

Capitolo 3



Uno sguardo a...



Gli adolescenti

3.1 Gli adolescenti

Poco numerosi, ma molto “impegnativi”

Nella provincia di Ravenna risiedono 28.804 giovani di età compresa fra i 15 e i 24 anni, con una leggera prevalenza di maschi (*Allegato statistico 1.3.1.13 e 14*). Questa fascia rappresenta oggi il 7,7% della popolazione generale, mentre nel 2000 ne raffigurava l'8,7%, a conferma del progressivo invecchiamento della popolazione a cui si assiste oramai da diversi anni e che risulta una costante dei paesi occidentali ed in particolare dell'Italia.

Durante l'adolescenza la famiglia riveste un'importanza notevole ma risulta anche oggetto di sentimenti ambivalenti da parte del figlio. Nascono le prime difficoltà di rapporto. In questo delicato periodo è fondamentale che i genitori conservino la capacità di rivelarsi punti di riferimento e guide per accompagnare, nel giusto modo, il processo di crescita dei propri figli. Ne consegue l'importanza di strutturare e attivare interventi formativi e preventivi rivolti proprio ai genitori ed interventi di sostegno e aiuto alle famiglie con particolari disagi e problematiche.

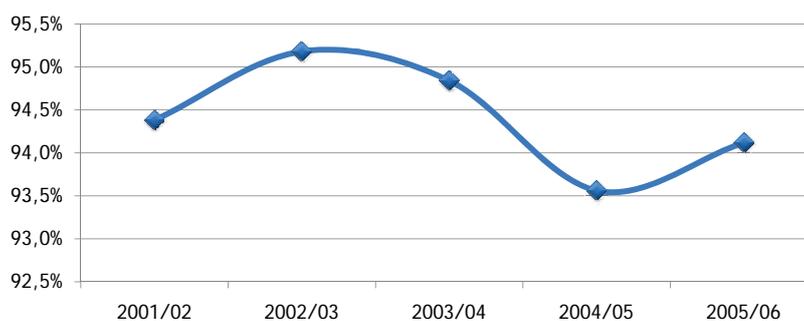
Popolazione 15-24 anni residente in provincia di Ravenna, anno 2005.

	15 - 19 anni	20 - 24 anni	Totale	% su tot. popolazione
Distretto di Ravenna	6.915	7.513	14.428	7,6
Distretto di Lugo	3.464	3.916	7.380	7,5
Distretto di Faenza	3.296	3.700	6.996	8,2
Provincia	13.675	15.129	28.804	7,7

Tutti a scuola ma con più impegno

Nell'anno scolastico 2005-2006 gli studenti delle scuole superiori con sede in provincia sono stati 12.614³⁰, con un trend di costante crescita soprattutto ai licei, frequentati da oltre un terzo degli iscritti. I ragazzi che hanno conseguito il diploma di maturità sono stati circa 2.000 con una percentuale di respinti del 4%.

Tassi di scolarizzazione fra gli alunni delle scuole superiori negli anni. Provincia di Ravenna.



I dati provinciali sulla dispersione scolastica evidenziano una situazione complessivamente positiva: abbandona gli studi circa il 6% dell'intera po-

polazione studentesca nella fascia d'età più a rischio - tra i 14 e i 17 anni - a fronte di un dato nazionale che si stima intorno al 20-22%. Tuttavia il fenomeno rimane presente e preoccupa, come l'aumento, seppur lieve, del numero di bocciati e di promossi con debiti formativi che nelle scuole superiori riguarda oltre il 30% degli studenti.

Secondo alcuni contributi³¹, le conseguenze del fenomeno dell'abbandono scolastico possono creare ai futuri adulti difficoltà economiche, dovute ad un reddito basso, conseguenza di un lavoro poco qualificato; sociali, quali problemi di devianza o di criminalità (la ricerca prima citata ha trovato che l'82% dei carcerati in USA hanno abbandonato la scuola superiore), legate a basse prestazioni cognitive e a difficoltà di adattamento.

Insieme ai coetanei per divertirsi e non sentirsi soli

La possibilità di "stare insieme agli altri" risulta essere una forma di protezione per la salute, sia dal punto di vista psicologico che sociale. Il rapporto con i coetanei assume una grandissima importanza in quanto il gruppo costituisce un'opportunità insostituibile di confronto, di elaborazione e di formazione dell'identità.

I ragazzi possono così spendere il proprio tempo libero in gruppi informali che nascono spontaneamente e si sviluppano quasi del tutto indipendenti dall'interferenza adulta; ma anche far parte di gruppi organizzati, come quelli sportivi, parrocchiali o scoutistici, dove si svolge un'attività diretta da figure adulte.

In una ricerca condotta a Ravenna nel 2005³² emerge come quasi la totalità degli adolescenti frequenti e appartenga ad un gruppo. L'orientamento primario è indirizzato verso il gruppo spontaneo (frequentato da oltre l'80% dei ragazzi intervistati), mentre una parte meno significativa si associa in gruppi organizzati di tipo sportivo (23,3%), religioso (5,6%), artistico o di impegno sociale (2,2%).

I motivi che spingono i ragazzi a stare insieme sono soprattutto la voglia di fare liberamente ciò che gli piace (88%), di non sentirsi giudicati (79%) e di sentire la protezione e la vicinanza di persone che condividono lo stesso linguaggio, gli stessi problemi e gli stessi interessi (66%). Sono aspetti che evidenziano nei ragazzi la voglia di serenità e di spensieratezza. Un altro elemento venuto a galla nella ricerca è il forte spirito di omologazione che contraddistingue i membri di uno stesso gruppo: si manifesta nella cura di un "look", che è lo stesso per tutti e che esprime il grande bisogno di appartenenza, di sentirsi parte.

In provincia sono attivi anche diversi centri di aggregazione per adolescenti e giovani³³ al fine di favorire la loro socializzazione, mettendo a disposizione spazi e attrezzature per incontrarsi e divertirsi, anche senza l'impegno di dover svolgere iniziative specifiche.

Valori di ieri per giovani di oggi

I valori che i giovani italiani, intervistati dall'istituto IARD³⁴ per la realizzazione dell'ultimo rapporto sulla condizione giovanile, mettono ai primi posti per importanza sono: la salute che raccoglie il consenso della quasi totalità del campione (92%), la famiglia (87%), la libertà e la pace (80%), l'amore (76%) e l'amicizia (74%). Questi valori appaiono sempre più legati alla sfera della socialità ristretta a scapito dell'impegno collettivo.

Altro aspetto particolarmente interessante da osservare sta nell'analisi temporale di questi dati sociologici: accanto alla famiglia che è considerata stabilmente negli anni quale valore imprescindibile, si afferma una crescita dell'amicizia (nel 1983 era considerata "molto importante" dal 58% dei giovani e nel 2004 dal 74%).

Lo stesso trend è presente anche fra gli adolescenti ravennati, con l'amicizia (92%) che è ritenuta più importante della famiglia e dell'amore (88%). Poi si trovano l'autorealizzazione e il lavoro che, per quanto importanti, vengono situati un gradino sotto ai valori affettivi nella ricerca del benessere e della gratificazione personale.

Gli scienziati, la polizia e i carabinieri sono le figure verso cui i ragazzi nutrono maggiore aspettativa (ma con valori che non superano il 50%), mentre tutto ciò che è legato alla politica e alle istituzioni statali è messo in forte discussione ed è relegato in fondo alla scala della fiducia. Sono dati importanti che manifestano una elevata diffidenza e un forte sentimento di sfiducia verso le istituzioni.

Un'ulteriore considerazione spetta agli organi d'informazione che possono rivelarsi anche strumenti di condizionamento: giornali e televisioni sono seguiti con molta fiducia da non più del 20% dei giovani ravennati. Infine, si può osservare un senso di insofferenza nei confronti della presenza di immigrati (68%), mentre è una minoranza, seppur considerevole, quella che vede negli stranieri un arricchimento culturale (44%).

La sessualità: un mondo da scoprire e conoscere

In adolescenza inizia la fase di sperimentazione della vita sessuale. Diviene di fondamentale importanza, per la tutela della salute fisica e psichica e per non incorrere in gravidanze indesiderate, la trasmissione della conoscenza di tutti gli aspetti correlati al comportamento sessuale.

Il VI° Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza di Eurispes evidenzia come un adolescente su 3 abbia già avuto il primo rapporto sessuale e come, nel 38% di questi casi, sia avvenuto fra i 14 e i 15 anni. Inoltre, fra coloro che hanno rapporti il 53% dichiara di non utilizzare profilattici.

Un'indagine nazionale condotta dall'ISS³⁵ ha rilevato fra i giovani buone conoscenze sull'AIDS, in contrasto con quelle assolutamente scarse riguardo le altre comuni malattie a trasmissione sessuale, e un quadro rassicurante per quanto attiene al senso di responsabilità dei ragazzi.

I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità evidenziano tuttavia che la popolazione maggiormente colpita dalle malattie sessualmente trasmesse è proprio quella fra i 15 e i 25 anni.

Per quanto riguarda l'Interruzione Volontaria di Gravidanza, nei risultati pubblicati dal Centro nazionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza, l'aspetto più sconvolgente attiene le ragazze tra i 14 ed i 17 anni: ogni 100 nascite nel 1996 vi sono state 136 interruzioni volontarie di gravidanza.

Oltre la metà del campione interpellato da Eurispes individua negli amici e nei genitori i principali canali di informazione in materia di sessualità. Soprattutto le femmine si rivolgono anche alle strutture dei consultori pubblici, che si stanno attrezzando in maniera sempre più specifica per fornire supporto psicologico e informazioni.

Dalla già citata ricerca Ragazzi in bilico, emerge che in tema di rapporti sessuali il 72% degli adolescenti intervistati si dimostra consapevole e responsabile, in quanto dichiara che in tali circostanze assumerebbe le precauzioni necessarie ad evitare ogni rischio, soprattutto per paura della trasmissione di malattie come l'AIDS.

I consultori giovani della provincia di Ravenna negli anni 2006 e 2007 hanno seguito oltre 1.400 ragazze sulle tematiche della contraccezione e dell'interruzione volontaria della gravidanza.

	Contracezione	IVG	Totale
2006	678	34	712
2007	719	40	759
Totale	1.397	74	1.471

Ragazze fino a 20 anni seguite dai consultori giovani dell'Ausl di Ravenna. Anni 2006-2007.

Il male di vivere

Nel VII° Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza, risulta che i ragazzi si sentono soli nell'affrontare i dubbi e le incertezze della propria età e si mostrano poco fiduciosi e speranzosi verso il futuro. Recenti studi sulla prevalenza dei disordini psichiatrici, hanno mostrato che negli ultimi anni l'età di esordio della depressione si rispecchia proprio nel periodo adolescenziale.

La situazione italiana riflette i risultati delle ricerche internazionali: nella popolazione generale l'incidenza dei disturbi depressivi è del 2-3% al di sotto dei 10 anni e del 5-7% tra i 14 e i 19 anni.

Questi dati portano a considerare gli anni precedenti all'adolescenza come il momento più "strategico" per agire in un'ottica preventiva, cercando di creare le migliori condizioni, sia a livello individuale che di contesto, per evitare l'insorgenza di tali problematiche.

Nel 2006 i professionisti del Ri.Se.A., un servizio che nasce con l'obiettivo di fornire agli adolescenti un supporto di tipo psicologico, hanno seguito 173 ragazzi fra i 14 e i 24 anni (fra cui 94 nuovi utenti e 52 dimissioni con esito positivo), mentre nel 2007 sono stati 181 (85 nuovi e 90 dimissioni).

Una ricerca svolta a Ravenna proprio da Ri.Se.A. per valutare la distribuzione dei disturbi psicopatologici in adolescenza³⁶ evince che per oltre il 40% dei casi il problema riguardava disturbi di adattamento e per circa il 27% disturbi di ansia o di personalità. Si tratta di problematiche che, oltre a generare sofferenza nel ragazzo, possono anche sfociare in comportamenti violenti e antisociali, anche verso se stessi³⁷.

Il rischio di seri tentativi di suicidio tra i giovani incrementa proprio laddove sono più marcati i disagi adolescenziali, lo svantaggio sociale e le malattie psichiatriche³⁸. Il suicidio, per i giovani tra i 15 e i 24 anni risulta la seconda causa di morte in Italia³⁹ e mentre è più frequente nei ragazzi, fra le ragazze sono più numerosi i tentativi di suicidio.

Il cibo: croce e delizia delle ragazze

Da un rapporto Eurispes e del Ministero della Salute del 2004 emerge come oltre due milioni di adolescenti (fra ragazzi e ragazze di età compresa fra i 12 e i 25 anni) soffrirebbero di una qualche forma di disturbo del comportamento alimentare (soprattutto anoressia o bulimia). Sebbene siano in aumento i casi di bambine in fase pre-puberale, secondo tali dati è possibile affermare che l'età della popolazione di riferimento,

per quanto concerne i disturbi del comportamento alimentare, sarebbe caratterizzata in prevalenza da soggetti adolescenti.

Un'altra importante caratteristica riguarda il sesso: il numero delle ragazze che soffrono di tali disturbi sembra dieci volte superiore rispetto a quello dei ragazzi⁴⁰.

Il Centro per i disturbi del comportamento alimentare dell'Azienda Usl di Ravenna fra il 2004 e il 2007 ha seguito 201 giovani fino a 24 anni, con una decisa prevalenza di maggiorenni.

Il bullismo: quando il gioco si fa duro

Il bullismo è un fenomeno sociale che si riscontra quando un ragazzo subisce prepotenze, violenze fisiche od offese da un altro ragazzo o da un gruppo di coetanei, con l'intenzione di arrecare danno, umiliare, sottomettere o emarginare il compagno. Le conseguenze per la vittima, qualora il problema sia reiterato nel tempo, possono consistere in perdita di autostima e sicurezza, fino a giungere a delle vere e proprie forme depressive che potrebbero dar luogo a cali di rendimento e al rischio di abbandonare la scuola. Le problematiche per il "bullo" potrebbero invece condurlo all'emarginazione o allo sviluppo di una vera e propria condotta antisociale. In Italia gli episodi di bullismo si verificano a tutti i gradi di istruzione, dalle elementari alle scuole superiori⁴¹.

Negli istituti di Ravenna è stata condotta una ricerca nell'anno scolastico 2003-04 in cui il 42% degli studenti ha dichiarato di avere subito una qualche forma di prepotenza da parte dei compagni⁴². Tuttavia, coloro che hanno dichiarato di essere vittime di angherie gravi e ripetute è stato solamente il 12%. Le reazioni dei ragazzi nell'assistere a scene di sopruso sui compagni sono prevalentemente di rabbia, indifferenza e disgusto; inoltre, a fronte di un 35% di ragazzi che interviene per cercare di dare un aiuto agli amici in difficoltà, il 40% sostiene di non fare nulla perché "non sono affari suoi", anche se molti si rendono conto che invece sarebbe importante intervenire.

La droga tra sperimentazione, consumo e abuso

L'adolescenza è considerata l'età della sperimentazione ed è proprio in questo periodo della vita che parte dei ragazzi iniziano a "provare" su se stessi gli effetti delle sostanze psicoattive.

Per dimensionare il fenomeno del consumo di droghe sul territorio della provincia di Ravenna si sono analizzati i dati locali estrapolati dell'indagine ESPAD⁴³ del 2006, che riportano le percentuali di studenti fra i 15 e i 19 anni che hanno provato le sostanze psicotrope legali ed illegali

	Femmine (v.%)	Maschi (v.%)	Totale (v.%)
Alcol	85,9	87,2	86,5
Sigarette	30,0	22,7	26,4
Cannabis	22,0	25,6	23,8
Cocaina	3,3	4,7	4,0
Psicofarmaci	3,6	1,7	2,7
Allucinogeni	1,9	3,3	2,6
Eroina	1,5	1,8	1,6

almeno una volta nell'anno in esame. Gli aspetti che risaltano maggiormente sono legati all'elevatissima percentuale di ragazze e ragazzi che ha dichiarato di aver bevuto alcolici e alla prevalenza di femmine (oltre 7 punti percentuali in più dei maschi) che ha provato a fumare sigarette.

Prevalenza d'uso di
sostanze nel 2006. Dati
ESPAD sulla popolazione
studentesca fra i 15 e
i 19 anni. Provincia di
Ravenna.

Questi dati non definiscono una reale dipendenza ma disegnano comunque il quadro del consumo fra gli adolescenti che frequentano le scuole superiori della provincia.

Gli aspetti più problematici legati a situazioni di abuso o dipendenza si possono tuttavia rilevare dai dati dei SerT dislocati sul territorio. Nei tre Servizi attivi in provincia e collocati nelle città di Ravenna, Faenza e Lugo nel corso del 2007 sono stati seguiti per problemi legati alle droghe e all'alcol 34 ragazzi fra i 15 e i 19 anni e 82 fra i 20 e i 24. Nel complesso rappresentano circa il 7% di tutta l'utenza avuta in carico nell'anno e le loro problematiche sono legate prevalentemente al consumo di eroina e cocaina. Meno numerosi sono coloro che si presentano con una richiesta di assistenza per curare problemi dovuti all'alcol o ai cannabinoidi.

Sul territorio si riscontra un grosso utilizzo di alcolici e hashish mentre ai SerT si rivolgono pochi ragazzi e generalmente con problemi seri di eroina o cocaina, che sono fra le sostanze meno utilizzate a questa età. Perché?

I motivi possono essere di tipo sanitario: la decisione di rivolgersi ad un servizio per un trattamento, solitamente, matura quando le condizioni di salute e sociali sono piuttosto compromesse e sostanze quali eroina e cocaina procurano sicuramente più problemi nel breve periodo che altre; di tipo ideologico: fra i ragazzi c'è l'errata convinzione di considerare sostanze quali l'alcol, l'hashish o l'ecstasy delle droghe leggere il cui utilizzo si possa gestire senza incorrere in dinamiche di dipendenza, soprattutto quando il consumo è circoscritto nei fine settimana o comunque non è quotidiano; di tipo motivazionale: è fondamentale, per intraprendere un percorso di affrancamento dall'uso di droghe, acquisire consapevolezza delle proprie problematiche; di tipo sociale: gran parte dei ragazzi che sente di avere delle difficoltà e che avrebbe bisogno di supporto su queste tematiche è sicuramente demotivata a rivolgersi ai SerT a causa dell'immaginario sociale che tuttora stigmatizza queste strutture come deputate al trattamento dell'eroina.

Guida spericolata

La guida in stato di ebbrezza è oramai da diversi anni considerata una delle cause principali degli incidenti stradali, soprattutto fra i giovani e i giovanissimi.

Secondo le analisi effettuate dal laboratorio di farmacologia e tossicologia dell'ospedale di Ravenna, dal 2002 al 2006, sono state 996 le persone coinvolte in incidenti stradali in provincia per effetto dell'assunzione di alcol o droghe. Di queste, quasi il 40% rientrava nella decade tra i 20 e i 30 anni e il 6% aveva meno di 20 anni.

I dati nazionali evidenziano che il 25% dei decessi per incidenti stradali avviene entro i 22 anni di età e il 50% entro i 40 e per questo motivo gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte per la popolazione con meno di 40 anni.

Fra i giovanissimi la maggior parte dei danni e delle morti per incidenti stradali avviene alla guida di ciclomotori. Si stima che il 25% dei decessi fra ragazzi di 14 - 20 anni sopraggiunga in seguito ad incidenti con tali mezzi⁴⁴ (*Sicurezza sulle strade: sez. 2.7*)

Gli anziani

3.2 Gli anziani

Sempre di più e sempre più soli?^{45, 46}

Gli anziani che vivono a Ravenna sono tanti (90.825, pari al 24.3% della popolazione totale) e sono sempre di più (gli over 64 sono infatti aumentati del 10% negli ultimi 7 anni). I grandi anziani rappresentano un gruppo molto numeroso: ogni 100 persone infatti 12 hanno superato i 74 anni e ben 7 ne hanno più di 80. Questi dati fanno di Ravenna, dopo Ferrara, la provincia più vecchia dell'Emilia-Romagna. Allo stesso tempo però, il numero di anziani in rapporto a 100 giovani under 15 è in costante calo negli ultimi anni (l'indice di vecchiaia è passato da 225 del 2001 a 202 del 2007), tanto che si parla di un ringiovanimento della popolazione e di una "nuova primavera demografica" (Ravenna è infatti la provincia che mostra l'incremento più significativo dei giovani 0-14 anni).

Gli anziani che vivono a Ravenna sono soprattutto donne (57% del totale e ben 68,7% degli over 84), molte delle quali, presumibilmente vedove, vivono sole: ben 1 famiglia su 10 di Ravenna è infatti composta da una donna sola con più di 74 anni. (10.684 famiglie in totale).

Alfonsine, Bagnacavallo, Lugo, Brisighella e Russi sono i comuni più anziani; Castel Bolognese, Cervia, Riolo Terme e Sant'Agata sul Santerno i meno anziani; Ravenna è in una situazione intermedia. (*Allegato statistico 1.3.1., 1.3.1.8, 1.3.3.1 e 1.3.7.1*)

Soli, ma soltanto in apparenza

A Ravenna, la solitudine anagrafica non coincide necessariamente con una condizione di solitudine reale, sia perché molto spesso chi vive solo abita comunque molto vicino ai propri familiari (80% nello stesso edificio, stesso comune o a meno di 5 km), sia perché intrattiene con questi e con altre persone strette relazioni sociali (l'83% incontra ogni giorno o ogni settimana i familiari; il 56% incontra quotidianamente i vicini, considerati in molti casi amici o persone con cui scambiare chiacchiere e piccole cortesie). Chi abita nel comune di Ravenna tende a vivere leggermente più lontano dai familiari e quindi a vederli meno spesso⁴⁷.

L'integrazione sociale degli anziani che abitano soli a Ravenna è una caratteristica dei senior emiliano romagnoli (gli uomini più delle donne). Solo 2 anziani su 100 sono infatti considerati socialmente isolati (percentuale che però cresce all'aumentare dell'età)⁴⁸.

Se è vero che a Ravenna chi vive solo è anche più autonomo e che chi è più autonomo è anche più socialmente integrato, allora forse inaspettatamente gli anziani che vivono soli a Ravenna sono anche i più intergrati e, proprio per questo, possono permettersi di vivere soli.

Pensionati che cercano di far quadrare il bilancio

Gli anziani della regione sono nella maggior parte dei casi sposati (74% degli uomini e 51% delle donne) e in circa un terzo delle situazioni vedovi (soprattutto le donne). La maggior parte di loro ha studiato solo per cinque anni (2 su 3 hanno la licenza elementare), alcuni hanno frequentato

le scuole medie inferiori (16%) e solo una minoranza le scuole superiori o l'università (rispettivamente 11% e 5%). Le donne e gli over 74 sono i meno istruiti⁴⁹. I dati locali sembrano in linea con quelli regionali⁵⁰.

Il passaggio anagrafico all'età anziana non significa necessariamente ritiro dal mondo del lavoro: se è vero infatti che la principale fonte di reddito degli anziani deriva dalla pensione (84%), non è da sottovalutare il fatto che alcuni di loro vivono grazie ad un reddito da lavoro autonomo o dipendente (2,5%), particolarmente diffuso tra gli uomini (4,6%), tra i giovani anziani (6,7%) e tra i titoli di studio elevati⁵¹. Inoltre alcuni pensionati hanno comunque redditi integrativi derivanti da attività lavorativa e rendite da locazione (tra i pensionati della CNA ad esempio sembra che ben il 30% abbia redditi integrativi alla pensione)⁵². Le donne sono più spesso dipendenti dalla famiglia: al Nord infatti una donna anziana su tre è casalinga, il 62% è pensionata, solo l'1,8% occupata.

I dati su quanto il reddito percepito sia o meno adeguato mostrano situazioni a tratti "allarmanti" (che andrebbero approfonditi e verificati in ambito locale): secondo l'Istat nel 2006 nelle regioni del Nord Italia il 7,9% delle famiglie con almeno un anziano vive una condizione di povertà relativa, percentuale che sale all'8,2% se l'anziano è solo; inoltre le donne anziane sole sono il 44% di tutte le famiglie povere in Italia⁵³. Alcune indagini locali mostrano come molti anziani dichiarano che il loro reddito è appena sufficiente (circa un terzo) o addirittura insufficiente (40%) o evidenziano quote significative di pensionati a rischio di disagio economico (14,3%)⁵⁴. Altri dati della nostra regione ancora mostrano come gli anziani siano tra i principali beneficiari delle politiche abitative pubbliche (contributi affitto, assegnazione di alloggi di edilizia pubblica e agevolata...)⁵⁵.

Casa dolce casa⁵⁶

Gli anziani di Ravenna nella grande maggioranza dei casi vivono in una casa di proprietà o della quale possono godere a titolo gratuito, perché titolari di un comodato d'uso/usufrutto. Sono pochi gli anziani che pagano l'affitto, ad un ente pubblico o soggetto privato.

La condizioni della casa sono giudicate nella maggior parte dei casi ottime o buone, così come lo spazio a disposizione (metrature piuttosto ampie e camere personali in cui dormire) e il comfort (presenza praticamente ovunque di riscaldamento e telefono). Meno diffuse, ma non del tutto assenti tecnologie come video citofono, condizionatore, rilevatore di fughe di gas, porte blindate... Le criticità emergono per quanto riguarda invece le barriere architettoniche sia esterne che interne: nella maggior parte dei casi infatti non è presente l'ascensore, in vari casi sono anche presenti scale/gradini esterni per accedere e in bagno (la stanza a maggior rischio per gli anziani) è ancora molto diffusa la vasca (in circa 2/3 dei casi) invece della doccia.

Le caratteristiche che gli anziani apprezzano di più della propria abitazione sono la vicinanza ai negozi e servizi, l'essere spaziosa, ma facile da ordinare, il silenzio e la luminosità. Specularmente, tra i principali difetti (che potrebbero anche determinare un eventuale spostamento nel prossimo futuro) emergono la lontananza dai servizi o dai negozi (o dai familiari per chi non vi vive insieme), l'aver barriere architettoniche e l'essere troppo grande od onerosa.

Il costo della casa degli anziani è uno degli aspetti più presidiati dai servizi sociali: nel 2005 i nuclei familiari con capo famiglia anziano che a Ravenna hanno beneficiato di un contributo del Fondo Sociale per l’Affitto (FSA) sono stati 556 (pari al 16,6% di contributi totali-dato inferiore alla media regionale); mediamente l’ammontare del contributo è stato di 1.040 Euro. Il contributo è stato erogato a favore di anziani soli (70%) e di coppie di anziani (25%); di anziani con redditi inferiori ai 15mila (78%) o senza reddito (5%). Nello stesso anno a Ravenna sono stati assegnati 1789 alloggi di edilizia residenziale pubblica ad anziani (pari al 52,8% del totale- dato superiore alla media regionale), con redditi ISE inferiori a 15 mila Euro (64%) o nulli (3%). Come si nota, le politiche abitative pubbliche verso la popolazione anziana, intervengono efficacemente sui redditi più bassi e privilegiano l’assegnazione diretta degli alloggi.

Le politiche abitative per gli anziani a Ravenna- Anno 2005.

	Anziani			Totale assegnatari
	65-74 anni	75 e oltre	Totale	
Fondo sociale per l’affitto	241	315	556	3.330
Alloggi di edilizia popolare	840	949	1789	3.387

Fonte: Le politiche abitative per gli anziani, Regione Emilia-Romagna.

Come vuole che stia, è la vecchiaia!

Nonostante le malattie di cui dichiarano di soffrire, la valutazione del proprio stato di salute da parte degli anziani della regione è sostanzialmente buona: il 42% la considera in modo positivo (buona, molto buona o eccellente), il 46% discreta e “solo” il 12% cattiva (percentuale che cresce con l’avanzare dell’età, tra le donne e all’aumentare delle patologie presenti). Il dato regionale è complessivamente più positivo rispetto a quello nazionale⁵⁷.

Questa tendenza ad essere sostanzialmente soddisfatti del proprio stato di salute trova conferma anche a livello locale nei diversi territori della provincia di Ravenna, anche se con qualche differenza (a Ravenna e Russi: 41% ottime o buone, 26% sufficienti, 26% mediocri, 3% cattive; a Lugo: 53,7% molto buona o abbastanza buona, 30,7% così così, 10,2% cattiva o molto cattiva)⁵⁸.

Al crescere dell’età e all’aumentare delle malattie, ovviamente la valutazione peggiora; inoltre la percezione di salute è migliore tra gli uomini.

Gli acciacchi dell’età: “mal di ossa e cuore ballerino”

Le malattie principali di cui dichiarano di soffrire gli anziani della regione sono artrite e artrosi (67%), ipertensione arteriosa (52%), malattie cardiovascolari (30%) e respiratorie (15%), osteoporosi (18%), diabete (10%), tumori (5%), disturbi della vista e dell’udito (3%), disturbi renali (2%). I principali problemi di salute dichiarati dagli anziani dell’Emilia-Romagna sono sostanzialmente gli stessi di cui soffrono anche gli anziani che vivono soli a Ravenna: artrite/artrosi e problemi cardio-circolatori in primis⁵⁹. Da evidenziare una quota quasi doppia di persone che dichiarano di essere ammalate di tumore, rispetto al dato nazionale⁶⁰.

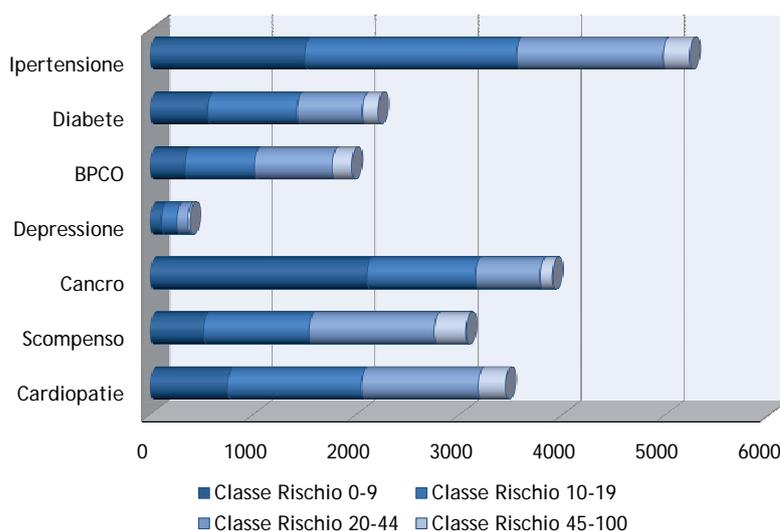
Dall’applicazione del modello predittivo del rischio (*Le Fragilità: sez. 2.3*) si ricavano alcune immagini sulla presenza di malattie multiple (co-

morbosità) nella popolazione anziana e del loro impatto sulle condizioni di salute attese (rischio). Il 58% soffre di una patologia cronica, il 42% di due o più. Dal grafico a barre si desume la numerosità dei soggetti che presentano alcune malattie croniche. Dal grafico a torta si evince inoltre che i soggetti con almeno 2 patologie croniche in provincia di Ravenna aumentano il rischio di sviluppare un evento acuto di dodici volte nella classe di rischio 45-100 e di 8 volte nella classe di rischio 20-44 rispetto alla popolazione della stessa età.

Ulteriori approfondimenti sulla metodologia scientifica del Modello predittivo combinato si possono trovare nel Bilancio di Missione dell'Azienda Usl di Ravenna 2008.

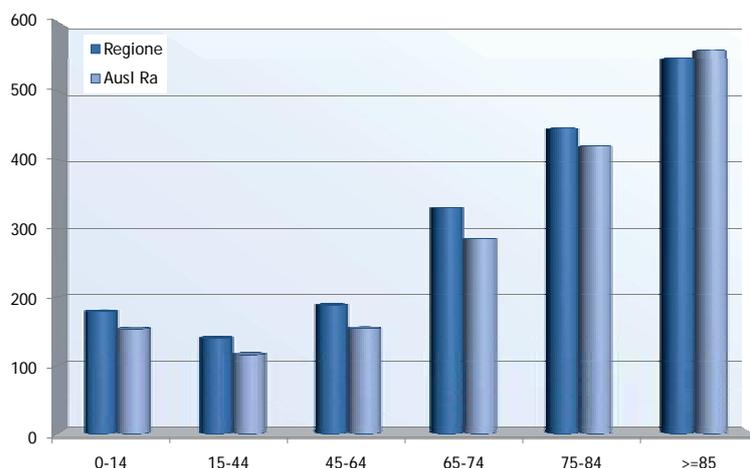
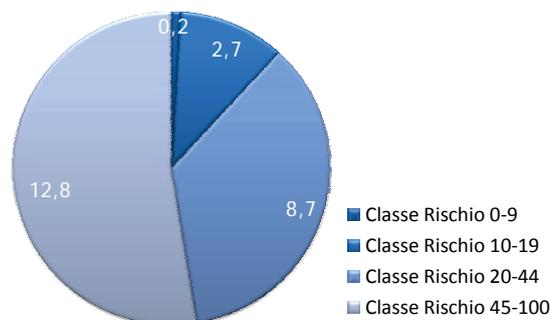
Altri elementi utili per descrivere lo stato di salute della popolazione anziana possono essere dedotti analizzando i dati relativi all'uso dei principali servizi sanitari e socio-sanitari.

In Emilia-Romagna il 14% degli anziani è stato ricoverato in ospedale nell'ultimo anno (una delle quote più basse a livello nazionale)⁶¹. A Ravenna, come nel resto della regione, gli anziani sono la popolazione che più di tutte le altre viene ricoverata in ospedale e gli uomini si ricoverano più delle donne. Complessivamente però gli anziani "più giovani" di Ravenna, si ricoverano meno della media regionale (tasso di ricovero 65-74 anni pari a 283 vs 294 e 75-84 anni 389 vs 413), mentre gli over 84 di più (tasso di ricovero pari a 530 vs 506)⁶².



Numerosità delle persone >65 anni con malattie croniche per classe di rischio.

Livello di rischio: numero di volte più a rischio della media della popolazione per i soggetti con due o più patologie croniche.



Tassi specifici di ricovero per età (per 1000 residenti). Ausl di Ravenna e Regione a confronto. Tutte le cause, anni 2004-2007.

La prima causa di ricovero è legata a problemi dell'apparato cardio-circolatorio, ma man mano che l'età avanza diventano in proporzione più consistenti i ricoveri per problemi respiratori (in particolare negli ultra84enni) dei tumori e dei traumatismi ed avvelenamenti.

Come bene evidenziato (*Sicurezza domestica: sez. 2.5*), gli anziani, in particolare le donne e gli over75, sono un gruppo molto esposto ad incidenti domestici (fratture, traumi degli organi interni, ferite, avvelenamenti...), soprattutto quelli che hanno conseguenze gravissime (morte), e sono particolarmente soggetti a cadute accidentali, che spesso hanno come conseguenza la frattura del femore, con tutti i suoi elevatissimi e duraturi carichi assistenziali.

Tassi di ricovero per 1000 abitanti e per classi di età dal 2004 al 2006 della Ausl di Ravenna.

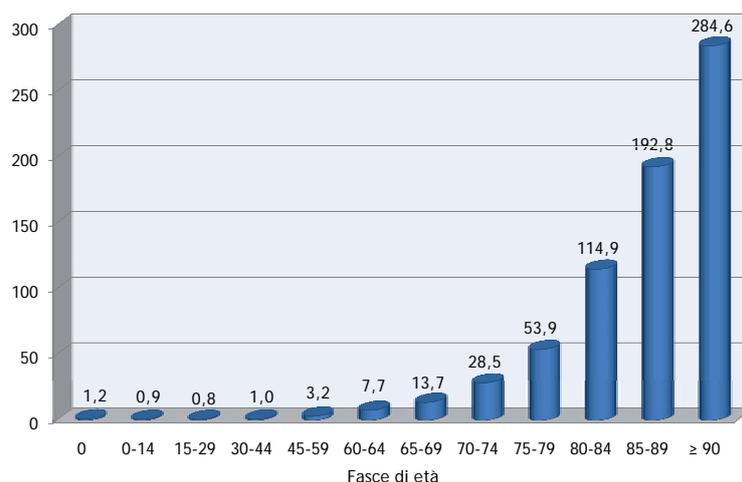
Fonte: Bilancio di Missione 2007 pag. 43 si veda anche (*Allegato statistico 1.5.2.6*)

Causa di ricovero	65-74 anni	75-84 anni	>84
Tumori	10,3	17,3	22,7
Cardio-circolatorio	23,5	68,9	143,4
Apparato respiratorio	5,4	17,1	36,8
Traumatismi e avvelenamenti	8,1	19,1	34,8

Oltre che in ospedale, gli anziani di Ravenna sono assistiti anche a domicilio dal servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) tramite infermieri (47,6%), medici di medicina generale (46,2%) e assistenza sociale (6,2%). Nel 2007 sono stati oltre 5.000 gli over64 che hanno usufruito dell'ADI, per problemi di salute legati a tumori (14%), malattie del sistema circolatorio diverse da scompenso cardiaco e cerebrovascolari acute (10%), scompenso cardiaco e malattie cerebrovascolari acute (7%) o per altre patologie (34%). Ravenna presenta un tasso di assistenza in ADI per le fratture del femore superiore alla media regionale e inferiore per quanto riguarda le demenze. Complessivamente il tasso di assistenza dell'ADI per gli anziani di Ravenna è inferiore alla media regionale, anche se è in crescita negli ultimi anni⁶³. (*Allegato statistico: 2.1.31*)

Tassi specifici per fasce di età di ADI (per 1000 abitanti). Ausl di Ravenna, anno 2007.

Fonte: Banca dati ADI, Reg. Emilia-Romagna



Gli anziani non autosufficienti di Ravenna, che hanno bisogno di diversi tipi di assistenza, possono contare anche su una ricca rete di servizi residenziali, semiresidenziali e trasferimenti in denaro: nel 2006 il 5,6% degli anziani con 75 anni o più ha beneficiato di un assegno di cura⁶⁴; oltre il 3% di un ricovero in casa protetta (CP) o residenza sanitaria assistenziale (RSA); circa lo 0,7% dei servizi di un centro diurno⁶⁵. In provincia di Ravenna i posti letto autorizzati in casa protetta sono 1.557, in casa di

riposo 456, 11 posti in residenza protetta, 146 in comunità alloggio e 218 in RSA. (*Allegato statistico 2.1.4*)

Nel 2007 inoltre, gli anziani in carico ai servizi sociali delle tre zone sociali di Ravenna (Faenza, Lugo e Ravenna) erano 6.401. (*Allegato statistico 2.1.31*)

Come emerge dai dati fin qui riportati, ci sono problemi di salute, come la frattura di femore e la demenza che vengono principalmente curate in maniera residenziale (in ospedale o in CP/RSA), altre invece verso cui la rete dei servizi riesce ad attivare interventi più integrati, come i problemi cardiocircolatori o i tumori.

La non autosufficienza tra presa in carico formale e cure informali

In base ai dati fin qui riportati, a Ravenna la capacità di offerta e presa in carico della rete dei servizi e delle prestazioni per anziani non autosufficienti (ADI, CP/RS, centri diurni, assegni di cura) risulta pari a circa il 7% della popolazione over 74 anni; a livello regionale si stima tuttavia che in realtà ben il 16% sia non-autosufficiente (nelle attività di cura della propria persona, nel movimento...), in maniera grave o moderata: il 10% degli uomini e il 18% delle donne, percentuali che salgono rispettivamente al 17% e al 32% per chi ha più di 74 anni⁶⁶. Dati che sembrano trovare conferma anche a livello locale: disabilità grave 12,9% e moderata 5,9%⁶⁷.

Ciò significa che i servizi si sono specializzati nell'intervenire su specifici bisogni e intercettano solo una parte degli utenti che hanno problemi di autonomia, probabilmente quelli più gravi e compromessi. Il resto dei problemi di salute e delle limitazioni nelle abilità della vita quotidiana vengono quindi gestiti e "risolti" privatamente in famiglia, con l'eventuale supporto del medico di medicina generale (MMG) e di "badanti".

Le ricerche mostrano infatti come in caso di bisogno, siano le famiglie ad intervenire direttamente o indirettamente per fornire sostegno, ed in particolare le donne della famiglia (welfare familistico): figlie e nuore in primo luogo (41%), coniuge/partner secondariamente (19%), assistenti a pagamento, come le "badanti" (17%). Il personale socio-sanitario interviene in meno del 5% dei casi⁶⁸. Gli aiuti vengono forniti per fare bagno o doccia (43%), vestirsi (18%), lavarsi (18%), andare in bagno (11%), spostarsi in casa (7%) e mangiare (5%)⁶⁹. A questo proposito va sottolineato come gli anziani che vivono soli a Ravenna mostrino livelli di autonomia maggiori rispetto agli altri e siano assai meno coloro che hanno bisogno di supporti per svolgere le principali attività della vita quotidiana: i loro problemi principali infatti sono la pulizia della casa (soprattutto gli uomini) e il disbrigo di pratiche burocratiche (in particolare le donne)⁷⁰.

Accanto ai parenti stretti, l'altra importante figura di riferimento è il medico di famiglia. Secondo i dati ISTAT⁷¹ gli anziani sono il gruppo che più fa ricorso alle visite mediche, sia generiche che specialistiche: in particolare oltre il 40% degli over 64 anni ha fatto ricorso ad una di queste nell'ultimo mese (in particolare alle prime) per malattie o disturbi, controlli e ricette; il ricorso al medico di medicina generale (MMG) è particolarmente diffuso tra i grandi anziani: ben il 75% degli ultra 74 lo ha contattato nell'ultimo mese. Il MMG è inoltre la figura verso cui i cittadini

hanno più fiducia, soprattutto in Emilia-Romagna. Anche a livello locale, il medico di medicina generale sembra la figura di riferimento principale per gli anziani, che praticamente tutti conoscono e moltissimi utilizzano abitualmente (oltre la metà di loro lo hanno visto/consultato negli ultimi 15 giorni una o più volte). I medici specialisti, così come altre figure socio-sanitarie (infermieri domiciliari, assistenti sociali...) risultano assai meno conosciuti ed utilizzati⁷².

Agire nella comunità e vivere il proprio tempo

Gli anziani mostrano una spiccata voglia di partecipare alla vita della comunità frequentando i luoghi di svago, partecipando ad attività di volontariato, a riunioni di partiti politici e comizi. Secondo i dati del ministero, le donne sembrano più sensibili alle attività di volontariato, gli uomini a partecipare ad attività di partiti politici e a manifestazioni. La partecipazione dei senior si caratterizza inoltre per l'assiduità del loro impegno (una o più volte a settimana), e le donne risultano in questo ancora più costanti; è motivata in primo luogo dalla necessità di fare qualcosa di utile (sia per le donne che per gli uomini), secondariamente da motivi religiosi (per le donne) e dal desiderio di mantenere le relazioni con gli altri (per gli uomini). I destinatari principali delle attività di volontariato degli anziani sono primariamente i coetanei meno fortunati, anche se non mancano attività a favore dei cittadini in genere, dei membri del proprio gruppo (parenti e amici), del disagio sociale (malati, portatori di handicap, giovani, profughi)⁷³.

I dati forniti dal Censis sono ancora più confortanti: secondo l'istituto di ricerca il 39% degli anziani residenti nelle regioni del Nord-Ovest svolge attività di volontariato (in associazioni organizzate o in maniera informale).

Quella di essere attivi principalmente verso i propri coetanei è un'altra caratteristica peculiare dell'impegno dei senior, oltre al fatto di agire nei settori tradizionali del welfare (socio-assistenziale e socio-sanitario) e di avere un raggio di azione locale (comunale e infracomunale)⁷⁴.

Invecchiare tra apertura al futuro e timori

Al di là dei dati ufficiali, è interessante capire cosa significa essere in salute e cosa significa invecchiare. Per gli anziani di Ravenna la salute non è semplicemente una condizione di benessere (assenza di malattia, autonomia funzionale e buone relazioni sociali), ma anche avere precise abilità e competenze che permettono di modificare la propria situazione e mantenere il benessere nonostante l'età (capacità di compensare le perdite materiale e affettive, possibilità di realizzare obiettivi importanti, apertura a nuove esperienze)⁷⁵. Allo stesso tempo la vecchiaia non è concepita solo come fase della vita "inutile e piena di disturbi", ma anche e soprattutto come possibilità di fare progetti per il futuro, conoscere cose nuove e crescere come persone, trovare i modi per compensare il declino della salute; l'invecchiamento quindi non è solo ripiegamento e valorizzazione del passato, ma anche apertura al futuro.

Madri divise tra figli ed ex mariti

Dal dopoguerra ad oggi ci sono stati cambiamenti importanti nel cammino delle donne italiane nel riconoscimento dei diritti e della parità dei ruoli tra i coniugi dentro e fuori la famiglia, nella scolarizzazione di massa e nell'entrata delle donne nel mercato del lavoro e nelle carriere.

Sul fronte dei diritti civili, nel giugno 1946, le donne hanno avuto accesso al voto, nel 1950 un giudice riconosceva che il marito non poteva picchiare la moglie, negli anni '60 le donne sono state ammesse ai concorsi per la magistratura e negli anni '70 alle madri è stata riconosciuta la parità dell'esercizio dalla potestà dei figli.

I cambiamenti sociali e alcune rilevanti modifiche legislative quali: nel 1970 il divorzio, nel 1975 la Riforma del diritto di famiglia, la depenalizzazione dell'adulterio hanno modificato il ruolo della donna, nella società e dentro la famiglia riequilibrando la struttura fortemente asimmetrica dell'unione coniugale tradizionale e apportando alcune modifiche sostanziali nella struttura demografica della popolazione e delle famiglie (aumento di madri sole, aumento di nuclei famigliari mononucleari, diminuzione del numero dei componenti).

Tra il 2003 e il 2007 il numero di famiglie in provincia di Ravenna, infatti è cresciuto del 9%, mentre il numero dei componenti è sceso del 3,4%. Questa tendenza è dovuta al declino della proporzione di famiglie numerose (-8,48% è la diminuzione delle famiglie con oltre gli 8 componenti) e al contemporaneo aumento delle famiglie monopersonali (+5,29% medio annuo nello stesso periodo). (*Allegato statistico 1.3.3*)

Dal 1973, inizia il processo di riduzione della nuzialità (che passa dal 3,76 del 1999 a 3,5 del 2005 - valore minimo rispetto agli altri valori italiani), accompagnata dal declino della fecondità (anche se dal 2005 al 2007 ha avuto un leggero recupero ed è passato da 1,280 a 1,426).

L'aumento della percentuale delle donne straniere (che dal 2003 al 2007 sono duplicate), ha contribuito al ringiovanimento della struttura per età della popolazione da una parte, e dall'altra un aumento della prolificità.

	2003	2004	2005	2006	2007
Donne straniere	7.512	9.313	10.974	12.371	15.027
Donne	185.716	187.877	189.893	191.810	194.795
% donne straniere/donne	4,0	5,0	5,8	6,5	7,7

Percentuale di donne straniere in provincia di Ravenna dal 2003 al 2007.

(*Allegato statistico 1.3.5.18*)

	2005	2006	2007
TFT italiani	1,1	1,2	1,2
TFT stranieri	2,2	2,7	2,6
TFT totale	1,3	1,4	1,4

Tasso di fecondità totale in provincia di Ravenna dal 2005 al 2007.

(*Allegato statistico 1.3.6.5*)

Per quanto riguarda l'età media alle nozze, a partire dagli anni '80 si registra una tendenza alla posticipazione: tra il 1981 e il 2005 passa da 24 a 30,8 per le donne e da 27,2 a 33,6 per gli uomini.

Come conseguenza della riforma legislativa del 1975 che porta l'età minima a 18 anni (anticipabili a 16 con l'assenso del giudice tutelare) crolla la nuzialità a 16-17 anni. Il matrimonio diventa un evento raro e tardivo.

Matrimoni e tasso di nuzialità in provincia di Ravenna dal 1999 al 2005.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Matrimoni	1.302	1.356	1.300	1.286	1.176	1.270	1.301
Tasso di nuzialità	3,8	3,8	3,7	3,6	3,3	3,2	3,5

(Allegato statistico 1.3.6.9)

Il divorzio, introdotto in Italia nel 1970, ha avuto una diffusione lenta nella società, tanto che il comportamento familiare italiano si caratterizza rispetto a quello di altri paesi avanzati per la relativa esiguità degli scioglimenti delle unioni; si tratta di valori decisamente più bassi della gran parte d'Europa, di quanto registrato in Francia dove si sciolgono per divorzio (42 matrimoni su 100), o nel Regno Unito (47 su 100) o in Germania (46 su 100)⁷⁶, ma il numero di separazioni e di divorzi è in costante aumento. Gli ultimi dati riferiti al 2005, indicano oltre 82mila separazioni l'anno e oltre 47mila divorzi. Il numero medio di divorzi per 100 matrimoni è nel nostro Paese pari a circa 15.⁷⁷

Indicatori rappresentativi dell'instabilità matrimoniale si ottengono anche rapportando il numero di separazioni e divorzi al numero di coppie coniugate: nel 2005 si registrano 5,6 separazioni e 3,2 divorzi ogni 1.000 coppie coniugate. I dati regionali (5,8 - 3,8) sono allineati con i dati nazionali.

Dall'analisi a livello nazionale, a intraprendere più frequentemente l'iniziativa della separazione è la donna, escludendo le domande su ricorso congiunto, nel 2005: il 71,7% delle richieste di separazione è stato presentato dalla moglie. Nel 2005 il 70,5% delle separazioni e il 60,7% dei divorzi ha riguardato coppie coniugate con figli.

Oltre la metà (il 52,8% in Italia e il 48,4% in Regione Emilia-Romagna) delle separazioni e oltre un terzo (il 36,5%) dei divorzi provengono da matrimoni con almeno un figlio minore di 18 anni. L'affidamento esclusivo dei figli minori alla madre è stato prevalente rispetto ad altri tipi di affidamento: i figli minori sono stati affidati alla madre nell'80,7% delle separazioni.

Lavoratrici tra autonomia e lavoro precario

Le donne hanno storicamente sempre lavorato, ma il ruolo centrale da loro svolto all'interno della famiglia ha condizionato a lungo la loro partecipazione al mercato del lavoro. Sintetizzando in fasi l'evoluzione della partecipazione delle donne del dopoguerra ad oggi; si può dire che gli anni '50 e l'inizio degli anni '60 sono caratterizzati da un incremento generalizzato dell'occupazione femminile, in particolare della manodopera non qualificata. Il lavoro è vissuto comunque dalle donne come attività secondaria e soprattutto come strumento per ottenere un reddito aggiuntivo per la famiglia. Negli anni '70 il lavoro femminile comincia a diventare una dimensione identitaria fondamentale almeno per la fascia più scolarizzata e professionalizzata di donne.

Determinanti dell'offerta femminile sono stati l'introduzione di una legislazione più improntata alla parità dei sessi e alla tutela delle madri-lavoratrici.

Nel 1971 con la legge 1203 si è legiferata la tutela della maternità, nel 1963 con la legge 7 il divieto di licenziamento delle lavoratrici madri, nel 1977 con la legge 903 il divieto di discriminazione fondata sul sesso e l'accesso "discriminato per genere" al lavoro in qualunque settore, ramo e a tutti i livelli della gerarchia professionale.

Nel 1968, con legge 444, si sono istituite le scuole materne, e con la legge 1044 nell'anno 1971 il contributo statale per l'istituzione di asili nido comunali.

Con la legge 379/90 si è allargata l'indennità di maternità alle libere professioniste. E' seguita la stagione delle azioni positive per la parità uomo-donna nel lavoro per rimuovere gli ostacoli che impediscono le pari opportunità (1.125/91) e delle azioni positive per l'imprenditorialità femminile (1.215/92). Ma la materia della conciliazione tra lavoro e famiglia viene trattata direttamente solo a partire dalla fine degli anni '90, prima con la legge 488/99 che ha potenziato il part-time (integrata solo molto recentemente con la circolare del Ministero del lavoro n. 9/2004 sul lavoro a tempo parziale) e poi con la legge 53 dell'8 marzo 2000 sui congedi parentali.

La crescita dei tassi di attività⁷⁸ femminili ha determinato i più significativi cambiamenti del mercato del lavoro. Nel tempo, di conseguenza al cambiamento legislativo, si abbassano le differenze di genere sia nel tasso di attività (da 16,50 nel 2004 a 10,37 nel 2007) che nel tasso di occupazione (da 17,67 nel 2004 a 10,10 nel 2007). Nel confronto del tasso di occupazione con le altre province, a Ravenna nel 2007, c'è la più piccola differenza tra i tassi di occupazione per genere (10 punti percentuali).

Il tasso di occupazione femminile⁷⁹ si attesta al 66,8%, al di sopra degli obiettivi previsti per il 2010 dagli accordi di Lisbona (gli accordi europei prevedevano un tasso di occupazione femminile pari al 60% nel 2010). Già a partire nel 2002, il tasso di occupazione femminile si attestava al di sopra del valore regionale ed era il più alto d'Italia. Nel 2006 Ravenna era al 2° posto della scala nazionale.

Tasso di attività	2004	2005	2006	2007
Femmine	61,7	65,6	68,5	68,9
Maschi	78,2	76,9	76,8	79,3
Totale	70,0	71,3	72,7	74,1

Tasso di attività in provincia di Ravenna distinto per genere dal 2004 al 2007.

(Allegato statistico 1.4.1.21)

Tasso di occupazione	2004	2005	2006	2007
Femmine	58,0	62,0	65,3	66,8
Maschi	75,7	74,4	74,9	76,9
Totale	66,9	68,3	70,1	71,9

Tasso di occupazione in provincia di Ravenna distinto per genere dal 2004 al 2007.

(Allegato statistico 1.4.1.22)

Il tasso di disoccupazione femminile si attesta allo stesso livello di quello maschile al 2,9%. Per la prima volta nella nostra provincia si annulla totalmente la differenza di genere, tendenza in diminuzione già dal 2004.

Tasso di disoccupazione	2004	2005	2006	2007
Femmine	3,0	3,2	2,4	2,9
Maschi	5,9	5,4	4,6	2,9
Totale	4,3	4,2	3,4	2,9

Tasso di disoccupazione in provincia di Ravenna distinto per genere dal 2004 al 2007.

(Allegato statistico 1.4.1.23)

	2004	2005	2006	2007
Differenza per genere	2,8	2,2	2,2	0,1

La crescita dell'offerta femminile è stata il prodotto di due contemporanee tendenze: da un lato generazioni di donne più giovani e con più elevati livelli di istruzione e propensione al lavoro hanno cominciato a presentarsi sul mercato del lavoro, dall'altro donne più adulte e meno istruite, dopo la maternità, hanno deciso di riproporsi professionalmente.

“Questo si è ripercosso nell'incremento, particolarmente evidente dal 2001 al 2006 nel personale determinato non qualificato (+53%), tra gli operai qualificati (+45%), ma anche tra i dirigenti (+36%).”⁸¹

Altro segnale di cambiamento dell'occupazione femminile è stata la crescita del lavoro part-time o del lavoro a tempo determinato.

“Analizzando le assunzioni avvenute nel corso del 2006 in base alla tipologia di contratto, in provincia di Ravenna il 78% delle donne sono state assunte con contratto a tempo determinato (il 76% sul totale delle assunzioni). Quelle a tempo indeterminato sono state l'11%, contro il 13% registrato sulle assunzioni provinciali complessive.”⁸²

Per quanto riguarda le altre tendenze, importante è l'aumento della presenza femminile nelle libere professioni. “Il 29% delle posizioni IVA nel 2006 è in capo a donne.

Il lavoro autonomo è rappresentato per circa il 32% da donne e si concentra per il 60% nelle attività professionali che comprendono la maggior parte delle libere professioni tecniche, giuridiche ed economiche e per il 33% nella sanità e assistenza sociale che ricomprende le professioni mediche, a seguire le attività finanziarie con i promotori e i mediatori del risparmio e a chiudere, i giornalisti, fotoreporter e spedizionieri.

L'analisi delle attività di lavoro autonomo evidenzia una serie di attività nell'ambito dell'area medico-sanitaria ove la presenza femminile è esclusiva o preponderante, come assistenza sociale non residenziale, la professione dello psicologo e le attività paramediche indipendenti.

Significativa la presenza femminile nell'ambito dei consulenti del lavoro con il 54% di presenze, la ricerca e sviluppo nel campo dell'economia, psicologia, scienze sociali ed umanistiche con il 43%, gli studi legali 42%.

Da un'analisi delle professioni della categoria “altri lavoratori autonomi” emerge che circa il 59%, pari a 1.381 unità, è concentrato nel commercio, come intermediari, di cui solo il 12% è rappresentato da donne. Le donne sono maggiormente presenti nell'ambito dell'istruzione e servizi alle famiglie.”⁸³

Il potere che non c'è

“I dati relativi alla partecipazione delle donne nelle assemblee elettive dell'Unione Europea colloca l'Italia nelle ultime posizioni, sia per quanto riguarda il Parlamento nazionale, che i consigli regionali, provinciali e comunali.

Sul versante della rappresentanza politica delle donne al livello nazionale, si possono mettere in evidenza alcuni dati statistici relativi all'Italia. Il nostro paese presenta queste percentuali: Camera 17,3%, Senato 13,7%. La media tra Camera e Senato è del 16,1%: la media europea è del 22%. L'Italia è al 59° posto su 180 paesi del mondo, superata da molti paesi del Sud del pianeta.

I dati relativi alle cariche politiche della provincia di Ravenna sono leggermente più positivi rispetto al quadro nazionale, pur permanendo un notevole gap tra i generi.

In particolare, la presenza femminile nei consigli dei comuni della provincia si attesta al 24% (84 donne su 343 consiglieri - contro un dato medio nazionale del 17,7%), mentre i sindaci donna sono 4 su 18 (ben il 22%-contro il dato medio nazionale pari al 9,6%), gli assessori il 23% (26 donne su 115 totali).”⁸⁴

Il 21,80% negli organi collegiali centrali dei partiti nell’anno 2005 è donna (618 donne su 2835 componenti). Solo il 7% è presente nei consigli di amministrazione delle fondazioni bancarie della nostra provincia.

“Nelle Università degli Studi dell’Emilia-Romagna un docente di ruolo su tre è donna. Il tasso di femminilizzazione del corpo docente aumenta al diminuire della qualifica: più alto fra le ricercatrici, dove registra valori pari al 46% più basso tra i professori ordinari dove si attesta attorno al 18%.”⁸⁵

La cultura è donna

“Gli ultimi decenni della storia italiana sono caratterizzati dalla crescita generale del livello d’istruzione della popolazione italiana, in particolare della popolazione femminile.

Nella fascia di popolazione tra 25 a 44 anni le donne con un titolo superiore sono oggi relativamente più numerose degli uomini.

Tra gli anni scolastici 1970/1971 e 2005/2006 il tasso di conseguimento del diploma⁸⁶ delle donne è più che triplicato e oggi le diciannovenni che raggiungono il diploma sono quasi l’80%.

Nell’anno scolastico 2005/2006 il 56% degli studenti residenti in provincia di Ravenna iscritto ad una università italiana è donna. Le 4.480 ragazze iscritte rappresentano il 12,5% della classe di popolazione femminile residente tra i 19-35 anni. Solo il 9,5% della popolazione maschile delle corrispondenti classi di età, pari a 3.509 ragazzi, si è iscritto ad una università.

La maggior presenza di donne riscontrata tra gli iscritti all’università la riscontriamo anche tra i laureati. Il 58% dei laureati nella provincia di Ravenna è donna.”⁸⁷

Dolori al femminile

Emerge chiaramente la persistenza o l’aggravarsi di alcuni importanti fattori di rischio per la salute femminile, in particolare il fumo e l’obesità.

Il fumo di tabacco costituisce uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie croniche ed invalidanti, in particolare nei confronti del tumore al polmone. La lotta al tabagismo costituisce quindi uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie.”⁸⁸ L’abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: si sta assistendo ad una progressiva riduzione della percentuale di fumatori tra gli uomini, mentre sta crescendo nelle donne, con valori paragonabili nei due sessi. Il 19,18% della popolazione femminile sopra i 15 anni in Emilia-Romagna fuma sigarette, contro il 26,16% degli uomini.

L’obesità costituisce un altro fattore di rischio per la salute favorendo l’insorgenza di varie patologie (in particolare cardiovascolari e il diabete) e costituisce il 3% dei costi globali della sanità (il 9,67% della popolazione femminile dell’Emilia-Romagna nel 2005 ha questo problema).

L'alcol è un altro dei principali fattori di rischio per la salute e tra i principali determinanti di disabilità, mortalità, e morbilità della popolazione generale. Il 62,9% di donne intervistate dall'Ausl ha dichiarato di avere bevuto una unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese.

Per quanto riguarda le patologie per cui le donne si sono ricoverate di più dal 2004 al 2007, si osserva come 27,4 donne ogni 1.000 abbiano avuto patologie legate al sistema cardiocircolatorio, 26,7 ogni 1.000 si siano ricoverate per complicanze legate al parto o al puerperio e 21 ogni 1.000 si siano ricoverate per tumori (soprattutto a trachea, bronchi e polmoni). Questi valore risultano comunque inferiore alla media regionale.

Relativamente alla mortalità, dal 2000 al 2006 si è evidenziata una riduzione sia per tumore generale nelle donne (da 282 morti ogni 100.000 donne a 276), sia per tumore alla mammella (da 46,9 a 43,9). Aumentano invece negli stessi anni i tassi standardizzati di mortalità per tumore al collo dell'utero e al colon retto.

Occorre notare che se complessivamente la mortalità per tumore è in diminuzione, i tassi di incidenza, intesa come numero di nuovi casi per patologia, in particolare per tumore al seno, all'utero, al colon e al polmone sono in aumento: in sostanza si muore di meno, ma ci si ammala di più e questo è spiegabile per la diffusione dei programmi di screening.

Nel 2006, ben il 73,6% delle donne target si è sottoposta a screening al collo dell'utero, mentre il 78,7% a screening della mammella. In entrambi i casi, le donne del ravennate mettono in atto maggiori comportamenti preventivi rispetto alla media delle donne regionali.

Ulteriori approfondimenti sulla salute delle donne si possono trovare nel Bilancio di Missione dell'Azienda UsI di Ravenna 2008.

Gli immigrati

3.4 Gli immigrati

leri minoranza, oggi nuovo volto giovane delle città

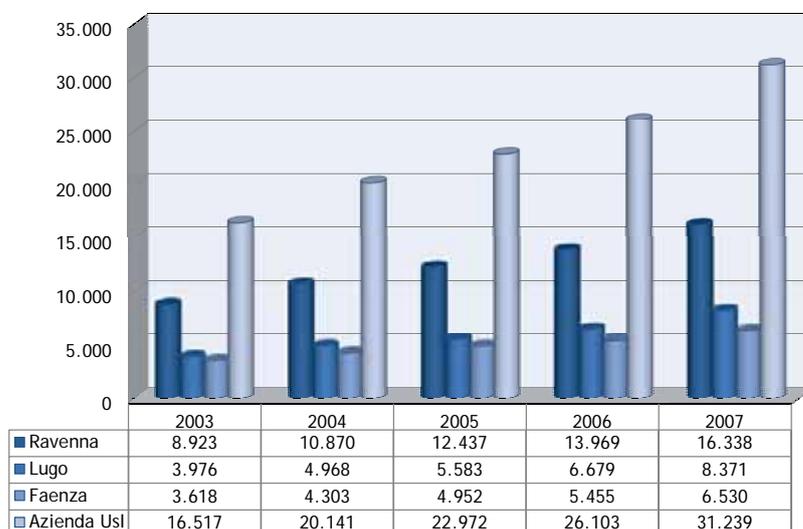
"... le migrazioni internazionali sono un aspetto ineliminabile del mondo attuale.

Le vere questioni riguardano le dimensioni e la composizione di tali migrazioni..."

(Amartya Sen, 2001)⁸⁹

L'Europa è stabilmente abitata da persone provenienti da "altri" paesi e portatrici di "altre" culture⁹⁰; questa presenza è aumentata nel corso degli anni. In Italia, per esempio la popolazione straniera al 2007 è 25 volte di più rispetto a quella del 1970 (da 144.000 presenze del 1970 a 3 milioni e 700 mila all'inizio del 2007): i primi flussi in entrata erano costituiti dai rientri di emigranti italiani, ma dagli anni '80 si è iniziato a registrare il primo flusso consistente e continuo di cittadini stranieri. Dal 1991 la normativa e l'entrata di alcuni paesi nella comunità europea hanno in gran parte determinato l'andamento temporale delle domande di concessione del permesso di soggiorno, concentrate nei periodi immediatamente successivi all'emanazione della normativa o all'allargamento della comunità europea.

Questo trend crescente si riscontra anche nel territorio della provincia di Ravenna, ove dal 2003 al 2007 la presenza di stranieri è quasi duplicata (da 16.517 unità a 31.239) con un'incidenza sul totale della popolazione importante: su 100 "ravennati" 8 sono stranieri. Quest'ultimo dato è superiore di ben 2 punti rispetto all'incidenza nazionale (6%) e di tre rispetto a quella europea (5%). (Allegato statistico 1.3.5.1)



Stranieri residenti al 31/12 dal 2003 al 2007 in provincia di Ravenna per distretto. Valori assoluti.

È importante sottolineare come ci siano stati, coerentemente con i dati nazionali, degli aumenti significativi della popolazione straniera nel 2003/2004 e nel 2007; nello specifico, l'incremento 2003/2004 è stato determinato dall'effetto congiunto del consistente flusso migratorio e dal provvedimento (Legge n. 189 e 222 del 2002) legato alla legge Bossi-Fini che dal 2003 al 2004 ha fatto registrare 3.624 stranieri in più in anagrafe.

L'aumento dei cittadini comunitari residenti nel 2007, è invece attribuibile all'ingresso nell'Unione Europea della Romania e Bulgaria. Sul territorio ravennate il 2007 ha visto l'incremento della popolazione straniera di circa il 20% rispetto al 2006 per l'iscrizione nelle anagrafi comunali di 2.651 rumeni (+81,6% il doppio rispetto al 2003) e di 145 Bulgari (+55,3%). L'Istat suppone che la maggior parte degli stranieri fosse già nel territorio (se si analizzava i dati al 1° gennaio 2006 infatti, tra residenze e presenze ricavate dai permessi di soggiorno c'era una differenza minima pari a 869 persone, 3,73% del totale degli stranieri e il 14% dei minorenni registrato in anagrafe ma probabilmente non titolare di un documento di soggiorno individuale, in quanto registrato nel permesso dei genitori).

Dal grafico traspare inoltre che la maggior parte degli stranieri (52,3%) risiede nel distretto di Ravenna, che presenta anche l'incidenza più alta sul totale della popolazione.

Distretti	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ravenna	3,4%	4,1%	4,6%	5,9%	6,7%	7,4%	8,5%
Lugo	2,4%	3,1%	4,1%	5,1%	6,0%	6,8%	8,3%
Faenza	2,7%	3,3%	4,4%	5,1%	5,9%	6,4%	7,6%
Ausl	3,0%	3,6%	4,4%	5,5%	6,3%	7,0%	8,2%

Incidenza stranieri su totale popolazione residente dal 2001 al 2007.

(Allegato statistico 1.3.5.7)

Al 31 dicembre 2007 in tutti i comuni la percentuale degli stranieri è superiore alla media nazionale pari al 6%. E di anno in anno aumentano i comuni in cui è stata superata la soglia del 10% degli stranieri sui residenti complessivi. Infatti ben tre comuni, del distretto di Lugo, superano la soglia del 10%: Conselice (dove il rapporto è 11,4%), Massalombarda (11,0%), Fusignano (12,5%).

Ciò che colpisce è il ritmo di crescita, nel distretto di Lugo per esempio in 6 anni l'incidenza degli stranieri sul totale della popolazione è triplicata. (*Allegato statistico 1.3.5.7*)

Cerchiamo ora di definire maggiormente chi sono questi 31.239 stranieri. Le comunità più rappresentate nella provincia di Ravenna sono quelle della Romania (18,9%), dell'Albania (17,8%) e del Marocco (13,6%). Questi dati sono coerenti con quelli nazionali come quelli che riguardano il rapporto fra i generi: si registra infatti anche sul territorio provinciale una tendenza al raggiungimento di un equilibrio nella popolazione straniera (16.209 maschi e 15.025 femmine).

Sono donne e uomini che contribuiscono in termini generali al ringiovanimento della popolazione perché hanno una più alta prolificità e sono loro stessi per la maggior parte giovani-adulti (la fascia compresa tra i 25 ai 44 anni è oltre il 50% del totale della popolazione straniera), che vivono ma soprattutto lavorano in Italia.

Nel 2007 il numero dei nati è stato di 3.480 unità di cui il 22,9% da madre straniera.

Il motore silenzioso della nostra economia

“Senza gli immigrati il sistema Italia si bloccherebbe”, ha affermato il presidente della Repubblica Giorgio Napolitano. Secondo il Dossier Caritas 2007 il 7% del prodotto interno lordo è prodotto da cittadini stranieri che lavorano nell'edilizia e nella ristorazione (40%), nei “servizi” di collaborazione domestica, pulizia e assistenza lavoro (60%).

L'economia italiana ha quindi sempre più bisogno di loro, per il lavoro che svolgono e la ricchezza che producono, come lavoratori dipendenti e, in un sesto dei casi, come imprenditori.

In aggiunta, un lavoratore immigrato è anche un consumatore e un risparmiatore⁹¹. E' riconosciuto a livello nazionale il valore dell'immigrazione in diversi settori lavorativi.

Nella provincia di Ravenna su 10 stranieri, sette lavorano (dato a gennaio 2006 di cui 53,6% maschi e 46,4% femmine).

Sono per lo più di provenienza rumena 29,1%, albanese 14,8% e polacca 11,8% e lavorano nei settori dell'agricoltura, della ristorazione e dei servizi alla famiglia. Nello specifico i cittadini stranieri assunti svolgono per lo più le mansioni di braccianti agricoli (21,9%), cameriere ai piani 5,9%, cernitori di prodotti ortofrutticoli (4,7%) e operatore generico di produzione (4,2%).

Si comprende quasi intuitivamente, date le specificità territoriali, che i comuni più ricettivi di manodopera straniera sono Ravenna, Faenza e Cervia (quest'ultima in particolare per la manodopera femminile).

Il tipo di attività svolta si riflette inevitabilmente nel tipo di contratto stipulato: la maggior parte dei lavoratori stranieri è assunta infatti a tempo determinato (59,8% vs 13,9% a tempo indeterminato) o stagiona-

le (15%) e a tempo pieno (86,7 % contro part-time svolto solo da donne 13,3%). Si registrano inoltre, anche se in percentuale minore, assunzioni con contratto di apprendistato (4,3%) e di tipo interinale (4,5%).

Tra i lavoratori occupati nel corso del 2006 alcuni sono imprenditori, nello specifico si registra un incremento di aziende a titolarità straniera di 437 unità (16 %) nei settori delle “costruzioni” e del “commercio”, da parte soprattutto di giovani adulti (con un’età compresa tra i 30 e i 49 anni), provenienti dall’Est Europa, dall’Africa occidentale e settentrionale. (*“Il profilo socio-economico”*: sez. 1.2)

Se 7 persone su 10 lavorano, chi sono, quali sono le caratteristiche dei disoccupati?

Complessivamente, i cittadini stranieri disoccupati, al 2006 sono 3.600 unità (54,7% donne e 45,3% uomini), con domicilio prevalente nei comuni di Ravenna (51,3%), Faenza (12,2%) e Cervia (8,3%).

Per quanto riguarda lo stato occupazionale il 72,8% risulta disoccupato, seguito dal 23,3% di inoccupati.

Sono in prevalenza giovani (il 21,1% ha tra i 30-34 anni e il 19,2% 25-29 anni) e di nazionalità marocchina (14,6%), albanese (12,9%) e senegalese (11,4%).

Analizzando i dati secondo un’ottica di genere, 1.340 donne risultano essere disoccupate (301 rumene, 277 albanesi e 194 marocchine) a fronte di 1.280 uomini. Elevato anche il numero delle donne inoccupate 554. L’unica categoria che vede una maggior presenza di uomini è “in mobilità occupato”.

Ci si potrebbe interrogare sulle motivazioni dello stato di inoccupazione. Questo dato è ancora oggetto di approfondimento, sebbene sia riconosciuto un ruolo rilevante al titolo di studio: la maggior parte dei disoccupati, per i quali si è riusciti a rilevare tale dato, è in possesso della licenza media (27,1%) e una buona parte è priva di un qualsiasi titolo di studio (16,1%).

Da sottolineare il dato relativo ai cittadini in possesso di un diploma di laurea: 113 donne contro i 44 uomini e di quelli in possesso in una laurea breve: 29 donne contro 6 uomini.

È necessario ricordare, che le fonti statistiche principali presentano a volte lacune e tendono probabilmente a sottostimare i dati, anche perché il fenomeno dell’immigrazione è caratterizzato da una grande rapidità di cambiamento, da una forte mobilità, da un forte componente di lavoro sommerso, dalla clandestinità⁹².

C’è in altri termini un microcosmo molto meno trasparente e visibile: il Dossier sull’immigrazione della Caritas evidenzia per esempio che gli irregolari intercettati nel 2006 sono stati 124.000, dei quali poco più di un terzo è stato rimpatriato. È spesso su questi aspetti che l’opinione pubblica si concentra creando allarmismo ed emergenza.

La fatica di imparare

La formazione dei cittadini permette agli individui di acquisire conoscenze, competenze, strumenti funzionali all’adattamento del singolo alla realtà circostante.

Ciò è tanto più vero quanto più si rivolge a “fasce deboli della società”, deboli nel senso che per formazione ed esperienze non hanno acquisito degli strumenti essenziali, come il sapere leggere e scrivere.

In questa prospettiva si comprende come la formazione sia molto importante non solo per i figli di immigrati, ma anche per i giovani stranieri. Nello specifico, per quanto riguarda la formazione professionale degli adulti, nella provincia di Ravenna non ci sono attività formative rivolte esclusivamente agli stranieri; nonostante ciò nel 2006 è stata registrata una partecipazione dei cittadini immigrati trasversale a ben il 66,04% delle attività programmate.

Ma chi sono gli stranieri adulti che accedono a questi corsi professionali? Sono per lo più maschi, con un'età compresa tra i 26 e 50 anni ed un titolo di studio medio basso (15,56% ha la licenza elementare; il 34,75% la licenza media; il 19,19% un diploma di maturità). La loro frequenza è maggiore in corsi volti a favorire l'inserimento lavorativo o previsti come formazione continua sul lavoro.

Per quanto riguarda la loro nazionalità è interessante correlare la provenienza con le singole tipologie di corso: i cittadini di origine albanese frequentano per lo più corsi di formazione volti all'inserimento lavorativo e di formazione iniziale; i cittadini marocchini si concentrano anch'essi nella formazione rivolta all'inserimento lavorativo, in quella permanente e nella formazione per svantaggiati; infine i cittadini rumeni che si collocano nella formazione per svantaggiati e nella formazione autofinanziata.

Se le donne partecipano molto poco ai percorsi professionali rispetto ai maschi, tale proporzione si rovescia nei corsi universitari.

Nell'anno accademico 2006/2007, nel Polo universitario di Ravenna, su 100 iscritti 5 erano stranieri, e di questi 3 femmine. La nazionalità albanese rappresenta il 33% degli studenti e sono 15 gli studenti albanesi iscritti al corso da "Operatore giuridico d'impresa".

Accanto alla formazione rivolta agli adulti è necessario focalizzare l'attenzione sulla "scuola" di diverso ordine e grado (dell'infanzia, primaria, secondaria di primo e secondo grado). Coerentemente con il trend nazionale, anche nella provincia di Ravenna si assiste ad un incremento medio della popolazione scolastica con dinamiche fortemente differenziate nei vari ordini⁹³.

Indici di incremento per ordine scolastico - iscritti totali e iscritti stranieri.

(Allegato statistico 1.3.5.15)

a.s.	Infanzia		Primaria		Secondaria 1'		Secondaria 2'	
	totale	str.	totale	str.	totale	str.	totale	str.
00/01	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
01/02	1,0	0,7	1,0	1,6	1,1	1,4	1,0	1,3
02/03	1,1	1,3	1,1	2,2	1,1	2,1	1,1	2,0
03/04	1,2	5,3	1,1	2,6	1,1	2,5	1,0	2,6
04/05	1,3	6,9	1,1	3,0	1,1	3,2	1,0	3,0
05/06	1,3	8,4	1,2	3,4	1,1	3,5	1,1	4,5
06/07	1,3	11,2	1,2	4,2	1,2	4,4	1,1	5,9
07/08*			1,2	4,6	1,2	4,8	1,1	7,2

* per l'anno scolastico 07/08 i dati sono rilevati dall'anagrafe regionale degli studenti - rilevazione ottobre 07

Nei cicli inferiori (scuola dell'infanzia e primaria) si è assistito ad un incremento significativo dei bambini immigrati a partire dal 2003, per l'aumento dei ricongiungimenti familiari e delle nascite in seguito alla stabilizzazione dei nuclei familiari.

Per le scuole di secondo grado è, invece, dal 2005 che si registra una progressiva tendenza verso la prosecuzione degli studi da parte dei ragazzi stranieri inseriti più precocemente nel sistema dell'istruzione italiano; al 2006-2007, nei primi quattro anni delle scuole superiori⁹⁴, su 100 studenti scrutinati, 8 erano stranieri e tale percentuale è destinata ad aumentare. La presenza di studenti stranieri non è uguale nei diversi ordini: gli stranieri tendono ad iscriversi di più a scuole tecnico professionali piuttosto che ai licei (24,2% in istituti economico-aziendale; 23,5% in scuole alberghiere; 25,1% in istituti tecnici; 12,80% nei licei; 3,2% in istituti ad indirizzo artistico; 5,6% all'IPSIA e 19,2% all'ITI).

Per quanto riguarda il successo scolastico degli studenti immigrati, allo stato attuale, sappiamo che i tassi di bocciatura nelle scuole dell'obbligo sono leggermente superiori tra gli alunni stranieri e che le differenze crescono passando dalle elementari alle medie e da queste alle superiori⁹⁵.

Questo dato si riscontra anche nella provincia di Ravenna: nel 2007 si è infatti verificato un aumento degli stranieri non promossi (+72) e dei promossi con debito (+ 92).

AAA casa cercasi

L'accesso alla casa è un importante indicatore del grado di accoglienza da parte della società ospitante.

Ad oggi le informazioni sulla situazione abitativa degli immigrati nella provincia di Ravenna riguardano gli alloggi ERP (alloggi di proprietà del Comune ed assegnati a nuclei familiari con redditi medio-bassi) e l'accesso al fondo per l'affitto (contributo destinato ad aiutare i cittadini in difficoltà nel pagamento del canone di locazione).

Nello specifico, l'incidenza delle case ERP assegnate agli stranieri era nel 2004 del 7,3% come media provinciale. Tale incidenza è aumentata negli ultimi anni, ma leggermente diminuita nel 2007. Il dato provinciale del 9,2% di alloggi a stranieri è di poco superiore all'incidenza della popolazione straniera sul totale della popolazione 8,2%. Il dato smentisce quello che spesso si sente affermare: "le case popolari vengono date solo agli stranieri o che gli stranieri sono favoriti rispetto agli altri."

Anno 2006			
Distretto	Totale	Alloggi assegnati a stranieri	% alloggi assegnati a stranieri sul totale
Provincia	4.591	426	9,3
Faenza	1.208	91	7,5
Lugo	1.060	89	8,4
Ravenna	2.323	246	10,6

Anno 2007			
Distretto	Totale	Alloggi assegnati a stranieri	% alloggi assegnati a stranieri sul totale
Provincia	4.417	408	9,2
Faenza	1.140	87	7,6
Lugo	1.007	95	9,4
Ravenna	2.270	226	10,0

(Allegato statistico 1.3.5.16)

Per quanto riguarda il fondo per l'affitto⁹⁶, le somme destinate a immigrati rappresentano il 41% del totale dei contributi⁹⁷.

Distretto	N° tot. contributi erogati	Importo globale contributi erogati	N° tot. contributi erogati a cittadini stranieri	Importo erogato a cittadini stranieri
Ravenna	1.571	€ 1.206.743	587	€ 474.038
Faenza	1.020	€ 674.806,33	456	€ 312.115,87
Lugo	795	€ 505.579,23	353	€ 198.517,61
Provincia	3.386	€ 2.387.129	1.396	€ 984.671

(Allegato statistico 1.3.5.17)

Migranti sani, ma fino a quando?⁹⁸

Il profilo di salute dell'immigrato in gran parte è sovrapponibile a quello dell'italiano di pari età: le precarie condizioni di vita e le difficoltà di accesso ai servizi (specialmente nelle prime fasi dell'immigrazione) possono favorire lo sviluppo di malattie respiratorie (legate ad abitazioni insalubri e sovraffollate), disturbi gastrointestinali (per un'alimentazione inadeguata), malattie dermatologiche (determinate dall'alta promiscuità abitativa e da carenze igieniche), traumatismi (riconducibili spesso al lavoro irregolare), disturbi mentali dovuti ad abuso di alcol ed espressione di disagio sociale (Rapporto Caritas 2005).

In aggiunta il fenomeno del ricongiungimento familiare fa emergere bisogni legati in particolare alla gravidanza e alle fasi estreme della vita.

Per quanto riguarda il dato sulla fecondità, i dati della provincia di Ravenna non si discostano da quelli nazionali: le donne straniere tendono ad avere più figli delle italiane (6,8 figli ogni 100 donne straniere contro 3 figli ogni 100 donne italiane) e ad un'età media inferiore di quasi 4 anni (29 anni per le straniere contro 33 anni per le italiane). Se però si osserva l'età media al parto per singola cittadinanza, si nota come le donne africane, a differenza di tutte le altre straniere, sembrano iniziare ad assumere stili di parto più simili alle italiane, mostrando il 32% dei parti nella classe di età 25-29 anni, ma il 29% dei parti in quella successiva (da 30 a 34 anni).

Un'analisi approfondita sui dati riguardanti i parti effettuati nell'Azienda Usl di Ravenna è stata condotta a partire dal Certificato di Assistenza al Parto degli anni 2005-2006⁹⁹ dalla quale si evidenziano diseguali caratteristiche di salute riproduttiva e di uso dei servizi sanitari legati alla gravidanza, correlate sia alla cittadinanza sia al livello di istruzione. Relativamente alla cittadinanza, nell'Azienda Usl di Ravenna per gli anni 2005-2006 si osservano le seguenti evidenze:

- 1) un alto numero di gravidanze nelle donne straniere con numero di parti (per 100 donne in età feconda) doppio rispetto alle italiane;
- 2) un'età media inferiore delle partorienti straniere rispetto alle italiane;
- 3) un numero maggiore di donne coniugate tra la popolazione straniera (77%) rispetto alla italiana (63%);
- 4) una situazione lavorativa precaria delle straniere che, quando risultano essere lavoratrici, partoriscono 3 volte di meno rispetto alle italiane.

Nello specifico dell'assistenza sanitaria:

- 5) le straniere utilizzano in media 2 volte di più i servizi pubblici, come consultori ed ambulatori ospedalieri (63%) rispetto alle italiane (26%);
- 6) nelle donne straniere si assiste ad un maggior numero di gravidanze con pochi controlli (meno di 4 visite): 10,4% nelle straniere rispetto a 7,3% nelle italiane;
- 7) la prima visita viene effettuata oltre le 12 settimane di gestazione dall'11,3% delle straniere contro il 7,8% delle ravennati.

Il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) varia in Italia a seconda dell'età della donna, dello stato civile, ma soprattutto della cittadinanza.

In controtendenza rispetto al dato nazionale che evidenzia un più frequente ricordo all'IGV delle donne straniere, nell'Azienda Usl di Ravenna nel 2006 sono state praticate 1.135 Interruzioni Volontarie di Gravidanza, di cui 733 (65%) da donne italiane (più della metà in età compresa tra 28 e 37 anni), ed il 35% (402 IVG) da donne immigrate (più della metà delle donne in età compresa tra i 23 ed i 32 anni).

Per quel che riguarda le italiane, si passa da 750 IVG nel 1994 a 733 nel 2006 (da 97% del totale nel 1997 al 65% nel 2006), mentre nell'anno 2006 si osserva un'inversione di tendenza per quel che riguarda le straniere: le IVG da loro effettuate rappresentano il 35% delle IVG totali (contro il 3% dell'anno 1997).

Se le donne straniere sono ricoverate rispetto alle italiane soprattutto per motivi ostetrici (come aborto, parti e complicanze e problematiche perinatali), gli uomini stranieri rispetto ai medesimi italiani vengono ricoverati soprattutto per malattie dell'apparato respiratorio, condizioni morbose perinatali e malattie infettive.

Per quanto riguarda infine il Pronto Soccorso su 100 accessi 13 sono di stranieri, per lo più di genere maschile.

Complessivamente nel corso del tempo sono aumentati sia gli accessi degli stranieri al Pronto Soccorso (dal 2002 incremento del 24% per gli stranieri e 8,5% per gli italiani) sia il numero di ricoveri, coerentemente con la storia della migrazione locale, che ha visto in provincia di Ravenna un cospicuo aumento soprattutto della popolazione africana ed est europea¹⁰⁰.

Una descrizione delle differenti malattie a cui sono soggetti gli stranieri rispetto agli italiani si può osservare nella tabella dei rapporti dei tassi specifici di ricovero per stranieri e italiani. (*Allegato statistico 1.5.2.10*)

Le famiglie

3.5 Le famiglie

Un mondo “fluido”

La prima “transizione” che le nostre comunità stanno registrando riguarda l’evoluzione dinamica della composizione delle famiglie e del loro ruolo sociale.

E’ cambiata velocemente la struttura delle famiglie, ma persiste il loro ruolo di “istituzione sociale”: le famiglie sono una risorsa facilmente disponibile, un vero “capitale sociale” a disposizione dei singoli e delle collettività. Al di là di ogni connotazione positiva o negativa, che ne vantano o sminuiscono il valore sociale, la famiglia, in tutte le sue forme, resiste come forma di organizzazione sociale. Sono modificati i modi con cui si forma, le regole che governano l’organizzazione domestica, i rapporti di forza nelle coppie, come pure i rapporti tra genitori e figli e tra componenti più anziani e più giovani.

I mutamenti intervenuti nei sistemi di formazione e nel funzionamento delle famiglie negli ultimi trent’anni in Emilia-Romagna sono stati più veloci e incisivi che altrove impegnando i servizi e le istituzioni pubbliche in risposte a nuovi bisogni e a crescente domanda sociale di servizi.

Il Censis e l’ISTAT, nelle loro letture ricorrenti sul tema della evoluzione delle dinamiche demografiche¹⁰¹, ci ricordano come ci troviamo di fronte ad un soggetto fortemente cambiato, piccolo (2,6 componenti con una media di 1,3 figli per donna), fatto di tante unità sparse e diverse tra loro (in Italia sono più di 23.600.000 le famiglie), modernizzato nei consumi e nell’uso del tempo libero, senza figure patriarcali né matriarcali solide.

Da un punto di vista strutturale, la convivenza familiare ha subito nel corso degli ultimi 20 anni una serie di contraccolpi consistenti, che ne hanno modificato l’impalcatura unitaria tipica del passato. Sono molto più lenti i tempi di formazione e di crescita della famiglia, in quanto ci si sposa sempre più tardi (l’età media al primo matrimonio è di 32,2 anni per i maschi e di 29,5 per le femmine) e si rimanda la procreazione ad età sempre più avanzate. I nuclei di convivenza sono solo nel 41% dei casi costituiti da una coppia con figli. Le coppie senza figli sono il 21%. Gli individui soli rappresentano il 26% delle famiglie. Le famiglie con un solo genitore e figli sono arrivate al 8,7% del totale.

Persistono fattori di condizionamento e di disagio nel formare e far crescere la famiglia; fattori che, nel determinare le scelte riproduttive degli italiani, interagiscono con gli stili di vita e i nuovi atteggiamenti culturali che vanno affermandosi.

Studi recenti dimostrano anche come nell’ultimo decennio la fecondità è aumentata dove sono maggiori le opportunità occupazionali (le donne con istruzione e reddito più bassi sono quelle che oggi lavorano meno e fanno meno figli) e più diffusi gli strumenti di conciliazione (strutture di sostegno alla maternità, condivisione tra uomini e donne delle responsabilità di cura).

Inoltre, tutto questo avviene sullo sfondo della importante e rapida trasformazione della nostra società determinata dalla presenza straniera: sono infatti ormai circa 60mila le nascite registrate in Italia da genitori stranieri, a testimonianza del consolidamento di una nuova realtà la cui

incidenza negli ultimi quindici anni è passata da poco più dell'1% del totale dei nati a oltre il 10% e che si contraddistingue per una spiccata localizzazione in alcune regioni del Centro-Nord, dove tale percentuale raggiunge valori anche al di sopra del 20% (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Umbria e Marche).

La tradizionale famiglia mononucleare con la eventuale aggiunta di parenti, si è frantumata in tante sottospecie diverse, con problemi differenti a seconda della composizione e delle condizioni sociali ed economiche. Così ad esempio le famiglie dove la moglie-madre non lavora fuori casa presentano una struttura di rapporti interpersonali e intergenerazionali più centripeta, mentre le famiglie dove tutti gli adulti lavorano all'esterno hanno sviluppato una relazionalità più aperta e centrifuga.

Spesso, inoltre, le generazioni percepiscono una reciproca distanza, e tendono a vivere vite separate dal punto di vista dei luoghi di ritrovo, dell'uso del tempo libero e dei consumi. La "dimensione esterna" alla vita familiare sembra prevalere nella maggior parte dei casi nella formazione psicologica, oltre che in quella scolastica e professionale, sulla dimensione interna.

Sempre di più, sempre più piccole e... fragili

Tra il 2003 e il 2007 il numero di famiglie in provincia di Ravenna è passato da 153.542 a 167.511, mentre il numero dei componenti è sceso da 2,33 a 2,25. Questa tendenza è dovuta al declino della proporzione di famiglie numerose (-8,48% dal 2004 al 2007 è la diminuzione delle famiglie con oltre gli 8 componenti) e al contemporaneo aumento delle famiglie monopersonali (+5,29% medio annuo dal 2004 al 2007) e delle coppie senza figli. Le famiglie costituite da coniugi con figli negli anni sono diminuite - anche se sono ancora la maggioranza con il 47,2% - perdendo lo status di "famiglia tipo". Si è diffuso invece un modello inedito fino a due decenni addietro: le famiglie con un solo genitore.

	2003	2004	2005	2006	2007
Numero di famiglie	153.542	156.917	160.252	163.405	167.511

Numero di famiglie in provincia di Ravenna dal 2003 al 2007.

(Allegato statistico 1.3.3.8)

	2003	2004	2005	2006	2007
Numero medio di componenti	2,33	2,31	2,29	2,26	2,25

Numero medio dei componenti in provincia di Ravenna dal 2003 al 2007.

(Allegato statistico 1.3.3.9)

Famiglie per numero di componenti in provincia di Ravenna dal 2004 al 2007.

	Numero dei componenti in famiglia								
	1	2	3	4	5	6	7	8	oltre gli 8
2004	48.241	47.481	34.492	20.069	4.710	1.328	351	132	114
2005	50.650	48.828	34.882	20.587	4.880	1.399	358	161	125
2006	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
2007	55.894	50.393	34.177	20.264	4.859	1.336	378	125	85
aumento medio annuo	5,29%	2,04%	-0,30%	0,32%	1,05%	0,20%	2,56%	-1,77%	-8,48%

(Allegato statistico 1.3.3.10)

Le famiglie numerose fanno dunque parte dei racconti dei nonni, ma anche la famiglia con due o tre figli è diventata una specie di rarità (se escludiamo le famiglie immigrate).

Dal 1973, inizia il processo di riduzione della nuzialità (che passa dal 3,76 del 1999 a 3,5 del 2005 - valore minimo rispetto agli altri valori italiani), accompagnata dal declino della fecondità (anche se dal 2005 al 2007 ha avuto un leggero recupero ed è passato da 1,280 a 1,426).

Per quanto riguarda l'età media alle nozze, a partire dagli anni '80, si registra una tendenza alla posticipazione, in linea con la tendenza nazionale ma con valori superiori: tra il 1981 e il 2005 passa da 24 a 30,8 per le donne e da 27,2 a 33,6 per gli uomini.

Crolla la nuzialità a 16-17 anni e cala il tasso generale di nuzialità: il matrimonio diventa un evento raro e tardivo. Cresce l'instabilità matrimoniale: la percentuale di separazioni e divorzi rispetto al numero di coppie coniugate è del 42% nel 2005¹⁰².

Nel 2005 il 70,5% delle separazioni e il 60,7% dei divorzi ha riguardato coppie coniugate con figli.

Per quanto non siano pochi i casi di divorziati e divorziate che anche dopo la fine ufficiale del matrimonio continuano a vivere in condizione di single, con i figli o con i genitori (più maschi che femmine), l'aumento dei divorzi ha portato all'incremento delle famiglie ricostituite, ossia di quelle famiglie in cui almeno uno dei due coniugi è al secondo matrimonio.

Aumentano le famiglie immigrate grazie ai ricongiungimenti familiari e delle regolarizzazioni. Le donne immigrate hanno raggiunto il 7% sul totale; quelle in età fertile sono raddoppiate negli ultimi 5 anni; sono il 22% i nuovi nati da donne straniere, 40% l'aumento degli iscritti nell'ultimo anno alla scuola per l'infanzia. L'incidenza percentuale media degli stranieri sulla popolazione totale, come si è visto precedentemente, raggiunge l'8,2% con punte che superano in alcuni comuni il 10%.

Le donne: il perno forte di legami deboli

Nonostante la separazione dei vissuti tra generazioni, la famiglia, comunque organizzata e composta, costituisce nella maggior parte dei casi un ambito relazionale nel quale cercare riparo e compensazione rispetto ai problemi della vita lavorativa e sociale esterna.

La donna-madre diventa sempre più soggetto centrale, investito di compiti e responsabilità ampi, non solo e non tanto di natura organizzativa, quanto di tipo relazionale e decisionale, che si vanno spesso a sommare al peso del lavoro esterno (il lavoro di cura resta impegno prevalente della donna anche quando lavora fuori casa: "la donna con un lavoro retribuito non lavora diversamente, lavora di più"¹⁰³).

In una situazione di questo tipo, separazioni e divorzi costituiscono eventi traumatici, che pongono fine a convivenze conflittuali e dolorose dal punto di vista relazionale, aprendo però al tempo stesso la strada a nuove relazioni familiari grazie alla ricomposizione, dopo il divorzio, di nuove famiglie, nuovamente incentrate sull'affetto e sulle relazioni.

In altri termini la famiglia è secondo le ricerche ancora oggi la più importante agenzia di collocamento, redistribuzione del reddito e flessibilità occupazionale e produttiva.

Un ulteriore importante elemento di continuità nella storia delle famiglie italiane è dato dalla tenuta dalle funzioni di tutela e protezione nei confronti dei soggetti più deboli.

Il concetto di “famiglia lunga” è stato coniato per descrivere la situazione della ritardata uscita dalla famiglia dei giovani italiani. Il 93,2% dei giovani tra 15 e 24 anni, il 45,2% delle persone tra 25 e 34 ed il 12,9% di quelle tra 35 e 44 anni in Italia vivono all'interno della propria famiglia di origine. Oltre alla convivenza sotto lo stesso tetto, sono caratteristiche della famiglia italiana altre forme di sostegno ed accompagnamento dei giovani da parte dei genitori e degli altri parenti durante gli studi, nel passaggio alla vita lavorativa e nel primo periodo di lavoro.

La famiglia è dunque considerata una vera “agenzia” con funzioni di tutela e protezione nei confronti dei soggetti più deboli (3 su 4 assistiti a casa, specie da donne), dei figli piccoli (oltre 60% dei nonni aiutano economicamente o assistono i nipoti (35%) o aiutano in casa) e verso i più grandi che si rendono autonomi sempre più tardi (quasi 1 su 2 resta fino oltre i 30 anni contro 1 su 6 in altri paesi europei).

La famiglia-tipo appare preoccupata di fare le scelte giuste nell'educazione dei figli (“famiglia lunga”), di conciliare tempi di vita e lavoro (madre lavoratrice) e della sostenibilità economica dei suoi membri (accesso al lavoro, reperimento dell'abitazione...). Su di esse si concentrano le funzioni più importanti di sviluppo (crescita economica, maturazione culturale ed affettiva...) e di cura e assistenza (solidarietà intergenerazionale, sostegno e cura dei membri più deboli...). Rappresenta dunque una vera “risorsa”, ma è anche sottoposta a forti tensioni economico-sociali e ad alti carichi assistenziali ed educative.

Nuove e vecchie povertà

Molte famiglie stanno vivendo una duplice condizione. Da una parte, soffrono di una condizione di persistenza di disagi estremi e allo stesso tempo si diffondono forme di disagio diffuso: vecchie povertà, situazione di debolezza delle reti di relazione, forte senso di insicurezza e vero e proprio “allarmismo sociale”, disuguaglianze socioeconomiche, disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi sociosanitari. Siamo in presenza di bisogni tradizionali ed altri emergenti quali: l'integrazione al reddito, l'alloggio, lo svantaggio nell'ambiente lavorativo (perdita e ricerca lavoro di fasce deboli e vulnerabili), le sofferenze personali e sociali dovute alle condizioni di emarginazione o di rischio di impoverimento¹⁰⁴.

Le popolazioni “ai margini”, per condizioni di reddito, capacità di utilizzo del proprio reddito, condizione sanitaria, social network, capacità di fronteggiare le situazioni di crisi sono:

- i “poveri storici”: senza dimora, ex carcerati, gravi emarginazioni, minori non accompagnati;
- i “nuovi poveri”: zona grigia tra integrazione ed esclusione, in particolare famiglie monoreddito e monogenitoriali con figli, senza reti parentali, adulti vulnerabili, famiglie immigrate.

Le ricerche comparative hanno messo in evidenza come la povertà in Italia sia un fenomeno che riguarda soprattutto le famiglie con figli, meno le persone sole e le coppie senza figli, e meno di altrove è legata alla disoccupazione dell'adulto di riferimento. In una quota consistente di famiglie in situazione di povertà economica infatti, la persona di riferimento è occupata: a provocare la povertà sembrano essere l'assenza di un reddito di lavoro coniugata a uno squilibrio tra le risorse disponibili e il numero di consumatori familiari. Il che non è necessariamente dovuto

al maggior numero di figli, ma al più ristretto numero di lavoratori, conseguente al permanere dei figli in famiglia o al basso tasso di occupazione delle donne sposate con figli.

A parità di reddito, infatti, poter contare su un'abitazione di proprietà e sui risparmi fa la differenza, sia rispetto alla capacità di fronteggiare le spese, sia rispetto al senso di sicurezza verso il futuro.

Quando la casa diventa un problema

La stragrande maggioranza delle famiglie abita in case di proprietà (84% in provincia di Ravenna; l'80% mediamente in Italia). Nella provincia di Ravenna le abitazioni occupate sono oltre 130.000, di cui quelle date in affitto sono oltre 20.000 (comprendenti gli oltre 4.400 alloggi di edilizia popolare ACER) pari al 16%. L'incremento delle abitazioni nella provincia di Ravenna è superiore all'aumento del numero di famiglie. E' altresì in aumento il ricorso alla casa in proprietà (con un corrispondente aumento del ricorso al credito per l'acquisto: erano 26 milioni di euro movimentati nel 1997; nel 2003 erano già 130 milioni), ma questo non ha coperto le esigenze delle fasce deboli di popolazione che non riesce ad accedere al bene-casa. E' infatti aumentata la pressione della domanda di casa in locazione (anche per diverse esigenze: studenti, lavoratori stagionali, famiglie indigenti, famiglie che non riescono ad accedere al credito...).

Si stima, poi, che il 75% delle famiglie in affitto (4,3 milioni di famiglie in Italia) abbia redditi inferiori ai 20.000 euro annui trovandosi a sopportare un canone di locazione che incide per il 50% del reddito. Spesso sono famiglie di giovani coppie, anziani, immigrati. Nella provincia di Ravenna il dato non è sovrapponibile stante le condizioni di reddito e occupazione migliori rispetto ad altri territori nazionali, ma il problema sussiste per una quota di popolazione vuoi per la presenza di nuova immigrazione portatrice di nuovi bisogni abitativi, vuoi per la dinamica dei canoni di locazione, costantemente in rialzo, che rende di difficile soluzione il problema dell'accesso al bene-casa.

Discorso a parte invece per la qualità delle case: il sovraffollamento, le cattive condizioni igieniche, la pericolosità degli ambienti, la presenza di barriere architettoniche costituiscono fattori di rischio che sono particolarmente incidenti nelle situazioni di alta vulnerabilità sociale e sanitaria.

Famiglia e lavoro instabile

Il mercato del lavoro in Emilia-Romagna mostra un aumento più che proporzionale del numero degli occupati atipici¹⁰⁵ dovuto soprattutto alla crescita del peso del lavoro part-time a tempo indeterminato. Nelle modalità di uscita dall'inattività, i dati indicano come il ricorso al lavoro atipico coinvolga il 70-80% delle persone.

Nel 2006 gli occupati atipici in Emilia-Romagna risultano essere quasi il 21% degli occupati complessivamente intesi. Grazie alla rilevazione continua delle forze lavoro è poi possibile stimare la 'composizione' percentuale degli atipici per contratto: il 33% risulta essere subordinato a tempo determinato, il 45% part-time, il 10% risultano autonomi, il 2% interinali/somministrazione, l'8% co.co.co/co.pro e, infine, il 2% occasionale. Rispetto ai caratteri che assume il lavoro atipico e, soprattutto-

to, all'oscillazione fra flessibilità e precarietà, la principale risorsa a cui ricorrono i lavoratori flessibili per bilanciare l'instabilità degli impieghi atipici è la stabilità dei rapporti familiari. In mancanza di un adeguato sistema di ammortizzatori sociali a livello nazionale in grado di tutelare i lavoratori flessibili dal rischio di sottoccupazione e disoccupazione, infatti, è la famiglia nella maggior parte dei casi ad addossarsi i costi dell'instabilità (quando può farlo), supportando i propri membri con risorse di natura economica e sociale. Così, paradossalmente, mentre le retoriche prevalenti valutano le opportunità di successo nel mercato del lavoro sulla base delle strategie dei singoli individui, è alle risorse della propria famiglia che molti lavoratori, soprattutto le nuove generazioni, si affidano per fronteggiare i rischi dell'instabilità¹⁰⁶.

La famiglia: rifugio o prigione?

La vulnerabilità accompagna molte famiglie. E' anzi una condizione diffusa: va quindi concepita come parte integrante della vita di molti, più che un incidente di percorso o un'eccezione delle biografie di "pochi sfortunati" come sosteniamo in un'altra parte di questo scritto. Alcune risultano particolarmente deprivate. Le condizioni di deprivazione sociale e culturale associata a malattie, dipendenze patologiche sono presenti infatti in tutte le zone con proporzioni sostanzialmente sovrapponibili.

La provincia di Ravenna conta 3.800 nuclei seguiti dai servizi sociali (oltre 4.800 minori, il 9% sul totale dei minori residenti); oltre 1.600 minori (1 su 3) sono in carico per gravi conflittualità, problemi relazionali e socio-sanitari, di questi il 36% sono stranieri¹⁰⁷. I servizi sociosanitari trattano problemi che riguardano la violenza intrafamiliare, gli abusi e i maltrattamenti su minori, la violenza sulle donne. La violenza e la conflittualità costituiscono importanti fattori di rischio per la salute e per lo sviluppo dei bambini e degli adolescenti: interferisce e condiziona la percezione di sé, la fiducia in sé e nelle dinamiche dei rapporti familiari. L'esigenza di un concreto aiuto alla genitorialità per genitori, bambini e adolescenti insieme agli interventi di contrasto all'esclusione sociale sono obiettivo di lavoro dei centri per le famiglie, dei consultori familiari dei servizi educativi e scolastici; uno strumento di aiuto alla famiglia è rappresentato anche dal ricorso all'affido eterofamiliare (86 minori coinvolti nel 2007) o a strutture protette. Sono altresì oltre 200 le famiglie coinvolte in progetti di sostegno alla genitorialità (attraverso i centri per le famiglie). Più di 2.000 quelle coinvolte in azioni e progetti di comunità.

Spesso queste famiglie devono sopportare alti carichi di malattia e vulnerabilità sociale dei propri membri e alti carichi assistenziali per la presenza di malattie e non autosufficienza. Sono famiglie sollecitate da fattori critici di salute che le indeboliscono sia sul piano sociale (esclusione, emarginazione sociale, perdita di identità e senso) che sanitario (stress, fatica fisica, incuria del *care giver* verso il proprio stato di salute): si pensi all'alto numero di persone non autosufficienti presenti nelle famiglie (adulti disabili, anziani) o con problemi sociali e sanitari rilevanti dal punto di vista dei carichi assistenziali (tossicodipendenti, persone con malattie croniche, malattie mentali).

I disabili adulti in carico ai servizi sociosanitari sono oltre 1.400; le persone con problemi di salute mentale in carico ai servizi di Salute Mentale sono oltre 4.600; gli anziani assistiti al domicilio con varie forme di soste-

gno e in strutture protette in carico ai servizi sociosanitari degli EE.LL. e della Asl sono oltre 9.700 (di cui 1.290 in carico alla Salute Mentale); le persone con problemi di dipendenza patologica e di alcolismo in carico ai Sert superano le 1.500 unità.

Concludendo le condizioni di salute e benessere di...

Nella provincia di Ravenna si registrano i tassi di mortalità (per tutte le cause) più bassi rispetto alla media regionale, così come sono diffusi e incidenti i fattori protettivi: copertura vaccinale “di gregge”, allattamento al seno prevalente, presenza di diagnosi precoci neonatali, riabilitazione precoce, adesioni alte agli screening per prevenzione tumori; alta protezione sociale ed educativa; sono diffuse le capacità di analisi precoce di eventi sentinella di problemi sociali e sanitari, in particolare da parte di istituzioni educative prescolastiche.

Certo è che si riscontrano anche problemi sanitari e sociali, alcuni conosciuti e trattati, altri emergenti o “sommersi”.

...bambini

Dal punto di vista della sanità pubblica, si riscontra un passaggio da criticità sanitarie legate alla salmonella, o ai disturbi gastroenterici dei decenni passati a quelle legate all’asma e alle allergie che caratterizzano l’ultimo decennio. Le vaccinazioni multiple hanno poi prodotto cambiamenti epidemiologici consistenti (malattie emofile molto limitate; epatite B, epatocalcinoma al fegato in forte calo; calo di polmoniti e meningiti batteriche) e una protezione benefica sul singolo e sulla comunità (copertura di “gregge”). Si mantengono costanti anche casi di malattie croniche gravi e gravissime e si registra l’emergere di nuovi casi (es: 200 casi anno di celiachia) dovuta, in genere, a maggiore attenzione ai sintomi da parte dei curanti. Sono in carico ai servizi di pediatria di comunità oltre 8.000 bambini e ragazzi, di cui oltre 6.600 immigrati (82%) con interventi di profilassi e con interventi di base negli spazi consultoriali per problemi dermatologici, ritardi nella crescita, carie, cardiopatie, ecc. I ricoveri ospedalieri per tumori, cardiopatie, malattie respiratorie, traumatismi hanno interessato oltre 3.700 bambini e ragazzi (il 9% della popolazione 0-14 anni).

I servizi sanitari e sociosanitari seguono, inoltre, il 6% dei minori con interventi specialistici (3.500 bambini e adolescenti, di cui 10% in integrazione con i Servizi Sociali) con diagnosi prevalenti riferite a¹⁰⁸:

- disturbi del linguaggio,
- disturbi della condotta e altri sfera emozionale,
- disturbi evolutivi delle abilità scolastiche,
- ritardi mentali.

Sono oltre un migliaio i minori disabili seguiti con programmi di sostegno scolastico.

Presente anche il problema dell’obesità e del sovrappeso, anche se con valori sovrapponibili a quelli regionali.

...adolescenti e giovani

Adolescenti e giovani sono in genere in buona salute e possono contare su buoni fattori di protezione, ma si stima che la metà lamenti una condizio-

ne di disagio fisico ed emotivo e almeno il 7% un malessere conclamato. Spesso hanno stili di vita a rischio: iniziano a fumare tabacco e a sperimentare l'uso di stupefacenti con esordi precoci; nella maggior parte di essi si riscontra una scarsa percezione del rischio legato all'uso di alcolici quando si guida; quasi un terzo sottovaluta il rischio legato all'eccesso di velocità; hanno esperienze sessuali precoci e non protette sia ai fini contraccettivi che di protezione da malattie sessualmente trasmesse. E' inoltre l'età dell'esordio di disturbi e malattie mentali (depressione, disturbi d'ansia e di personalità, disturbi d'adattamento, disturbi del comportamento alimentare...) e di forme di dipendenza patologica. I ragazzi trattati per disturbi psicopatologici in provincia di Ravenna sono stati 180 nel corso del 2007; duecento ragazzi e giovani sono stati in carico nel quadriennio 2004-2007 per problemi del disturbo alimentare (anoressia e bulimia). I ragazzi e giovani con dipendenza da droghe e con abuso di alcool sono il 7% dell'intera utenza (126 tra ragazzi e giovani adulti) in carico ai Servizi per le dipendenze patologiche nel corso del 2007. Sono state oltre 800 le ragazze, inoltre, che si sono rivolte ai consultori per giovani per problemi di contraccezione o IVG (5%), spesso straniere di nuova immigrazione; oltre 180 di questi hanno richiesto l'aiuto di uno psicologo per problemi relazionali con adulti o coetanei. Abbandoni scolastici (6% dell'intera popolazione studentesca nella fascia d'età più a rischio - tra i 14 e i 17 anni - a fronte di un dato nazionale si stima intorno al 20-22%), forme di violenza e bullismo (e di "bullismo assistito" ancora più preoccupante se pensiamo all'alta percentuale di ragazzi che assistono a forme di violenza e rimangono insensibili e indifferenti all'evento) sono altrettanti segnali di disagio e sofferenza.

...donne

Tassi di mortalità e morbosità dimostrano una migliore condizione di salute per le donne nella provincia di Ravenna. Così come la speranza di vita alla nascita segna valori più alti rispetto alla media regionale, nazionale oltre che rispetto ai maschi (84,6 anni rispetto agli 80,5 dei maschi).

Anche l'esposizione ad alcuni fattori di rischio comportamentali (fumo, alcool, guida insicura...) risulta essere più favorevole per le donne, come pure l'incidenza degli infortuni sul lavoro.

Differenze di genere si manifestano invece in maniera sfavorevole per le donne nelle malattie e nel disagio sociale e psicologico, lungo tutto l'arco della vita. Nell'adolescenza i tassi relativi dei disturbi d'ansia e depressivi sono maggiori nelle ragazze; nei disturbi alimentari (anoressia e bulimia) le femmine rappresentano il 95% dei soggetti ammalati. Nella fascia d'età 15-44 le donne soffrono di depressione di più e in modo più costante e persistente degli uomini, tanto che la depressione costituisce per loro la principale causa di disabilità. Nell'età adulta è critica la situazione di difficoltà della donna-madre dovuta agli alti carichi assistenziali e lavorativi legati alla maternità e al lavoro in famiglia: risultano particolarmente colpite le donne della "generazione di mezzo" che sommano ai compiti educativi verso i loro figli, quelli assistenziali verso i membri più anziani (effetto sandwich).

Nella vecchiaia le donne sono significativamente più colpite, rispetto agli uomini, dai principali problemi di salute mentale tipici dell'età avanzata: depressione, sindromi organiche e demenze e dalle conseguenze di incidenti domestici (es. frattura di femore a seguito di caduta accidentale).

L'esposizione, inoltre, a eventi drammatici aumentano esponenzialmente il rischio di sviluppare forme di disagio mentale: tra le altre citiamo solo la violenza fisica e sessuale verso le donne e la violenza in famiglia verso le donne e verso i figli.

...anziani

Siamo in presenza di un progressivo e fino ad oggi inarrestato incremento della durata della vita media, sia nell'intera popolazione sia nei gruppi ad alto rischio di morte precoce, con un conseguente aumento nella speranza di vita media attesa della popolazione.

Tale fenomeno si associa alla prolungata "convivenza" del malato con la sua malattia, nonché all'aumento progressivo del numero totale di soggetti contemporaneamente trattati per patologie croniche che aumentano ad un ritmo superiore al trend di invecchiamento e dunque in considerazione anche di peggiori stili di vita. Ne consegue la rapidissima trasformazione della configurazione anagrafico-epidemiologica dell'intera popolazione che, oltre a richiedere di rimodellare numerosi aspetti e regole della vita sociale, comporta inevitabili ripercussioni, di natura professionale, organizzativa ed economica, sui servizi sanitari e sociosanitari.

Abbiamo registrato alti livelli di fragilità i "fattori predittivi" di tipo sanitario e psico-sociale fanno emergere una situazione che interessa almeno il 13% della popolazione <65enne nella provincia di Ravenna (circa 12.000 persone) di cui una parte ha accesso ai servizi sociosanitari (circa 8.400 persone, escludendo i casi seguiti dalla Salute Mentale) e una parte necessita di interventi ripetuti e individualizzati perché ad alto rischio di fragilità e non è ancora stata intercettata dai servizi (circa 650 persone, pari al 5% della popolazione individuata come "fragile")¹⁰⁹.

Così pure siamo in presenza di patologie croniche diffuse e polipatologie particolarmente incidenti sulla popolazione anziana (il carico di malattia dovute alle malattie croniche si stima raggiunga oltre il 75% delle cause totali di malattia e sono responsabili di oltre l'85% dei decessi¹¹⁰) e a perdita funzionale che caratterizza per un lungo periodo la vita degli anziani e di tutte le popolazioni più fragili e deboli (disabili, persone con problemi di salute mentale) e che assorbe la maggior parte delle risorse sanitarie e sociosanitarie disponibili. A dimostrazione di questa situazione appena descritta si vedano gli alti tassi di ricovero che interessano la popolazione anziana (a Ravenna, come in Emilia-Romagna e in tutta Italia) e l'alto tasso di anziani presi in carico con interventi domiciliari e residenziali sia di tipo sociale, che sociosanitario, che sanitario (infermieristico e medico) sia dalla rete di servizi formale che informale.



Il benessere (“esistere bene”) è uno stato che coinvolge tutti gli aspetti dell’essere umano appartenente ad una comunità. L’accezione antica che faceva coincidere il benessere con la salute legata ad una condizione di assenza di patologie, ha assunto, nel tempo un’accezione più ampia, arrivando a coinvolgere tutti gli aspetti dell’individuo (fisico, emotivo, mentale, sociale e spirituale), fino a comprendere il concetto di benessere di una “comunità”: soggetto inserito in un ambiente sociale favorevole, di elevata qualità, dotato di servizi e strutture¹¹¹, molto differente da quello individuale, che fa coincidere il benessere al possesso di “beni” (meglio descritto dalla parola “ben-avere”¹¹²). Anche nel rapporto della Commissione Salute dell’Osservatorio Europeo su sistemi e politiche per la salute, è stata proposta una definizione di benessere come “lo stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale di ben-essere che consente alle persone di raggiungere e mantenere il loro potenziale personale nella società”¹¹³.

Risorse e opportunità

Dal quadro che emerge nella provincia di Ravenna, si osserva una sostanziale coscienza di benessere della comunità provinciale ed una buona percezione del proprio stato di salute, riscontrabile inoltre anche dall’alta speranza di vita (sopra la media regionale e nazionale) e da minori tassi di morbosità e mortalità. È visibile inoltre una lunga tradizione di valori e risorse legate alla cultura della generosità, della solidarietà, dell’accoglienza e del rispetto, come punti di forza della comunità (anche se in calo negli ultimi anni). L’indice di deprivazione fotografa sinteticamente questa situazione: la provincia di Ravenna è collocata nella posizione migliore rispetto alle altre province della regione Emilia-Romagna, con un basso indice di deprivazione e un più alto indice di “ricchezza territoriale”, come testimonia anche la percezione dei cittadini (Box 1 e Box 2). Il sistema di coesione sociale a Ravenna, seppur indebolito negli ultimi tempi, ha antiche radici storiche e sono ancora forti i valori della solidarietà sociale, dell’accoglienza, della responsabilità collettiva, che si concretizzano in un’ampia e attiva rete di associazioni di volontariato, un’abitudine alla partecipazione e una diffusa attenzione alla tutela del territorio da parte della cittadinanza e della pubblica amministrazione (Box 3).



BOX 1 - SALUTE E STILI DI VITA

Riferimento a 1.4 "Cosa ne pensano i cittadini"

68% afferma che la qualità di vita ha un voto pari a 7 (da 1 a 10);

88,4% si percepisce in buona salute;

70% dichiara di essersi interrogato su come prevenire i problemi di salute;

54,4% dichiara come causa di malattia gli stili di vita scorretti;

2/3 del campione giudicano i servizi sociali nel comune sufficienti e per il 67% la loro qualità è medio alta o alta;

83% fa esami sanitari a scopo preventivo;

71% circa fa attività fisica moderata o impegnativa;

79% non fuma;

60,7% è iscritto ad almeno una associazione, ma soprattutto di stampo sindacale;

24,9% (1/4) svolge attività di volontariato;

31,7% dichiara di donare il sangue;

Il capitale sociale è maggiore da 55 anni in su e cresce al crescere del titolo di studio.

Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari - ISTAT Anno 2005

Il 61,3% delle persone di 14 anni e più ha riferito di stare "bene" o "molto bene";

sono le persone di status sociale basso a presentare peggiori condizioni di salute;

si stima che i fumatori siano il 21,7% della popolazione di 14 anni e più;

crece negli ultimi anni la quota di quanti smettono di fumare: il 21,6% della popolazione di 14 anni e più è ex fumatore.



BOX 2 - LE RISORSE DELLA COMUNITA'

Riferimento a 1.4 "Cosa ne pensano alcuni testimoni significativi"

Punti di forza del territorio percepiti da attori significativi:

cultura della generosità, della solidarietà, dell'accoglienza e del rispetto;

economia ricca, dinamica e variegata, con bassissimi livelli di disoccupazione;

volontariato e associazionismo molto diffusi e attivi;

cultura del lavoro di rete.

Opportunità:

valorizzare e tutelare gli anziani (coinvolgere i più attivi, sostenere i più fragili...);

investire risorse sui giovani, in termini di coinvolgimento, formazione, sostegno all'imprenditorialità e all'autonomia, conoscenza del territorio e delle sue tradizioni;

investire sulla scuola e su tutte le altre forme di formazione e diffusione culturale, per promuovere integrazione, tolleranza, capacità di leggere il presente e progettare il futuro;

favorire la collaborazione, la concertazione, le occasioni di incontro e confronto tra il settore pubblico, il privato, il terzo settore e i cittadini, per sviluppare il lavoro di rete e la co-gestione dei servizi e delle risorse;

valorizzare il capitale umano, le risorse umane e i valori culturali di riferimento (generosità, disponibilità, solidarietà, competenze...);

valorizzare associazionismo e volontariato e tutte le forme di partecipazione, scambio e ascolto tra e con i cittadini, in particolare favorire la presa in carico dei diversi problemi da parte dell'intera comunità ("comunità educanti" e "comunità responsabili").



BOX 3 - ASSOCIAZIONISMO E VOLONTARIATO

«La Regione Emilia-Romagna riconosce il valore sociale e civile e il ruolo nella società del volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo e, nel rispetto della sua autonomia, ne sostiene e favorisce l'apporto originale per il conseguimento delle più ampie finalità di carattere sociale, civile e culturale». Articolo 1 legge regionale n. 12 del 21 febbraio 2005.

Terzo settore che comprende non solo le organizzazioni iscritte a registri, ma anche altri gruppi, associazioni di promozione sociale, cooperative sociali e fondazioni. Soggetti che, facendo propri i criteri del "non profit" (assenza di finalità di lucro) svolgono attività di varia natura attraverso forme di "partecipazione sociale".

Ambiti in cui il volontariato svolge inoltre un ruolo importante sono la donazione di sangue, l'assistenza domiciliare, le ambulanze per gli interventi di emergenza-urgenza coordinate dal 118.

Le associazioni di volontariato contavano nel dicembre 2004 in provincia di Ravenna 60.000 iscritti, dei quali 16.000 sono volontari attivi.

Dalla ricerca del comune emerge che il volontariato si interessa soprattutto di attività socio assistenziali e sanitarie e solo in modo marginale del settore culturale o educativo (principale ambito di interesse invece delle associazioni). Le principali tipologie di azioni messe in atto dal 3° settore sono relative ad attività ricreative e culturali (82,5%), di formazione-informazione e sensibilizzazione (41%) e di assistenza e promozione e partecipazione (rispettivamente 25% e 24%).

N° associazioni x 10.000 residenti. Anno 2007	Organizzazioni volontariato iscritte al registro regionale	Cooperative sociali	Associazioni di promozione sociale	Totale terzo settore
Forlì-Cesena	8,1	2,3	3,9	14,2
Ravenna	7,0	1,6	4,1	12,7
Rimini	6,3	2,8	2,5	11,7
Emilia-Romagna	6,5	1,7	4,9	13,1

Sia le associazioni sia il volontariato esprimono una difficoltà nel reperire nuovi soggetti per varie motivazioni che vanno dalla mancanza di tempo alla scarsa motivazione o conoscenza del settore fino ai valori individualistici attuali. Si assiste ad una contrazione delle attività in cui i nuovi entrati non riescono a rimpiazzare coloro che abbandonano. Più che declinare, la solidarietà pare monetizzarsi: i nuovi stili e ritmi di vita consumistici e frenetici lasciano poco spazio al sistema di relazioni, in particolare delle relazioni di aiuto. La moneta diventa allora un surrogato dell'impegno e il pagamento una scorciatoia per la pace interiore.

I segnali di criticità

Di fianco a questi punti di forza, si riscontrano però anche nuove problematiche, legate a trasformazioni epocali quali:

- l'allungamento della vita (che comporta come conseguenza un aumento della fragilità),
- la trasformazione della patologia da acuta a cronica (legata alla maggior condizione di benessere),
- il consistente incremento dei flussi immigratori (con la diretta conseguenza del ringiovanimento della popolazione),



BOX 4 - ECONOMIA E SOCIETA'

Riferimento a "1.2 Il profilo socio-economico"

Tassi di occupazione 2007 sulla popolazione 15-64 anni:

- Totale 71,9; Maschi 76,9; Femmine 66,8

Tassi di disoccupazione 2007 (Italia = 100):

- Totale 58,4; Maschi 37,1; Femmine 47,4

Costo del lavoro per unità di prodotto in Provincia di Ravenna (Italia = 100):

- 2001 = 82,3; 2005 = 70,8

Previsioni demografiche al 2018 confrontate al 2008:

- popolazione 0-14 anni +8,9%
- popolazione 15-64 anni -1%
- popolazione > 65 anni +5,7%

- il rinnovamento delle tendenze economiche indotto dai nuovi scenari di globalizzazione (con risvolti nell'occupazione e sull'economia della conoscenza).



BOX 5 - COM'E' CAMBIATA LA FAMIGLIA

Riferimento a "3.5 Le famiglie"

E' cambiata velocemente la struttura delle famiglie, ma persiste il suo ruolo di "istituzione sociale": la famiglia è una risorsa facilmente disponibile, un vero "capitale sociale" a disposizione dei singoli e delle collettività.

Tra il 2003 e il 2007 il numero di famiglie in provincia di Ravenna è passato da 153.542 a 167.511, mentre il numero dei componenti è sceso da 2,33 a 2,25.

140.464 famiglie "ristrette" (da 1 a 3 componenti) sono l'83% delle famiglie residenti nella nostra provincia.

Un ulteriore importante elemento di continuità nella storia delle famiglie italiane è dato dalla tenuta dalle funzioni di tutela e protezione nei confronti dei soggetti più deboli.

La maggioranza delle famiglie abita in case di proprietà (84% in provincia di Ravenna; l'80% mediamente in Italia).

Rispetto ai caratteri che assume il lavoro atipico e, soprattutto, all'oscillazione fra flessibilità e precarietà, la principale risorsa a cui ricorrono i lavoratori flessibili per bilanciare l'instabilità degli impieghi atipici è la stabilità dei rapporti familiari. In mancanza di un adeguato sistema di ammortizzatori sociali a livello nazionale in grado di tutelare i lavoratori flessibili dal rischio di sottoccupazione e disoccupazione, infatti, è la famiglia nella maggior parte dei casi ad addossarsi i costi dell'instabilità.

Lo sgretolamento dei legami di solidarietà intra-familiare e tra generazioni, la solitudine e l'isolamento sociale, la riduzione dei nuclei familiari ed il loro insediamento in zone geografiche spesso lontane dalle famiglie di origine, rendono vulnerabili il sistema familiare (Box 5). Problematiche che rischiano di rendere la condizione di benessere raggiunta, una condizione transitoria e minacciabile anche da eventi normali quali la malattia o la nascita di un figlio.



BOX 6 - LA SICUREZZA

Riferimento a "2.5 Sicurezza domestica"

% Persone che hanno riferito un incidente domestico in Emilia-Romagna: maschi 14,2%; femmine 23,3%

Tasso di incidenza standardizzato per frattura del femore per 10.000 donne: Faenza 83,3; Lugo 81,5; Ravenna 74,5

Riferimento a "2.6 Sicurezza sul lavoro"

Indice di Incidenza Infortuni totali nel 2006: Ravenna 5,3; AVR 5,4; Regione Emilia-Romagna 4,7

Infortuni mortali dal 2004 al 2006 n. 36

Età mediana delle vittime: agricoltura 63 anni; edilizia 35 anni; industria 44 anni

Riferimento a "2.7 Sicurezza sulle strade"

Dal 1951 al 2004 il numero assoluto di incidenti stradali nelle province della costa emiliano-romagnola è in continua crescita con un rallentamento negli ultimi due anni (2005-2006)

I tassi standardizzati di mortalità per incidente stradale evidenziano un trend in calo: -35% in Emilia-Romagna, -30% in Area Vasta Romagna, -29% a Ravenna

I decessi prevalgono negli uomini (75% vs 25%) e soprattutto in 2 classi d'età (15-30 anni e 70+ anni) per entrambi i sessi

Riferimento a "2.8 Sicurezza urbana"

Adolescenti e giovani commettono proporzionalmente più reati delle altre classi di età

Gli stranieri che commettono reati sono quasi sempre irregolari

A Ravenna il 52,1% dei cittadini percepisce un aumento di criminalità sul territorio

Per i giovani (16-24) le principali minacce della criminalità sono costituite dagli extracomunitari, dai giovani teppisti, dagli sfruttatori della prostituzione e da nomadi e zingari

Per le persone più anziane sono soprattutto gli spacciatori a rappresentare il pericolo più grave

I nuovi fattori di rischio che inducono fragilità si concentrano in particolare sulla popolazione immigrata, con basse condizioni socioeconomiche, con condizioni di non autosufficienza di grandi anziani, disabili e persone con problemi di salute mentale, e si manifestano con disuguaglianze di salute, l'aumento e la diffusione delle malattie croniche (Box 7). Significativamente presenti nella nostra realtà anche gli esiti disabilitanti a seguito di incidenti in ambiente domestico (anziani), lavorativo (adulti, immigrati) e stradale (giovani), che riconduce da un altro punto di vista il problema della responsabilità e del rispetto delle regole.



BOX 7 - LE FRAGILITÀ

Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari - ISTAT Anno 2005

Il 10,3% delle famiglie ha almeno un componente con problemi di disabilità.

Le famiglie con disabili possono comunque contare in caso di bisogno sulle reti informali: nel 90,9% dei casi possono rivolgersi a parenti non conviventi, amici, vicini, associazioni di volontariato o altre persone.

Il 78,9% delle famiglie con almeno un disabile può rivolgersi solo ai parenti.

Il 6,5% della popolazione (7,3% delle donne e 5,6% degli uomini) nelle quattro settimane precedenti l'intervista, ha effettuato almeno una visita generica o specialistica in assenza di disturbi o di malattie.

Riferimento a "3.2 Gli anziani" e a "2.3 Le fragilità"

Malattie principali di cui dichiarano di soffrire gli anziani

(% sul totale e n. di casi ad alto rischio di evento acuto):

artrite e artrosi (67%)	ipertensione arteriosa (52% - 1.680)	osteoporosi (18%)
respiratorie (15% - 970)	malattie cardiovascolari (30% - 2.918)	diabete (10% - 3.253)
tumori (5% - 748)	disturbi vista e udito (3%)	disturbi renali (2%)

Il 58% soffre di una patologia (1.086 ad alto rischio), il 42% di due o più (2.402 ad alto rischio)

7.593 soggetti erano in carico ai servizi socio-sanitari nel 2007 (8,3% della popolazione ultra65enne)

Riassumendo, quello della provincia di Ravenna è, come descritto, un territorio bello, "a misura d'uomo", tutelato, sicuro, dove si vive bene. Un territorio ricco di risorse naturali, artistiche, economiche, culturali, di servizi pubblici e del privato sociale, di realtà produttive diverse e dinamiche. Praticamente privo di disoccupazione, è in grado di offrire numerose e diversificate occasioni lavorative e di inserimento culturale: l'industria del turismo, le attività legate al porto, l'agricoltura e l'artigianato, il settore terziario profit e non-profit, i poli universitari e culturali lo rendono un territorio che da un lato attrae gli "stranieri" (da altre province, regioni e nazioni), dall'altro "trattiene" i propri abitanti. È una comunità coesa, dove sono forti i valori della solidarietà sociale, dell'accoglienza, della responsabilità collettiva, che si concretizzano in una ampia e attiva rete di associazioni di volontariato, un'abitudine alla partecipazione (tavoli di consultazione...) e una diffusa attenzione alla tutela del territorio da parte della cittadinanza e della pubblica amministrazione. In estrema sintesi la provincia di Ravenna è una terra ricca, operosa e ospitale, che ha saputo trasformare i valori del lavoro e dell'accoglienza sia in un'industria, che in un patrimonio di solidarietà sociale e familiare.

Oggi però questo sistema, che fino a pochi anni fa sembrava in un equilibrio stabile e perfettamente in grado di garantire benessere a tutti i suoi abitanti è scosso da alcuni cambiamenti epocali, che lo mettono sotto pressione; cambiamenti che non sono tipici di Ravenna, ma che investono tutte le regioni dell'Italia del Nord (per non dire l'Europa intera).

1 - *Il rapporto tra generazioni*: giovani/adolescenti e anziani appaiono due generazioni oggi più che mai distanti, in termini di cultura e valori di riferimento, ma anche di bisogni e risorse a disposizione. I primi vengono descritti come, isolati, insicuri rispetto al futuro, poco coinvolti nella vita delle comunità e consumisti, spesso vittime di forme di disagio (abuso di sostanze, solitudine, aggressività e intolleranza, alla ricerca di "sballo" e guadagni facili...) e poco valorizzati nelle loro capacità. I secondi, sempre più numerosi, attivi e longevi da un lato, ma anche sempre più bisognosi di aiuti e assistenza. Entrambe le generazioni però restano a carico di nuclei familiari sempre più ristretti e in evidenti difficoltà nel conciliare tempi di vita-lavoro-assistenza-cura e nella loro capacità di fornire supporto economico, psicologico ed educativo.

2 - *La difficile integrazione degli stranieri*: nonostante, in linea generale, gli stranieri siano descritti come piuttosto inseriti, sia a livello lavorativo, che per quanto riguarda casa e scuola, la loro integrazione non è così completa e diffusa. È come se l'immigrazione fosse avvenuta in tempi troppo rapidi per essere "assorbita" in modo sereno, nonostante negli ultimi anni siano stati realizzati diversi servizi ed interventi per favorire l'integrazione degli stranieri. Da un lato infatti i cittadini italiani percepiscono e manifestano "timore" nei confronti degli extracomunitari, perché li considerano destinatari di molte risorse che potrebbero essere date ad altri, e portatori di insicurezza; dall'altro gli stranieri tendono a rimanere chiusi nelle proprie comunità, a non imparare l'italiano, a non abbandonare le proprie usanze e abitudini. Il problema riguarda non solo le prime, ma anche le seconde generazioni, che spesso si sentono "diversi" da entrambe le culture e che rischiano di vivere contemporaneamente sia una problema di integrazione, che di identità culturale.

3 - *Le nuove vulnerabilità sociali*: viene percepito un aumento di situazioni problematiche di varia natura che destabilizzano il benessere della comunità e che coinvolgono inaspettatamente persone che "fino a ieri stavano bene". Sono le nuove forme di vulnerabilità sociale: condizioni che rimandano alla solitudine e all'isolamento sociale, al disagio e alla sofferenza psichica, alle "nuove povertà" (famiglie di ceto medio che non riescono più ad arrivare a fine mese a causa dell'aumento della rata del mutuo, anziani soli o con pensioni minime che sempre più spesso si rivolgono alla Caritas, immigrati senza casa ...), alle disabilità acquisite (a causa di incidenti stradali o sul lavoro), alle varie forme di dipendenza (da psico-farmaci, alcol, droghe, gioco), alle situazioni di violenza, abuso, maltrattamento. Situazioni quindi che non rimandano semplicemente ad un deficit di risorse, ma anche alla fragilità del tessuto relazionale di riferimento; situazioni scatenate da episodi della vita (malattia, lutto, separazione, perdita di lavoro, aumento delle spese, nascita di un figlio...) che sempre più spesso mettono in crisi modelli di organizzazione della vita quotidiana, che fino al giorno prima funzionavano perfettamente; "strette" della vita che oggi più di ieri mettono a dura prova la capacità

degli individui di attivare la propria rete di sostegno e di “convertire le risorse in capacità” (Sen, 1992).

I rischi che il territorio di Ravenna corre sono proprio legati a questi grandi cambiamenti in atto, e consistono nel non essere in grado di leggere la realtà e le sue trasformazioni e la complessità dei nuovi bisogni e, conseguentemente, nel non riuscire, prima ad immaginare e poi a realizzare, soluzioni innovative e sperimentazioni. È come se l'eccellenza si fosse cristallizzata nel tempo: i servizi sociali, sanitari, educativi, da sempre considerati elementi di eccellenza della pubblica amministrazione, tendono a riprodurre modelli consolidati e continuano a proporre modalità di risposta che nel passato hanno funzionato, ma che rischiano di trascurare i nuovi bisogni emergenti. La comunità ravennate rischia paradossalmente di essere vittima del proprio stesso successo: benessere diffuso, qualità dei servizi, forme consolidate di partecipazione...

Anche il ruolo della pubblica amministrazione sembra richiedere una riflessione critica. L'istituzione pubblica viene infatti descritta come impegnata a consultare i cittadini e attivare forme di collaborazione e concertazione, ma allo stesso tempo molto attenta “ad accontentare un po' tutti”, ad investire in tutti i campi e alla continua ricerca di consenso politico. Questa logica istituzionale viene riconosciuta sicuramente come una grande risorsa, ma anche come una strategia per “cercare di fare un po' di tutto senza mai scendere in profondità o fare delle scelte precise”, eventualmente poco popolari. L'istituzione pubblica viene inoltre descritta talvolta come “distante”, non del tutto capace di promuovere ed alimentare una reale ed effettiva partecipazione, di creare e sostenere concretamente le reti, di condividere fino in fondo con i propri cittadini decisioni e potere.

Davanti a questi cambiamenti, che possono essere letti come sfide per il futuro, la comunità e le istituzioni devono scegliere se cedere ai rischi o cogliere le opportunità di sviluppo. Opportunità che, forse in ultima analisi, dipendono da quanto la comunità ravennate nel suo complesso (istituzioni, imprese, sistema dei servizi, comunità locali, gruppi e singoli cittadini) sarà capace, da un lato, di assorbire gli stress a cui è sottoposta e, dall'altro, di adattarsi ai cambiamenti in corso; cioè di continuare a funzionare nonostante i grandi e piccoli traumi della vita, ovvero da quanto riuscirà ad apprendere e produrre “resilienza”¹¹⁴. Resilienza che implica agire prioritariamente sulle risorse e sulle capacità e non sui bisogni; non tanto evitare i pericoli, ma imparare quali risorse utilizzare per affrontarli; valorizzare questi processi di apprendimento individuale e collettivo affinché si sedimentino come patrimonio della comunità e dei singoli; agire prioritariamente a livello di prevenzione e di *empowerment* non di assistenza e sostituzione. Forse in questo modo sarà anche possibile rompere, come suggeriscono alcuni, “quell'insostenibile schema bisogni-risposte”, che ha intrappolato i cittadini/utenti e gli operatori/amministratori dentro uno schema di comportamento razionale (ma oggi assai poco realistico), che crea nei primi l'aspettativa di essere soddisfatti e impone ai secondi di colmare e classificare ciò che per sua stessa natura è sempre più incolmabile e inafferrabile: i bisogni.

Note, riferimenti e bibliografia citata

- 1 deliberata dalla Giunta Regionale il 01/10/2007.
- 2 Per un approfondimento della precisa metodologia di ricerca del Profilo di Comunità nel campo della Psicologia di Comunità si rimanda all'introduzione delle "Interviste a testimoni significativi del territorio della Provincia di Ravenna" www.ausl.ra.it
- 3 dalla relazione del Presidente di Confindustria Ravenna all'incontro sul Piano Territoriale Regionale, 18 luglio 2008.
- 4 *L'economia della provincia: la nuova carta socio economica dei territori italiani*. Roma, CENSIS-UPI, giugno 2007.
- 5 Arpa Emilia-Romagna - Sezione provinciale di Ravenna, <http://www.arpa.emr.it/ravenna/?idlivello=89>.
- 6 Martini E.R. e Sequi R., *Il lavoro nella comunità locale*, Carocci, Roma, 1995; *La comunità locale*, Carocci, Roma, 1995; *Il lavoro nella comunità. Manuale per la formazione e l'aggiornamento dell'operatore sociale*, NIS, Roma, 1998.
- 7 Il World Café prevede uno spazio accogliente: in un tipico World Café i partecipanti si siedono attorno a tavoli rotondi o quadrati che possono contenere al massimo 4 persone. I tavoli sono distribuiti nella grande stanza in modo tale da permettere alle persone di muoversi da un tavolo all'altro. Per creare una vera atmosfera da Café si dispongono sui tavoli delle tovaglie, dei tovaglioli, delle bevande, senza dimenticare naturalmente il caffè. L'intera stanza è decorata in un modo caloroso e in alcuni casi c'è un sottofondo musicale che può essere più o meno rilassante a seconda del clima che si intende generare. Per maggiori informazioni sul metodo si rimanda ai seguenti link: The World Cafe Online Community: <http://www.theworldcafecommunity.net/>; The World Cafe Europe Website: <http://worldcafe.kono.de/>. Sito web creato da David Isaacs e Juanita Brown: <http://www.theworldcafe.com/>.
- 8 Rockwood K., "What would make a definition of frailty successful?", *Age and Ageing*, 34:432-434, 2005.
- 9 Woo J., Goggins W., Sham A., Ho S.C., "Public health significance of the frailty index". *Disability and Rehabilitation*, 30, 28(8):515-21, 2006.
- 10 *La povertà relativa in Italia nel 2006*. Rapporto Istat, Istituto Nazionale di Statistica.
- 11 Rosmini F., *Prevenzione della malattia e promozione della salute. Strategie distinte e complementari*. Annuale Istituto Superiore di Sanità, 38(2):163-167, 2002.
- 12 http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/ERMES/Canali/servizi_sociali/nuove_poverta.htm.
- 13 *Relazione sullo stato sanitario del paese 1999*. Ministero della Salute, www.ministerosalute.it.
- 14 Matera E., Cesaroni G., Peducci C.A., "Le disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria: anche in Italia è tempo di agire per promuovere l'equità", in *Tendenze Nuove*, n. 5, 1999.
- 15 Bilancio di Missione 2008 dell'Azienda Usl di Ravenna, Sezione 3.4 "Strumenti per l'integrazione socio-sanitaria". <http://www.ausl.ra.it/h3/h3.dll/aaur4lout/fpagina?ID=BilancioMissione>.
- 16 http://www.epicentro.iss.it/focus/aie2006/relazioniAie08/Aie08_Caranci_bis.ppt.
- 17 Cadum E., Costa F., Biggeri A., Martuzzi M., "Deprivazione e mortalità: un indice di deprivazione per l'analisi delle disuguaglianze su base geografica", in *Epidemiologia e Prevenzione*, 23:637-640, 1999.
- 18 Townsend P., Phillimore P., Beattie A., *Health and Deprivation: in equality and the North*, London Croom Helm, 1988.
- 19 Caranci N., Demaria M., Spadea T., Costa F., *Metodi e Strumenti per la Misura delle Disuguaglianze*, Convegno AIE, Roma, 2008.

- 20 *Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie*. Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna, Dossier 145, 2007, http://asr.regione.emiliaromagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss145/link/doss145.pdf.
- 21 *Salute e immigrazione: pari opportunità*. Piani per la salute, Provincia di Ravenna, www.ausl.ra.it.
- 22 Piano Territoriale Regionale (PTR), http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/ERMES/Canali/territorio/territorio/Piano_territoriale_regionale.htm
- 23 *Lo scenario*. Assessorato Programmazione e Sviluppo territoriale, Cooperazione col Sistema delle autonomie, Organizzazione. Regione Emilia-Romagna.
- 24 *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari*. Istat, 2005, http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/.
- 25 Veneri L., *Il profilo epidemiologico degli infortuni e delle malattie professionali in Area Vasta Romagna*, Atti del Convegno "Sicurezza nei luoghi di lavoro in Romagna tra presente e futuro", Ravenna, giugno 2008.
- 26 *Ibid. Salute e immigrazione: pari opportunità*.
- 27 Ausl Cesena, Ausl Ferrara, Ausl Forlì et al., *Incidenti stradali nelle province della costa emiliano-romagnola (1995-2006)*, 2008.
- 28 Anni potenziali di vita persi: indicatore per misurare la mortalità prematura dovuta ad una causa; si ottiene sommando per ogni deceduto in età minore un prescelto limite di età (65 anni), la differenza tra questo limite e l'età di morte.
- 29 Braccesi C., *Appunti per Genova*, maggio 2006.
- 30 Rilevazioni integrative del MIUR. Anno scolastico 2005-2006, http://www.racine.ra.it/provincia/statistica/enti_scuola.htm.
- 31 McCaul E.J., *Le conseguenze dell'abbandono scolastico*, in Sempio O.L., Confalonieri E., Scaratti G. (a cura di), 1999; Bonino S., Cattelino E., Ciairano S., *Adolescenti a rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*, Giunti, Firenze, 2003.
- 32 Caccia A., Ricci E. (a cura di), *Ragazzi in bilico*, Progetto coordinato da A. De Col, 2005.
- 33 Il Consorzio per i Servizi Sociali dei comuni di Ravenna, Cervia, Russi e Azienda Usl gestisce, anche in collaborazione con cooperative, diversi Centri: Quake, Paradiso, Agorà, M. House, Città del Sole, Arcoincielo.
- 34 Buzzi C., Cavalli A., De Lillo A. (a cura di), *Sesto rapporto IARD sulla condizione giovanile in Italia*, 2006.
- 35 Donati S., Grandolfo M.E., *Conoscenze, attitudini e comportamenti degli adolescenti riguardo le malattie sessualmente trasmesse: indagine nazionale*, Istituto Superiore di Sanità, 2002.
- 36 *Valutazione diagnostica in adolescenza*. Ri.Se.A. Ravenna, 2002.
- 37 Rutter, 2002; Magnusson e Bergman, 1998.
- 38 Provincia di Ravenna (Assessorato alle Politiche Sociali e Sanitarie), Ausl Ravenna (Dip. Salute Mentale), *L'urlo nel vuoto. Ricerca sul suicidio nella Provincia di Ravenna*, 2000.
- 39 Dati OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità, 2001.
- 40 Davison G.C., Neale J.M., *Psicologia Clinica*, Zanichelli, Bologna, 2000.
- 41 Marini F., Mameli C., *Bullismo e adolescenza*, Carocci, 2004.
- 42 Leoni M., Stampo D., *Bulli e vittime a scuola. Ricerca nelle scuole di Ravenna*, 2004.
- 43 Studio ESPAD®Italia 2006 - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, CNR.
- 44 Culotta C., Lecconi R., Ferrando G., "Indagine sugli incidenti negli adolescenti genovesi che usano il ciclomotore", *BEN - Notiziario ISS*, Volume 17, n. 11, 2004.
- 45 *Bilancio di Missione 2007*. Azienda Usl di Ravenna.
- 46 *Quadro demografico dell'Emilia-Romagna al 1° gennaio 2007*, in corso di pubblicazione nella collana Quaderni di statistica, Edizioni Clueb.
- 47 *Vivere nei comuni di Ravenna e Russi in età anziana*. Soc. Coop. Eurete per il Consorzio dei Servizi Sociali di Ravenna, 2006.

- 48 Studio Argento, indagine sulla salute nella Terza età in Emilia-Romagna, 2003.
- 49 Ibid.
- 50 *Vivere nei comuni di Ravenna e Russi in età anziana*. Soc. Coop. Eurete per il Consorzio dei Servizi Sociali di Ravenna, 2006; *Un nipote per tre nonni. Anziani nel distretto di Lugo: autonomia, disabilità e rete di assistenza*. Azienda Usl di Ravenna, CeRGAS Università Bocconi di Milano, Dipartimento di geriatria INRCA di Firenze, 1994.
- 51 *Rapporto biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano*. Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, 2004; Sondaggio tra i pensionati della CNA dell'Emilia-Romagna, 2008.
- 52 Sondaggio tra i pensionati della CNA dell'Emilia-Romagna, 2008.
- 53 *La povertà relativa in Italia nel 2006*, Statistiche in breve. Istat, 2007.
- 54 Sondaggio tra i pensionati della CNA dell'Emilia-Romagna, 2008; *La vulnerabilità sociale in Emilia-Romagna, un approfondimento sulla condizione dei pensanti*. Istituto di ricerche economiche e sociali CGIL.
- 55 *Le politiche abitative per gli anziani. Il fondo sociale per l'affitto e l'edilizia residenziale pubblica*. Regione Emilia-Romagna, 2005.
- 56 *Vivere nei comuni di Ravenna e Russi in età anziana*. Soc. Coop. Eurete per il Consorzio dei Servizi Sociali di Ravenna, 2006; *Un nipote per tre nonni. Anziani nel distretto di Lugo: autonomia, disabilità e rete di assistenza*. Azienda Usl di Ravenna, CeRGAS Università Bocconi di Milano, Dipartimento di geriatria INRCA di Firenze, 1994; *Sondaggio tra i pensionati CNA dell'Emilia-Romagna*, 2008.
- 57 *ibid. Studio Argento*.
- 58 *ibid. Vivere nei comuni di Ravenna e Russi in età anziana; ibid. Un nipote per tre nonni*.
- 59 *ibid. Vivere nei comuni di Ravenna e Russi in età anziana*.
- 60 *ibid. Studio Argento*.
- 61 *ibid. Studio Argento*.
- 62 Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna; *Bilancio di Missione 2006*, Azienda Usl di Ravenna.
- 63 Banca dati ADI, Regione Emilia-Romagna.
- 64 Relazione sull'applicazione della deliberazione della giunta regionale 1377/99. Assegno di cura, 2006.
- 65 Relazione sull'applicazione della deliberazione della giunta regionale 1378/1999. Integrazione di prestazioni sociali e sanitarie ed a rilievo sanitario a favore di anziani non autosufficienti assistiti nei servizi integrati socio-sanitari di cui all'art. 20 della LR 5/94, 2006.
- 66 *ibid. Studio Argento*.
- 67 *ibid. Un nipote per tre nonni*.
- 68 *Ibid. Studio Argento*.
- 69 *ibid. Studio Argento*.
- 70 *ibid. Vivere nei comuni di Ravenna e Russi in età anziana*.
- 71 *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari*. Istat, 2005. http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/.
- 72 *ibid. Vivere nei comuni di Ravenna e Russi in età anziana*.
- 73 *Rapporto biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano, anni 2002-2003*. Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, 2004.
- 74 *Rapporto biennale sul volontariato in Italia 2005*. Osservatorio Nazionale per il volontariato, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, 2006.
- 75 *Rappresentazioni soggettive della salute e dell'invecchiamento, pratiche preventive e cura nelle terza e quarta età*. Ricerca realizzata nel territorio lughese, Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Bologna, 2005.
- 76 *Recent demographic developments in Europe*. Council of Europe, 2005.
- 77 *Il matrimonio in Italia: un'istituzione in mutamento*. Istat, 2004-2005.
- 78 Il tasso di attività misura l'offerta di lavoro (nel breve periodo) intesa come popolazione attiva, rapportata alla popolazione in età lavorativa.

- 79 Il tasso di occupazione è il rapporto tra gli occupati 15-64 e la popolazione 15-64.
- 80 Il tasso di disoccupazione è il rapporto tra le persone in cerca di lavoro e le forze di lavoro.
- 81 *Pari o Dispari. Uno sguardo alle opportunità e alle diversità tra uomini e donne nella comunità ravennate*, Bilancio 2006.
- 82 ibid.
- 83 ibid.
- 84 ibid.
- 85 *Le donne in Emilia-Romagna. Quadro conoscitivo per la costruzione di un punto di vista di genere*, Regione Emilia-Romagna.
- 86 Il tasso di conseguimento del diploma indica la proporzione di diplomati nell'anno rapportati a 100 giovani 19enni.
- 87 ibid. *Pari o Dispari*, Bilancio 2006.
- 88 *La salute della donna. Cosa sapere cosa fare*, Ina Assitalia.
- 89 Amartya S., *Sviluppo e libertà. Crescita e democrazia*, Oscar Mondadori, Milano, 2001.
- 90 Dossier Statistico Immigrazione Caritas, 2008.
- 91 Molina S. (2008) *Come sarebbe un'Italia senza immigrati?*. Documento consultabile online al sito http://www.neodemos.it/index.php?file=news&archi=1&form_periodo=2&id_area_notizia=1&form_anno=2008.
- 92 Chiuri M.C., Coniglio N., Ferri G. *L'esercito degli invisibili: aspetti economici dell'immigrazione clandestina*, Il Mulino, Bologna, 2007.
- 93 *Rapporto regionale sulla scuola 2007*.
- 94 Tratto da: *Esiti scolastici nelle prime quattro classi delle scuole secondarie di secondo grado statali*. A.S. 2006/2007.
- 95 Colombo A., Sciortino G., *Gli immigrati in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2004.
- 96 istituito nel 1998 da una legge dello Stato - Legge n. 431/98, art. 11 e regolamento a livello regionale con la Legge Regionale n. 24/01, art. 38 e 39.
- 97 *Osservatorio Immigrazione*. Provincia di Ravenna, 2006.
- 98 Per approfondire questo tema si rimanda a: Conti, C., Sgritta, G.B. (a cura di), *Immigrazione e politiche socio-sanitarie: la salute degli altri*, Franco Angeli Editore, Milano, 2004; De Micco, V. (a cura di), *Le culture della salute: immigrazione e sanità: un approccio transculturale*, Liguori, Napoli, 2002; Pasini, N., Picozzi M. (a cura di), *Salute e immigrazione: un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie*, Franco Angeli, Milano, 2005.
- 99 *Salute e immigrazione: pari opportunità*. Piani per la salute, Provincia di Ravenna, www.ausl.ra.it.
- 100 *Osservatorio Immigrazione*. Provincia di Ravenna, 2006.
- 101 *Rapporto sulla popolazione*. Censis, 2008; *Rapporto annuale*. Istat, 2007; *Conferenza Nazionale Famiglie*. Ministero della Famiglia, 2007.
- 102 *Separazioni e divorzi in Italia*. Istat, 2005.
- 103 *Le politiche sociali in Emilia-Romagna*. Regione Emilia-Romagna, 2001.
- 104 *La povertà e l'esclusione sociale in Emilia-Romagna*. Regione Emilia-Romagna, 2007.
- 105 *Il mercato del lavoro in Emilia-Romagna*. Regione Emilia-Romagna, 2007.
- 106 De Luigi, N., Martelli A. (a cura di), *Il volto sociale della precarietà. Una sfida per il welfare locale*, Aracne, Roma, 2006.
- 107 *Programmi provinciali per la promozione di politiche di accoglienza*. Provincia di Ravenna, Piani attuativi, 2008; *Tutela infanzia e adolescenza*. Servizi Sociali zone di Lugo, Faenza e Ravenna, relazione al seminario del 22 maggio su "Minori e famiglie".
- 108 *Relazione annuale Unità Operativa Neuropsichiatria età evolutiva*. Ausl di Ravenna, 2007.
- 109 *Azioni atte a contrastare gli effetti delle ondate di calore - estate 2008*. Ausl di Ravenna, allegati statistici, 2008.
- 110 *Stime relative sia alle Regioni europee che dell'Italia*. Indagine di percezione dell'Istat.

- 111 Christakopoulou S., Dawson J., Gari A., “The Community Well-Being Questionnaire: Theoretical Context and Initial Assessment of Its Reliability and Validity”, in *Journal Social Indicators Research*, 56, 3:319-349, 2004.
- 112 Bencivegna E., *Manifesto per un mondo senza lavoro*, Feltrinelli, 1999.
- 113 Osservatorio europeo sui sistemi e politiche sanitarie, <http://www.euro.who.int/observatory>.
- 114 La “resilienza” è la capacità di un materiale di assorbire gli urti improvvisi senza spezzarsi. In termini di psicologia sociale, è la capacità dell'uomo di assorbire gli stress della vita, sia quelli più forti e drammatici (lutto, perdita del lavoro e della casa...), che quelli quotidiani (spese impreviste, delusioni affettive, malattia, scarso rendimento scolastico, derisioni...). La resilienza quindi è la capacità di continuare a funzionare nonostante i grandi e piccoli traumi, ovvero è da un lato capacità di assorbire gli urti (elasticità) e dall'altro capacità di adattarsi ai cambiamenti (plasticità).

