni utili alle decisioni e all'orientamento delle attività nel settore sanitario.

L'esistenza di un sistema informativo efficiente è, pertanto, essenziale perché un sistema sanitario possa incidere innovativamente sulla tutela della salute della popolazione per:

- una corretta analisi dei problemi;
- una idonea valutazione dei bisogni da soddisfare;
- la programmazione e la verifica degli interventi;
- il calcolo delle risorse occorrenti;
- il controllo dell'uso di tali risorse;
- la valutazione della validità complessiva di interventi e servizi.

Si profilano, allora, alcune caratteristiche dei sistemi informativi sanitari. Sul versante della domanda di assistenza, esse sono legate alle differenti tipologie di utenti e di utilizzi potenziali delle

informazioni (dalla popolazione generale ai singoli pazienti, dai decisori al terzo pagante pubblico o privato), tutti necessitanti di informazioni tempestive su una varietà di aspetti legati alla misurazione della salute (ad esempio: mortalità ed altre misure negative di salute, determinanti comportamentali, ambientali e socio-economici dello stato di salute), ma anche su aspetti legati all'accesso e alla qualità dei servizi, all'allocazione dei finanziamenti e ai costi globali. Sul versante dell'offerta, esistono ormai differenti strumenti e metodi di rilevazione, raccolta, analisi, rappresentazione, reportistica e modellizzazione che i Sistemi Informativi Socio-sanitari sono sempre più chiamati a recepire ed integrare.

È di interesse rilevare come l'origine del sistema informativo sanitario stia nei registri di stato civile, nei registri parrocchiali (la fonte storica degli eventi di nascita e morte) e nei censimenti periodici, costruiti e mantenuti da autorità religiose ed amministrative o in base ad un sistema nato per l'assolvimento di scopi primariamente non sanitari.

Da allora i sistemi informativi si sono evoluti, così come gli indicatori che ne sintetizzano le informazioni, utilizzati non solo per valutare i complessi processi della salute e della sanità, per rispondere alle più complesse esigenze di conoscenza, informazione e, soprattutto, di valido supporto alle decisioni in ambito socio-sanitario. In tale contesto, le normative nazionali e regionali hanno introdotto, negli anni più recenti, numerosi indicatori in ambito socio-sanitario, la maggior parte dei quali focalizzata su alcuni aspetti del sistema (costi delle prestazioni o di alcuni processi assistenziali, dimensioni e caratteristiche dell'offerta o, a seguito del D. Lgs. 229/99, accessibilità, organizzazione dei servizi e utilizzazione delle risorse).

Poche rimangono, invece, le proposte relative agli indicatori orientati ai risultati di salute, intesi come effettive misurazioni dello stato di salute del paziente dopo un evento patologico e alla conclusione di uno specifico processo assistenziale (Agenzia per i servizi sanitari regionali, 2005).

La gestione del Servizio Sanitario Nazionale è sempre più delegata a livello regionale: lo Stato centrale mantiene il compito di definire i livelli essenziali di assistenza (LEA) e lascia il raccordo e l'armonizzazione del complesso delle funzioni e delle attività dei Servizi Sanitari Regionali.

Anche per questo, il processo di decentramento in sanità richiede al Sistema informativo socio-sanitario di monitorare, garantire l'effettiva erogazione dei LEA e certificare il raggiungimento in ciascuna Regione degli obiettivi di tutela della salute, secondo prin-

cipi di uguaglianza di accesso e di qualità delle prestazioni in tutti i contesti regionali.

È questo l'obiettivo di Osservasalute, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (che ha sede presso l'Università Cattolica di Roma, ed è diretto dal Prof. Walter Ricciardi): rispondere ad un'esigenza di informazione nell'ambito dei nuovi scenari creati dalla devoluzione e dal decentramento. Dal 2003, nel Rapporto Osservasalute viene svolta un'analisi sui dati relativi alla salute e alla qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, frutto del lavoro di oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano e che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. All'edizione 2006 dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e FISH (Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap).

I dati dell'ultimo Rapporto Osservasalute (2006), in uno scenario globalmente positivo sulle condizioni di salute degli italiani - confermano alcune differenze nelle condizioni di accesso ai servizi e nella qualità dell'assistenza tra le Regioni.

Inoltre, l'analisi di Osservasalute rivela come non sempre gli strumenti a disposizione siano in grado di evidenziare gli aspetti rilevanti legati alle caratteristiche dei bisogni socio-assistenziali delle fragilità: anziani, immigrati, malati terminali e psichici, rispetto ai quali - riprendo le parole dell'intervento precedente di S.E. mons. Betori - "occorre consolidare ed arricchire l'operatività e l'efficacia della presenza ecclesiale". I motivi della limitata capacità di analisi sono legati alle caratteristiche dei fenomeni - nei quali il cui bisogno sanitario sottende problematiche di carattere sociale, economico, esistenziale ed etico, del singolo o della comunità, e alla limitatezza degli strumenti informativi e di analisi. Questa esigenza conoscitiva riguarda anche la pluralità di soggetti ed operatori che si occupano dell'assistenza socio-sanitaria, nell'attuale modello di erogazione dell'assistenza di tipo *welfare-mix*, in cui l'attività degli attori/erogatori privati si integra con quella pubblica, ferma restando la responsabilità di Stato, Regioni, ASL e Comuni nella determinazione delle prestazioni e nella garanzia dei diritti di cittadinanza.

Rimanendo sul versante dell'offerta di attività in ambito socio-sanitario, i dati e le statistiche disponibili non sono attualmente in grado di fornire valide indicazioni sull'impegno - e il relativo impatto - delle espressioni della presenza ecclesiale, condizione preliminare per garantire - a livello nazionale, regionale e diocesano - quell'unità, consonanza e collaborazione, che - nelle parole di Mons. Betori possano "rendere più numerosa ed incisiva tale

presenza e più fruttuoso il confronto sulle tematiche etiche”. Valutare e valorizzare tale impegno della Chiesa in ambito sanitario può essere importante veicolo di informazione e comunicazione con gli altri attori/decisori locali, regionali e nazionali e di collegamento/coordinamento interno, anche per analizzare e diffondere le esperienze di eccellenza svolte dagli attori socio-sanitari.

Tra le fragilità, la tematica dei bisogni socio-sanitari dell'anziano è, anche da un punto di vista numerico, una delle più rilevanti. Il nostro è un Paese di anziani: e la quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevate nel mondo.

Nell'assistenza all'anziano stiamo assistendo ad una svolta paradigmatica: fino agli Anni '90, l'interesse della ricerca di Sanità Pubblica si è quasi esclusivamente concentrato sull'impatto della sperimentazione e l'impiego di nuove tecnologie biomediche, sulla relazione tra fattori di rischio ambientali, comportamentali e fattori predittivi genetici e lo stato di salute della popolazione. Negli ultimi anni, invece, si moltiplicano gli studi che vanno ad investigare il ruolo dei cosiddetti determinanti sociali di salute, tra questi, quello delle reti di supporto e di relazioni sociali (*social networks*) istituzionali o meno. L'effetto protettivo delle reti sociali sulla salute negli anziani è stato valutato da alcuni studi svolti nel Nord-America e nei Paesi Scandinavi: le reti sociali dotano gli anziani di risorse emotive e pratiche aggiuntive, e ne rafforzano il senso di interesse ed autostima. Infine, l'anziano inserito in reti di relazioni sociali è maggiormente informato e, pertanto, responsabilizzato sull'adozione di comportamenti e stili di vita più sani, ed anche sulle opportunità di cura della propria comunità.

A fronte di ciò, le ricerche nel nostro Paese sull'effetto delle reti sociali sugli anziani sono ancora scarse: per questo motivo, insieme all'Istituto Italiano di Medicina Sociale, l'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore sta conducendo da tre anni una ricerca dal titolo “Anziani e reti sociali: il ruolo della famiglia”.

L'analisi su oltre 33.000 anziani del campione ISTAT, da noi recentemente svolta, conferma come la famiglia unipersonale, il vivere da soli, incontrarsi con minor frequenza con parenti o amici, partecipare poco ad attività ricreativo-culturali o religiose sia associato ad un più basso livello di salute fisica e mentale. Inoltre, il “peso” delle reti sociali sullo stato di salute nell'anziano è differente tra le Regioni italiane, a conferma delle differenti caratteristiche delle relazioni sociali anche nel nostro Paese.

Anche nell'ottica delle politiche socio-assistenziali questi dati appaiono rilevanti specie in Italia, Paese in cui gli anziani dipen-

dono prevalentemente dall'assistenza fornita dai familiari, dove le caratteristiche dei *social networks* sono differenti rispetto ad altri Paesi.

Questa evidenza si scontra con un dato strutturale che in Italia la spesa del *welfare state* per il sostegno alle famiglie – compresi gli interventi per l'infanzia – assolutamente residuale (3,8%) tra le voci di spesa per la protezione sociale, dominata dalle pensioni e dalla sanità (88,3%). In Italia, la quota per gli aiuti alle famiglie è meno della metà della media dell'Europa dei Quindici (8,2%), e assai più ridotto rispetto alla Germania (10,6%), la Francia (9,6%) e la Spagna (10,8%) (fonte: Eurostat, 2003).

Questo dato è ancora più allarmante se si pensi che, se anche nel nostro Paese, sia pure in maniera minore e più graduale che altrove, la struttura sociale e la rete di supporto familiare, amicale o del volontariato, classico sostegno delle popolazioni fragili, si va assottigliando o, comunque, non riesce più a garantire forme sistematiche e continuative di assistenza alle fragilità.

Si profila ancora di più la centralità del ruolo delle reti familiari/amicali o di quelle di supporto nell'assistenza agli anziani e alle loro fragilità, fenomeni in continuo aumento nella popolazione, che rischiano di pregiudicare la sostenibilità economica del sistema complessivo di welfare. Se, tra gli strumenti individuati a tale scopo, viene a livello europeo suggerito il rafforzamento delle forme non istituzionalizzate di assistenza, si vede come, anche su questi temi, si renda necessario rendere visibile, per valorizzarla e se, necessario, ed anche migliorarla, e l'azione svolta dalla Chiesa, in tutte le sue differenti forme ed articolazioni.

---

## Bibliografia

- WHO. Health system performance assessment: Report by the Secretariat. EB document 10/79. Disponibile sul sito: [www.who.int](http://www.who.int) (ultimo accesso: 12 giugno 2007).
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 e art. 12 bis del D. Lgs. 502/92. Identificazione, sperimentazione e validazione di alcuni indicatori di processo ed esito della qualità delle attività sanitarie. Monitor 2005;15 (suppl):1-169.
- Disponibile sul sito: [http://www.assr.it/monitor/supplementi/supplementi\\_monitor.htm](http://www.assr.it/monitor/supplementi/supplementi_monitor.htm) (ultimo accesso: 5 giugno 2007).
- Ricciardi W. (a cura di). Osservasalute: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni Italiane. Rapporto 2006. Disponibile sul sito web: [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it) (ultimo accesso: 20 giugno 2007).
- EUROSTAT. La situation sociale dans l'Union Européenne - 2003, Luxembourg, 2003.

9° Convegno Nazionale dei Direttori  
degli Uffici Diocesani  
per la Pastorale della Sanità  
Chianciano T., 26-28 giugno 2007



## I dati e le statistiche sanitarie: conoscere le realità per curare le diverse ferite dell'uomo

Antonio Giulio de Belvis  
Istituto di Igiene  
Università Cattolica del Sacro Cuore  
Policlinico "A. Gemelli" - Roma

debelvis@rm.unicatt.it



## Quale è la ragione di esistere di un sistema sanitario?

“L'assistenza sanitaria  
dovrebbe prima di tutto e  
principalmente condurre a  
una migliore salute e qualità  
di vita per la popolazione”

*Carta di Lubiana (1996, Regione Europea  
dell'OMS)*



■ L'attuale sistema socio-sanitario è un sistema di **welfare mix**, con attori pubblici e privati, ferma restando la responsabilità pubblica nella determinazione delle prestazioni e dei diritti di cittadinanza, a tutti i livelli di governo delle garanzie

■ Gli attori operanti nel sistema socio-sanitario sono:

- **soggetti istituzionali programmatori, regolamentatori e in parte finanziatori** dell'erogazione dei servizi, quali Regioni ed Enti Locali, chiamati a seguire le linee di indirizzo fornite da parte degli organi governativi;
- **soggetti istituzionali competenti sui servizi sanitari e socio-sanitari integrati**, quali ASL e Aziende Ospedaliere (i servizi socio-assistenziali afferiscono come competenza ai Comuni, come ribadito dalla L.328/00);
- **soggetti privati erogatori** di tali servizi, autorizzati dai soggetti istituzionali a svolgere la loro attività, a loro volta articolati tra privati for profit e senza scopo di lucro





## Caratteristiche dei fenomeni salute-malattia e della loro misurazione

- Sono fenomeni sociali, multidimensionali
- Dinamici, a rapida evoluzione
- Inquadrabili in un quadro concettuale complesso
- Dimensioni soggettive e oggettive
- Dimensione territoriale, temporale
- Integrazione tra diverse fonti e indagini



## Differenti aspetti dei bisogni di salute

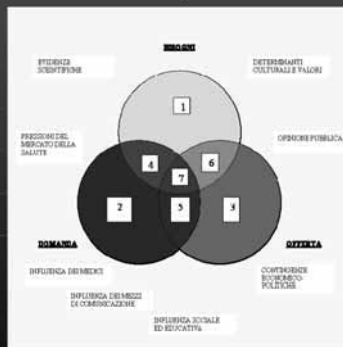


(Wright, BMJ, 1998)



## Bisogno, Domanda, Offerta

- (Caso 1) il bisogno è inespreso o non emerge tempestivamente
- (Caso 2) la domanda - espressione o meno di bisogno normato - non trova corrispondenza nell'offerta di servizi
- (Caso 3) i servizi sono assolutamente inutilizzati perché non accettati, adeguati o semplicemente non efficaci
- (Caso 4) la domanda è traduzione di un bisogno normato, ma non è soddisfatta tempestivamente
- (Caso 5) il sistema di offerta pubblica o privato accreditato induce la domanda di servizi
- (Caso 6) i servizi - specie se di sanità pubblica e legati alla prevenzione secondaria o al cambiamento di stili di vita - sono proposti senza la richiesta del paziente



de Belvis, Volpe (2007), modificata da Vissers, 1998 e Pencheon, 1998





### POTENZIALITA' E LIMITI DEGLI ATTUALI SISTEMI INFORMATIVI SANITARI

·La prospettiva si sposta:

- Dalla prestazione singola al percorso di cura globale
- Dal singolo episodio di cura all'esito complessivo

· Si impone progressivamente il vincolo dell'Authority sulla Privacy

· Ha sempre maggior peso l'ambito della dimensione sociale accanto a quella sanitaria

**Ma...**

· Esiste un'inflazione di dati, eppure sono poche le informazioni disponibili ai fini decisionali

· Gli attuali sistemi informativi sono carenti nel fornire controlli sull'efficacia delle prestazioni e sulle relative condizioni di accesso e ...

· ... carenti nel monitorare la capacità del sistema di offerta socio-sanitario nel garantire livelli di prestazioni e di farlo secondo criteri di efficienza



### BISOGNI, DOMANDA DI SALUTE E SISTEMI INFORMATIVI



Ricciardi W, de Belvis AG, 2003



### Rapporto Osservasalute [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it)

**Rapporto Osservasalute  
2003**

109 INDICATORI

**Rapporto Osservasalute  
2004**

117 INDICATORI

9 BOX

**Rapporto Osservasalute  
2005**

108 INDICATORI

53 BOX

**Rapporto Osservasalute  
2006**

93 INDICATORI

22 BOX

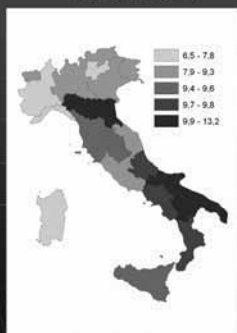
26 APPROFONDIMENTI





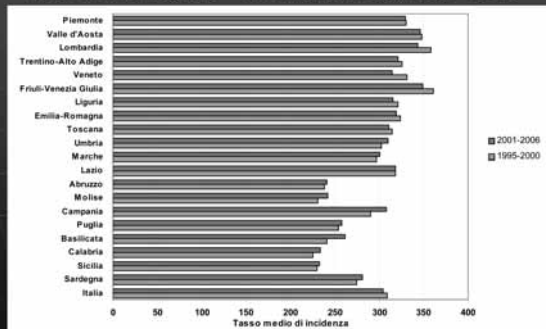
# La fragilità legata alle patologie sociali

## Prevalenza di persone obese per regione - Anno 2003



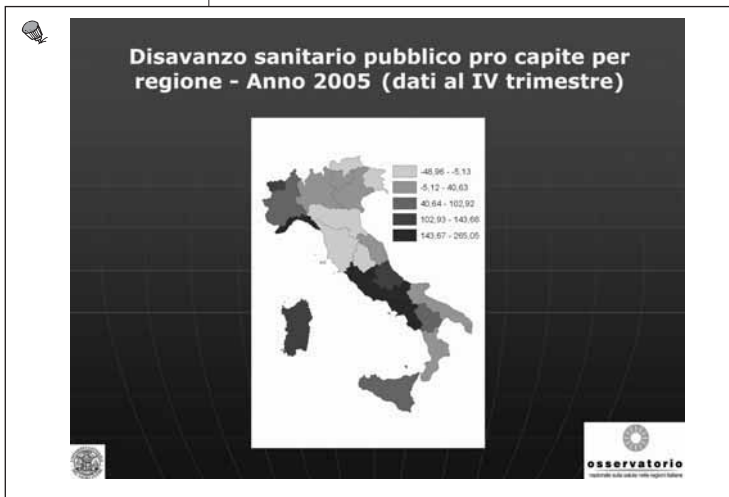
osservatorio  
osservatorio nazionale sulla salute dei soggetti fragili

## Tasso medio di incidenza per tutti i tumori, per classe di età 0-84 anni e regione - Anni 1995-2000, 2001-2006

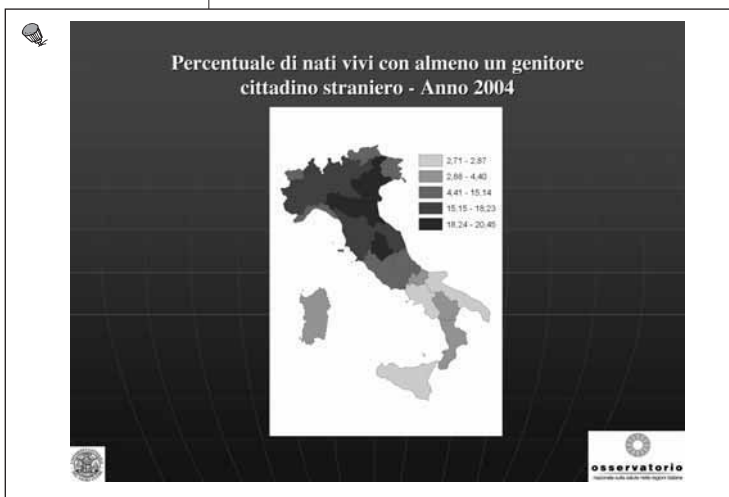


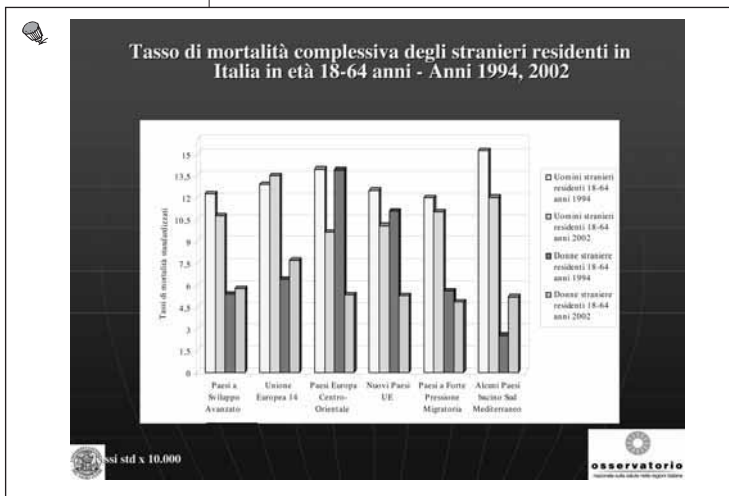
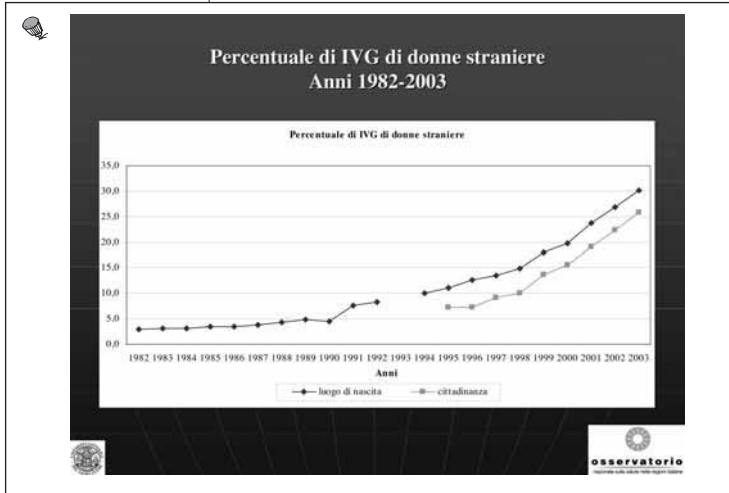
osservatorio  
osservatorio nazionale sulla salute dei soggetti fragili



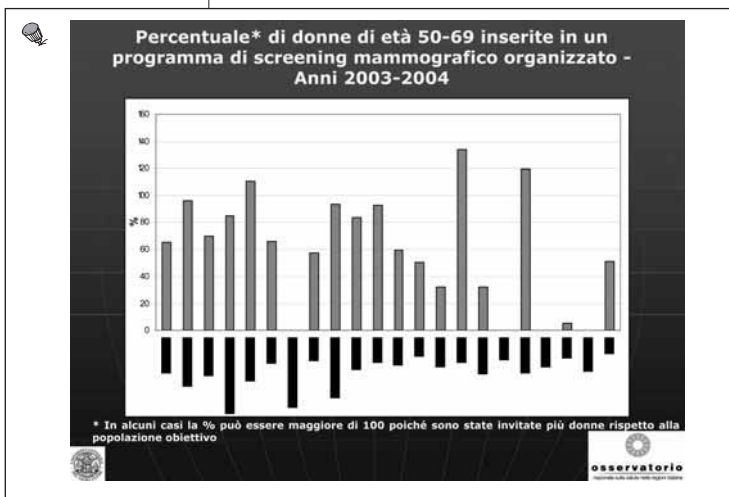


**La fragilità legata all'immigrazione**





# La fragilità legata alle malattie terminali



**Le cure palliative. L'assistenza ai malati terminali per tumore (Lazio) -1**

Gli indicatori del bisogno

- Incidenza tumori maligni: 20.000/anno
- Ospedalizzazione: 75.000 dimissioni/anno in R.O. (53%, donne)
- Le morti per tumore nel Lazio sono ogni anno circa 15.000 (T. std.: 258/00.000). Il 30% in età <65 anni

Fonte: PSR Lazio 2002-2004

**Le cure palliative. L'assistenza ai malati terminali per tumore (Lazio) -2**

- L'esigenza per le cure palliative è valutata in circa 9 p.l. su 100.000 (10/100.000, se si includono anche i malati terminali di AIDS).
- La popolazione del Lazio è di 5.300.000 abitanti circa. Occorrono almeno 477 posti letto. In effetti la L.R. 39/99 ha previsto la riconversione di ca. 540 p.l.

Fonte: PSR Lazio 2002-2004



## Le cure palliative. L'assistenza ai malati terminali per tumore (Lazio) - 3

Anno 2001

- Sul territorio regionale i p.l. sono 130, ripartiti in 4 strutture a Roma e 1 a Viterbo.
- Lo scarto tra disponibile/ottimale è di 1:4

Anno 2005

- Sul territorio regionale i p.l. sono 203, di cui 138 a Roma.
- Lo scarto tra disponibile/ottimale è di 1:2



Fonte: PSR Lazio 2002-2004 e ASP Lazio



## La sostenibilità sociale, economica e familiare dell'assistenza socio-sanitaria all'anziano



## Stato di salute e diseguglianze sociali in Italia nel 2005

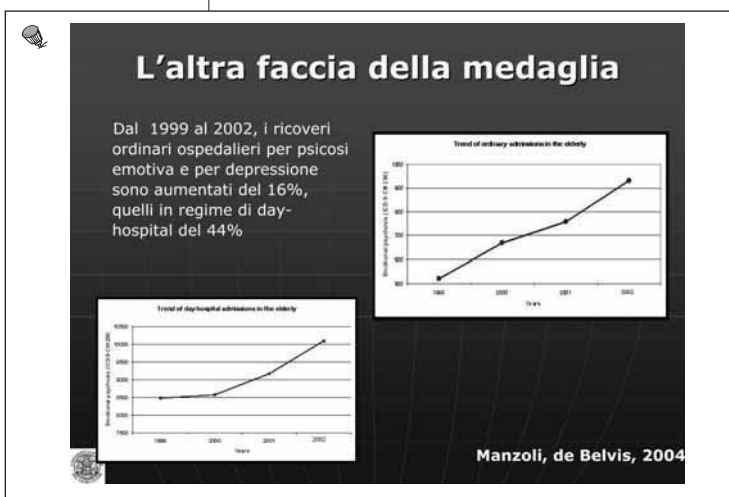
Tavola 1 - Persone di 14 anni e più secondo lo stato di salute dichiarato e indice di stato fisico e psicologico per classe di età e sesso - Anno 2005 (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)

CLASSI DI ETÀ	Stato di salute dichiarato								Indice di stato fisico <sup>1)</sup>				Indice di stato psicologico <sup>2)</sup>			
	Molto male e male		Bene e molto bene		Indice di stato fisico <sup>1)</sup>		Indice di stato psicologico <sup>2)</sup>		Molto male e male		Bene e molto bene		Indice di stato fisico <sup>1)</sup>		Indice di stato psicologico <sup>2)</sup>	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI E FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI E FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI E FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI E FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI E FEMMINE	
14-24	0,0	0,0	0,0	92,7	89,0	91,2	55,3	55,3	55,3	53,7	51,2	52,5	52,5	52,5	52,5	
25-34	1,2	1,1	1,1	89,9	81,9	84,4	54,4	53,8	54,1	52,5	50,4	51,5	50,6	50,6	50,6	
35-44	1,9	1,8	1,8	79,0	73,1	76,1	53,5	53,1	53,3	51,5	49,7	50,6	49,7	49,7	49,7	
45-54	3,1	4,7	3,9	47,5	37,2	42,3	52,4	51,0	51,6	50,9	48,5	49,6	48,5	48,5	48,5	
55-64	6,1	8,7	7,4	32,4	30,7	31,5	50,2	48,1	49,1	50,4	48,0	48,2	48,0	48,2	48,2	
65-69	9,3	14,5	12,1	37,7	38,8	38,2	47,7	44,9	46,2	50,0	46,9	48,3	46,9	46,9	46,9	
70-74	13,4	19,2	16,6	29,6	30,6	30,1	45,4	42,6	43,9	48,9	45,9	47,2	45,9	45,9	45,9	
75-79	19,2	29,7	24,5	21,1	19,0	20,1	42,5	39,4	40,7	47,9	45,0	46,2	45,0	45,0	45,0	
80 e più	26,7	34,3	31,7	17,3	12,7	15,1	38,2	34,9	36,9	46,4	43,4	44,4	43,4	43,4	43,4	
Totale	9,1	8,9	9,0	66,7	59,9	63,3	51,9	49,9	50,4	51,2	48,5	49,8	48,5	48,5	48,5	

<sup>1)</sup> ranging from

ISTAT, 2007





- La "fragilità" dell'anziano è una condizione instabile ed evolutiva
  - E' aumentato negli ultimi 20 anni il numero delle persone anziane esposte al rischio di perdere la propria autosufficienza
- La prevenzione di una soddisfacente condizione fisica, psicologica e cognitiva dell'anziano non può basarsi solo su strategie di tipo sanitario
- È cresciuto in Italia il numero delle persone anziane che vivono sole o per le quali si sono, per varie ragioni, attenuate le possibilità di sostegno nell'ambito della famiglia



## Percentuale di anziani che vivono soli (Italia, 2001)



Fonte:  
Osservasalute, 2004



## L'assistenza a lungo termine per gli anziani secondo la CE

- L'aumento del numero degli anziani aumenterà la pressione sul settore pubblico e potrà pregiudicare la sostenibilità del sistema
- L'assistenza a lungo termine non riguarda solo l'assistenza sanitaria "convenzionale"
- Sull'assistenza pesa il numero crescente delle famiglie unipersonali e degli anziani soli
- Si conta sempre meno sulle reti familiare ed amicale, classico sostegno delle popolazioni fragili

Questo pone la necessità della riorganizzazione del sistema di assistenza

EC COM(2001) 723 Final







- Ha avuto il sopravvento il tentativo di delegare la cura delle fragilità a istituzioni pubbliche di welfare, mutandola in "assistenza", incoraggiando la trasformazione della famiglia in una sfera del privato, pronta a delegare parte dei suoi compiti ad organizzazioni esterne ritenute più competenti ed esperte

Scabini, 2007



- Gli interventi che hanno impegnato anche economicamente lo stato sociale hanno avuto quasi esclusivamente come referenti categorie di soggetti, specie quelli deboli (minori, anziani, disabili) astratti dalle relazioni che costituiscono il contenuto cruciale e vitale di riferimento

Scabini, 2007



## Reti sociali

•Un processo di invecchiamento in buone condizioni è associato a determinanti come stili di vita e sviluppo di relazioni all'interno delle cosiddette reti sociali, *social networks*: categorie di relazioni potenziali che divengono manifeste solo quando sono mobilitate con determinati eventi o attività (Mitchell, 1969).

- **Il concetto di reti sociali si basa sulla interdipendenza tra gli attori che le compongono e le reciproche azioni, in cui la costruzione a rete si concentra più sulle relazioni che sugli attributi o sulle caratteristiche di ciascun attore individuale.**





## Capitale sociale

- la "rete di relazioni interpersonali e di associazionismo civico, le norme che regolano la convivenza e la fiducia e permettono alle persone di agire collettivamente per perseguire in modo più efficace degli obiettivi comuni"
  - descrive, attraverso misure di fiducia civica, reciprocità e partecipazione alla vita comunitaria, il livello di coesione sociale e la fiducia della comunità nell'operato delle istituzioni civili e nella Pubblica Amministrazione

Putnam RD, 1993



## Indice di capitale sociale

- *Diffusione della stampa quotidiana*
  - apertura dei singoli all'ambiente circostante
- *Livello di partecipazione elettorale nel periodo*
  - apertura al mondo (anche se esiste il voto di scambio)
- *Diffusione delle associazioni dello sport di base*
- *Densità delle associazioni di volontariato*
- *Diffusione delle donazioni di sangue*
  - diffusione del senso di dono/obbligo morale verso gli altri che caratterizza il terzo settore



## Comunità competenti

When communities are competent, it is predicted that positive changes in the public's health will result.

YS Kim-Godwin, 2001





## Una comunità competente...

... contrasterebbe atteggiamenti passivi e di delega da parte dei cittadini e andrebbe ad incentivare "una società che si fa carico", dove ognuno è responsabile e promotore di azioni volte a contrastare situazioni di disagio e disuguaglianza sociale

Serra R., 2001



**Dalla socializzazione degli eventi legati alla cura...  
alla sanitarizzazione dei problemi sociali**

**Dalla socializzazione della famiglia alla ...  
familiarizzazione della società?**



## Distribuzione % della spesa per la protezione sociale

	Italia	Germania	Francia	Regno Unito	Spagna	EU-15
Vecchiaia e superstiti	63.3	42.3	44.1	47.5	39.1	46.4
Malattia e sanità	25.0	28.3	29.1	25.9	27.1	27.3
Invalidità	6.0	7.8	5.8	9.5	12.0	8.1
Disoccupazione	1.7	8.4	6.9	3.2	6.5	6.3
Famiglia e Infanzia	3.8	10.6	9.6	7.1	10.8	8.2
Alloggio ed esclusione sociale	0.2	2.6	4.5	6.8	4.5	3.7
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Eurostat, 2003



# **L**a fragilità: limite e risorsa nella vita della persona e nella vita ecclesiale

S. E. Mons. FRANCESCO MONTENEGRO - Presidente della Commissione  
Episcopale per il servizio della carità e la salute

Vi darò l'impressione di parlare più da Presidente della Caritas che da Presidente della Commissione della salute. È una scelta. Guarderò al contesto della povertà nel suo insieme. La pastorale non è la somma di settori separati tra loro. Oggi si parla di pastorale integrata. Solo avendo uno sguardo generale si saprà affrontare il particolare.

Ripugna parlare di fragilità. Essa ha molti volti, anche inediti, eppure è una caratteristica costitutiva dell'uomo. Per "fragilità" s'intende ogni condizione di sofferenza e di disagio in cui l'uomo misura la sua debolezza e i suoi limiti (povertà, malattia, fame, handicap...). Neppure la tecnica, oggi utilizzata per la costruzione di nuovi esseri umani, riesce ad eliminare o risolvere le situazioni di fragilità, qualche volta le tampona.

Il dolore e la sofferenza mettono a nudo la fragilità dell'uomo. "La sofferenza è considerata scomoda compagna di cui l'uomo diventa silenzioso spettatore impotente; la malattia è vissuta come evento da cui liberarsi più che evento da liberare; il naturale processo di invecchiamento è rifiutato; la morte è vista come evento indicibile e inaudito; la disabilità è considerata più come ostacolo che non come provocazione, più come bisogno assistenziale che non come domanda di riconoscimento esistenziale"<sup>1</sup>.

Ciò non significa che ci si deve rassegnare alla fragilità, semmai che la si deve accettare. Si accetta la fragilità quando la si fa diventare 'cultura', ci si confronta con essa, la si supera, se possibile e si assume uno stile di vita che porta alla condivisione della fragilità altrui.

Il limite, infatti, può avere valenza positiva, purché si accettino come inevitabili le "dipendenze" (da Dio e dalle altre creature). È tale consapevolezza a far sentire "come essere trascendente rispetto al mondo che ci circonda" (Giovanni Paolo II). "L'uomo non è che un giunco, il più debole della natura; ma è un giunco pensante. Non occorre che l'Universo intero si armi per schiacciarlo; un va-

<sup>1</sup> Nota pastorale "Predicate il Vangelo e curate i malati", n° 11

pore, una goccia d'acqua è sufficiente per ucciderlo. Ma, quand'anche l'Universo intero lo schiacciasse, l'Uomo sarebbe sempre più nobile di ciò che l'uccide, perché egli sa di morire e conosce la superiorità che l'universo ha su di lui; l'universo, invece, non ne sa nulla". Le parole di Pascal rendono evidente il collegamento tra fragilità e grandezza umana. Quando questi due aspetti contraddittori si fondano, viene fuori lo stupore del salmista: "Se guardo il cielo, la luna e le stelle, che cosa è l'uomo? L'hai fatto poco meno degli angeli, di gloria e di onore lo hai coronato".

Le fragilità non sono muri di separazione ma spazio da condividere e opportunità per "trasformare le ferite in feritoie" (Bregantini). Cristo, che ha posto tra i poveri la sua cattedra di redenzione, "ci aiuta non in virtù della sua onnipotenza, ma in virtù della sua sofferenza" (Bonhoeffer). I poveri sono il Suo segnale, il suo passaggio tra noi, sono un mistero che va avvicinato con estrema delicatezza e attenzione. Sono il Dio alla pari con l'uomo. "Uno di noi è Dio" (Bello).

La povertà per noi cristiani è una via inevitabile per arrivare alla santità (Francesco), ma è anche un forte richiamo alla carità e al ristabilimento della giustizia. Spesso, essa è causa di degrado morale, fisico, sociale e di profonde sofferenze.

Le fragilità sono attorno e dentro di noi, anche se non sempre sono visibili e percepibili. Le si incontrano più spesso di ciò che si pensa. Il Card. Martini parlava delle croci che "salgono e scendono negli ascensori dei nostri palazzi". Per riconoscerle ci vuole cuore.

Essere poveri vuol dire morire di fame, essere analfabeti, non godere di congrua salute, essere sfruttati spesso senza sapere di esserlo, non sapere di essere uomini, non godere delle risorse, delle garanzie e dei privilegi che il sistema sociale assicura alla parte fortunata dei suoi membri. Il povero puzza, è sporco, pretende, si lamenta, a volte può essere violento o passivo, non è brillante, non è mai simpatico, con la sua presenza mette sottosopra la coscienza e rinfaccia l'altrui ipocrisia. Ma, nonostante ciò, da lui viene la speranza e il futuro ed egli per noi è causa di maledizione o di salvezza.

I poveri sono la scandalosa presenza rivelatrice del Dio cristiano e sono il luogo privilegiato della prassi e della fede cristiana. Maria nel suo Magnificat proclama che senza i diseredati e i poveri non ci può essere autenticità cristiana. Non possiamo dirci cristiani se non incontriamo Dio nella quotidianità, nel volto del magrebino, nel malato, nella donna umiliata e venduta, nel barbone. Occorre inserirci responsabilmente nella storia sulla linea della promozione umana e della salvezza. Bisogna avere il coraggio di andare contro corrente. Sentire la fierezza di una carità che, vissuta sino

in fondo, ci fa essere pietre di scandalo, perché sappiamo bene che la spiritualità dell'incarnazione, della condivisione, dell'umanizzazione e della comunione esige testimoni della carità.

In altre parole i poveri sono un libro della fede da leggere e da collocare accanto alla Bibbia. Fa riflettere l'atteggiamento di Gesù. Brecht dice che quando Gesù venne, tutti i posti buoni erano occupati e non gli restò che sedere con coloro che avevano torto. Ma non perse tempo. Si dette da fare a più non posso per aiutare tante povere creature a mantenersi in piedi, a non svendere la loro dignità, a non disperare. Usò ogni mezzo perché i poveri riacquistassero il diritto di cittadinanza, sentissero la gioia di essere uomini e pose il loro dolore al centro di ogni preoccupazione religiosa<sup>2</sup>.

Questo per dire che dare attenzione alle fragilità non può essere una tattica pastorale, non è per sviluppare un certo buonismo che fa sentire a posto e neppure è una semplice risposta ai bisogni di chi attende aiuto. I poveri ci aiutano ad aderire al progetto di Dio. A Verona è stato detto che dovremmo passare dal: "fragile - maneggiare con cura", al: "fragile - maneggiare con amore". È il famoso passaggio dall'*I cure* all'*I care*.

Noi li trattiamo come "vuoti a perdere", li sentiamo fastidiosi (sono importuni, sbagliano i tempi, i luoghi, i modi. Anche se noi, con l'elemosina, paghiamo un piccolo prezzo per regalarci tranquillità). La Bibbia, invece, parla di loro come di pietre che, seppure scartate dai costruttori, sono di sostegno<sup>3</sup>. Sono la prima pietra, la testata d'angolo, che sottoterra, ficcata nell'umidità, sostiene tutto l'edificio. "Gli anni passati nel polmone li rifarei uno per uno. Non sono una pazza o una masochista. Sono convinta di aver vissuto trenta anni che valeva la pena di vivere e che probabilmente non sostituirei con altri. Sono contenta di non essermi fatta sconfiggere. Non ho rimpianti. Sono felice di aver vissuto questi anni e sono pronta con serenità, a vivere gli altri" (Rosanna Benzi). Isaac B. Singer scrive: "Credo che in qualche punto dell'universo debba esserci un archivio in cui sono conservate tutte le sofferenze e gli atti di sacrificio dell'uomo. Non esisterebbe giustizia divina se la storia di un misero non formasse in eterno l'infinita biblioteca di Dio".

Tutto questo vale anche per la sanità: i malati, come i poveri, non sono un peso, un costo o un problema, non sono l'oggetto della sollecitudine della comunità ecclesiale, ma sono dono e fonte di ricchezza, sono la prova del nove della nostra coerenza e della consistenza della nostra fede. La sofferenza è il concime naturale necessario perché il Regno cresca. Ecco perché scegliere di dare ai malati un posto nella comunità non è compiere un gesto di magna-

<sup>2</sup> cf Mc 3, 3

<sup>3</sup> cfr 1 Pt 2, 7

nimità o di utilità, ma è una necessità, perché è fare posto a Dio e costruire Chiesa. Tra la Chiesa e chi non produce più il rapporto è essenziale.

Vite fragili:  
i volti dei poveri

In un recente Rapporto, di Caritas Italiana e Fondazione Zancan, vengono illustrati i dati relativi alle persone in difficoltà (17.203) che nei mesi di aprile e maggio 2005 si sono rivolte ai 241 Centri di ascolto di 147 Caritas Diocesane (due terzi del totale).

I dati dicono che la povertà materiale non è scomparsa, anzi riaffiora nuovamente, coinvolgendo famiglie e persone sino ad ora estranee a tale fenomeno. Si parla di “nuovi volti” e di “vecchi bisogni” (c’è la “povertà della quarta settimana”, senza dimenticare che molte persone e famiglie non hanno mai avuto la possibilità di percepire un salario regolare). I nuovi fenomeni di “impovertimento del ceto medio” se non saranno governati e controllati, dicono che le “famiglie in affanno” di oggi costituiranno i nuovi utenti Caritas di domani.

È evidente, poi, una forte disparità di trattamento e di investimento sociale in soggetti che provengono da diverse regioni d’Italia.

La “guerra tra poveri” sta diventando un fatto sempre più diffuso; c’è, per esempio, un progressivo allontanamento dalle strutture di assistenza di molti poveri anziani italiani, a causa dall’affollamento delle stesse strutture. Per questo motivo è il momento di pensare ad una nuova cultura di “domiciliarità” nei servizi socio-assistenziali, superando i limiti di accessibilità dei cosiddetti servizi di sportello.

Ho voluto accennare questo quadro in bianco e nero, perché voi operatori pastorali sanitari sappiate leggere dentro e oltre le righe, ciò che interessa il vostro servizio. La malattia può portare all’isolamento e all’esclusione sociale, diventando essa stessa povertà; la povertà può dare origine o aggravare malattie, diventando essa stessa malattia individuale e sociale.

Fragilità  
e prospettiva  
ecclesiale

La speranza, oggi, va indebolendosi, attaccata e distrutta da tante forme di fragilità, di sofferenza, di angoscia e di morte. Testimoniare la speranza significa fare scoprire la valenza delle fragilità e impegnarsi a trasformarle e renderle sempre più conformi al disegno di Dio.

Diceva Mons. Bello: “Non basta combattere la povertà con gli offertori delle nostre eccedenze, o con gli una tantum delle nostre oblazioni, e neppure con la richiesta forte perché cambino le regole del gioco economico che penalizzano i più poveri (...). La povertà,

se per un verso è un disvalore, per un altro verso è il primo valore che Gesù Cristo è venuto a testimoniare”.

I poveri sono i costruttori della storia e del futuro, lo congelano con la loro sofferenza, con il loro sudore, con il loro sangue, con la loro fame di speranza di tempi migliori. Dobbiamo metterli al centro perché apparteniamo ad un Dio inquietante, che si sporca quotidianamente dei nostri problemi e si interessa al nostro destino. Il cristiano deve entrare nella irregolarità di Gesù, compagno appassionato degli esclusi, deve rassomigliargli in tale follia e deve trovare armonia con quanti, scartati dai più, formano il popolo delle beatitudini. Dice Frei Betto: “Cristo va dove noi non abbiamo il coraggio di andare. Quando lo cerchiamo nel tempio, Lui si trova nella stalla; quando lo cerchiamo tra i sacerdoti, si trova in mezzo ai peccatori; quando lo cerchiamo libero, è prigioniero; quando lo cerchiamo rivestito di gloria, è sulla croce ricoperto di sangue”.

I poveri sono il luogo più adatto (teologico) per riflettere e vivere la fede in Gesù e la corrispondente prassi per porsi al suo seguito. Considerando le fragilità come dono, e perciò come ricchezza, riusciamo a vederle come “mistero” di fede. Sono il segno “del bianco mistero della grazia e dell’amore divino” (Turolto).

La povertà è tema cristologico ed ecclesiologico, oltre che etico e sociologico. La povertà appartiene all’identità stessa di Dio e costituisce l’identità della Chiesa, che deve essere riconoscibile come comunità che ama il Cristo in coloro che Lui ha più amato.

Un cristianesimo che tenta di anestetizzare o nascondere lo scandalo della povertà, abolendo la contemporaneità con gli ultimi, dimentica che essi sono il testamento lasciato dal suo fondatore. Essi sono preziosi come ogni realtà che esce dalle mani di Dio. Nasconderli è perdere di vista la direzione giusta per un vero cambiamento di vita: essi – dicono i Vescovi italiani – ci aiutano a demolire i tanti idoli che andiamo costruendo: denaro, potere, consumo, spreco, tendenza a vivere al di sopra delle proprie possibilità. E fanno riscoprire i valori del bene comune: la tolleranza, la solidarietà, la giustizia sociale, la corresponsabilità<sup>4</sup>.

Questi brandelli di umanità, detentori della chiave di lettura di tutto e di tutti, ci fanno conoscere e capire meglio il mondo ma anche cosa la Chiesa deve fare per il mondo. Sono i nostri maestri ed evangelizzatori. A loro è stata consegnata la buona novella.

Forse ha ragione chi ha detto che la storia è fatta dai vinti e non dai vincitori. Questi durano poco e si sovrappongono così velocemente che i nomi dei più sono subito o quasi dimenticati. Le vittime della storia invece rimangono. Fanno sempre loro la storia. Si consegnano gli uni agli altri il desiderio, sempre uguale, di una vita dignitosa.

<sup>4</sup> cfr CEI, Chiesa italiana e prospettive del paese, 6



Incontrare il povero non significa solo incontrare Gesù, ma essere messi a confronto con la propria fragilità. Ci fa da specchio, ci manifesta ciò che siamo o ciò che potremmo essere. Forse per questo ci mette paura.

Intanto dal povero, l'uomo che tende la mano, s'impara a spogliarsi dall'arroganza della vita che chiude a Dio e ai fratelli.

L'anziano ci dona e ci ricorda la necessità e la preziosità del dialogo, della tenerezza, dell'amore alla vita, valori che la tecnica e la corsa al possesso stanno sbiadendo sempre più.

Il giovane ci fa toccare con mano la paura di vivere, la fretta di consumare, ma anche il bisogno di libertà, la voglia del ritorno, della casa. La ragazza madre, nonostante il suo sbaglio, ci dice di un amore alla vita disposto ad osare tutto. Così la sofferenza di chi si vede costretta ad abortire per forza, non raramente può diventare lezione di vita.

Lo straniero è messaggero di un mistero che può aiutare questo mondo, diviso a classi, a compiere un passo avanti. Lui, che vive l'angoscia di essere trattato come un 'diverso', ci invita alla sapienza dell'ospitalità, ci toglie di dosso la voglia di sentirci padroni del mondo, ci insegna come l'amore è tale quando sa farsi condivisione. Ci apre ad una cattolicità che non può rivestirsi di una fede asfittica e triste, ma ricca di umanità.

I poveri, che per tanti sono "ciò che è stolto nel mondo", manifestano il sapere di Dio e su Dio. Attraverso i loro occhi - quelli del lebbroso, del cieco nato, del paralitico - possiamo finalmente vedere il Signore, e avere una comprensione del mistero di Dio che altrimenti - chiusi nelle nostre certezze e calcoli - per noi non sarebbe pensabile.

Se ci soffermiamo al campo della salute, sappiamo che, per esempio, vedere il proprio corpo abitato dalla malattia è fare esperienza di grande povertà che impone nuovi rapporti e dipendenze. Essa cambia il modo di guardare alla vita, saltano le gerarchie di valori nelle quali si era creduto e per le quali si era combattuto, si dimenticano i punti su cui poggiare le proprie risorse interiori. Il malato col suo pigiama si sente un "diverso". Soprattutto se è ospedalizzato, si sente un numero e una cartella clinica, e si vede derubato delle abitudini personali e della sua intimità.

"Le mie giornate non sono facili; sono dure, ma dolci, perché Gesù è con me, col mio patire, e mi dà soavità nella solitudine e luce nel buio. Lui mi sorride e accetta la mia cooperazione con Lui" (Benedetta).

Eppure i malati sono provvidenziale opportunità e maestri di vita, dimostrano che, anche nelle situazioni più gravi, si può raggiungere una straordinaria maturità umana, scoprire nuovi valori, conservare la serenità, crescere nella fede. "Conservano una specia-

lissima particella dell'infinito tesoro della redenzione del mondo, e possono condividere questo tesoro con gli altri" (Giovanni Paolo II). Ci ricordano che la salute è un valore che va al di là dell'integrità fisica; che "nella sofferenza si nasconde una particolare forza che avvicina interiormente l'uomo a Cristo"<sup>5</sup>. La sofferenza è capace di sprigionare l'amore che apre agli altri. "Il mondo dell'umana sofferenza invoca, per così dire, senza sosta un altro mondo: quello dell'amore umano"<sup>6</sup>.

Il dolore può essere luogo di speranza. Sperare significa aspirare, avanzare, spingere... Pare che Isidoro di Siviglia abbia proposto per il termine "spes" questa strana ma suggestiva spiegazione etimologica: spes viene da "pes" (piede). Come a dire che la speranza fa camminare, mette in movimento. Sperare significa avventurarsi, tendere verso una meta: il Regno di cui Gesù ha parlato nelle Beatitudini che rende felici gli infelici.

Gesù ci offre la speranza come forza che supera le fragilità. Egli sperimenta tutte le ragioni contro la speranza: l'ostilità, l'abbandono, l'insuccesso, l'incomprensione, la vita spezzata, la missione incompiuta. La sua speranza, fatta di pazienza e di resistenza, si manifesta nel ricorso a mezzi deboli, che puntano a convincere, non a costringere. E sulla Croce Egli rivela non rassegnazione disperata, né ribellione titanica, ma resa fiduciosa, abbandono al Padre. Si arrende non al dolore, ma al mistero del Padre. Il perdente diventa il Vincitore.

---

## Convegno di Verona

Anche a Verona è stato evidenziato il vasto orizzonte delle fragilità umane, evidenti o emergenti, individuando in esse risorse idonee per attingere al vero significato e valore della persona e della dignità umana.

Da Verona è partito l'invito a coltivare "l'esperienza personale e comunitaria della condivisione della vita soprattutto con i più poveri, per far crescere la sensibilità anche collettiva nelle comunità ecclesiali". "Sono state evidenziate alcune specifiche necessità, chiarendo come all'ascolto e all'accoglienza delle attuali forme ed espressioni della fragilità ci si possa e ci si debba "educare" e quali risorse, in particolare, siano essenziali per irrobustire e rendere maggiormente credibile la testimonianza della Chiesa".

Quali le conclusioni? Per essere "testimoni di Cristo risorto, speranza del mondo" nel mondo delle fragilità dobbiamo sempre più:

<sup>5</sup> SD 26

<sup>6</sup> SD 29

- frequentare ed abitare la storia, i territori e i luoghi degli uomini. Sono luoghi che ci appartengono,
- saldare la pastorale dell'accoglienza e dell'umanizzazione con il dovere della denuncia,
- avere il coraggio dell'andare a cercare, dove la dignità dell'uomo è calpestata e dove il grido è soffocato, per farci voce di chi non ne ha.

“L'autenticità della nostra adesione a Cristo si verifica specialmente nell'amore e nella sollecitudine concreta per i più deboli e i più poveri, per chi si trova in maggior pericolo e in più grave difficoltà” (Benedetto XVI).

Tutto ciò ricordando che una Chiesa chiusa nel tempio o abbarbicata attorno al campanile, o esperta dispensatrice di azioni sacre o di vuote consolatorie (?) parole è una comunità che non solo si sottrae alle grida degli uomini, ma si dimentica anche della fedeltà alla Parola e al Pane del suo Dio.

# La comunità cristiana luogo di accoglienza e accompagnamento delle fragilità

Prof. Mons. SERGIO LANZA - Pontificia Università Lateranense

«La sofferenza sembra appartenere alla trascendenza dell'uomo: essa è uno di quei punti, nei quali l'uomo viene in un certo senso 'destinato' a superare se stesso, e viene a ciò chiamato in modo misterioso»<sup>1</sup>.

«All'inizio dell'essere cristiano non c'è una decisione etica o una grande idea, bensì l'incontro con un avvenimento, con una Persona, che dà alla vita un nuovo orizzonte e con ciò la direzione decisiva»<sup>2</sup>.

Una vocazione  
originaria

**La cura dei malati appartiene alla sostanza stessa del Vangelo**<sup>3</sup>. Anzi, dell'intera rivelazione biblica: «Io sono JHWH, colui che ti guarisce»<sup>4</sup>. La tradizione evangelica, infatti, comprende tutta l'opera di Gesù – opere e parole, cioè l'intera sua vita: anche per i discepoli essa comporta una visione e una prassi globale.

Questa considerazione si inquadra nella più ampia considerazione che intreccia inscindibilmente – in forma non è occasionale né estrinseca – la fede pensata e la fede vissuta, la carità samaritana e la carità intellettuale: «*Senza teologia* la diaconia si appiattisce e si riduce alla dimensione di un qualsiasi intervento sociale condotto da gruppi impegnati e da singoli esperti; perde cioè la certezza della propria origine e prospettiva, e diviene dipendente dalle concezioni antropologiche del momento. *Senza la diaconia* la teologia si priva della testimonianza vivente della trasmissione coerente dell'amore di Dio al mondo, per mezzo della comunità»<sup>5</sup>.

Fin dai primi secoli cristiani la cura degli infermi ha avuto un posto preminente nella Chiesa. Gli ospedali nacquero per iniziativa religiosa. Da un rilevamento fatto dal Pontificio Consiglio per la Pastorale Sanitaria nel 1988, sono più di 22.000 nel mondo le istituzioni sanitarie fondate e ancora gestite dalla Chiesa.

<sup>1</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Salvifici Doloris* 2

<sup>2</sup> BENEDETTO XVI, *Deus Caritas Est*, 1

<sup>3</sup> Lc 9,16; 10,19; Mt 10,58; 67-13...

<sup>4</sup> Es 15,26; cf Dt 32,39

<sup>5</sup> J. MOLTSMANN, *Diaconia, Il servizio cristiano nella prospettiva del Regno di Dio*, Claudiana Editrice, Torino 1986, 11.