

**UFFICIO DI SUPPORTO DELLA CONFERENZA TERRITORIALE
SOCIALE E SANITARIA DI REGGIO EMILIA**

Profilo di Comunità

16 marzo 2009

A cura dell'Ufficio di Supporto della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Reggio Emilia.

L'Ufficio di Supporto è composto da: Andrea Cilloni (responsabile), Luca Benecchi - Ufficio di Piano del Distretto di Scandiano, Nadia Campani - Ufficio di Piano del Distretto della Val D'Enza, Silvia Candela - Azienda U.S.L. di Reggio Emilia, Sergio Cecchella - Azienda U.S.L. di Reggio Emilia, Salvatore De Franco - Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia Arcispedale Santa Maria Nuova, Luisa Emiliani - Azienda U.S.L. di Reggio Emilia, Maria Lodovica Fratti - Provincia di Reggio Emilia, Silvia Guidi - Ufficio di Piano del Distretto di Reggio Emilia, Enza Malaguti - Ufficio di Piano del Distretto di Guastalla, Giorgio Mazzi - Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia Arcispedale Santa Maria Nuova, Elisabetta Negri - Azienda U.S.L. di Reggio Emilia, Luciano Parmiggiani - Ufficio di Piano del Distretto di Correggio, Maria Grazia Simonelli - Ufficio di Piano del Distretto di Castelnovo ne' Monti, Federica Maselli.

Hanno contribuito alla stesura del Profilo di Comunità: Guido Caselli, UnionCamere Emilia-Romagna, Sara Baruzzo e Fausto Nicolini - Azienda U.S.L. di Reggio Emilia, Elena Costa e Annamaria Ferrari - Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia Arcispedale Santa Maria Nuova, Associazione Nondasola, Graziella Fornaciari - Comune di Reggio Emilia, Consigliere di Parità di Reggio Emilia, Coordinamento del Terzo Settore di Reggio Emilia, Francesco Capuano, Paola Canova, Francesco Carretti, Daniela Casoli, Angela Ficarelli, Chiara Ferretti, Alberto Infanti, Attilio Giacobbe, Annalisa Masselli, Armando Sacchetti, Raffaele Scagliosi - Provincia di Reggio Emilia, Servizio Pianificazione Territoriale della Provincia di Reggio Emilia.

Indice

I: UNA PREMESSA	6
<i>DA DOVE SI PARTE</i>	<i>6</i>
II: LA COMUNITÀ IN CUI VIVIAMO.....	9
<i>1. PROFILO SOCIO-ECONOMICO DEL TERRITORIO</i>	<i>9</i>
1.1 QUADRO CONOSCITIVO DELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA. LE DINAMICHE SOCIALI LETTE ATTRAVERSO QUATTRO NUMERI.	9
1.2 CARATTERISTICHE DEL TESSUTO PRODUTTIVO E DEL MERCATO DEL LAVORO	12
1.3 LAVORATORI STRANIERI	13
1.4 TENORE DI VITA	14
<i>2 PROFILO DEMOGRAFICO DEL TERRITORIO</i>	<i>14</i>
2.1 COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE E PREVISIONI DEMOGRAFICHE	14
2.2 BILANCIO DEMOGRAFICO	17
2.3 NATALITÀ	17
2.4 POPOLAZIONE STRANIERA.....	18
2.5 ANZIANI.....	20
2.6 COMPOSIZIONE FAMILIARE	22
<i>3. MORTALITÀ E SPERANZA DI VITA.....</i>	<i>23</i>
3.1. MORTALITÀ GENERALE	23
3.2. SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA E A 65 ANNI	24
<i>4. SALUTE E STILI DI VITA</i>	<i>26</i>
4.1 MORTALITÀ PER CAUSE.....	26
4.2 MORTALITÀ EVITABILE	28
4.3 MORTALITÀ INFANTILE	28
4.4 MALATTIE INFETTIVE.....	30
4.4.1 AIDS.....	30
4.4.2 Tubercolosi.....	32
4.5 INCIDENZA E SOPRAVVIVENZA DEI TUMORI MALIGNI	33
4.5.1 Tutti i tumori	33
4.5.2 Tutte le sedi - maschi	34
4.5.3 Tutte le sedi - femmine	34
4.6 STILI DI VITA	35
4.6.1 Alimentazione.....	35
4.6.2 Fumo.....	35
4.6.3 Alcol.....	37
<i>5. AMBIENTE E TERRITORIO.....</i>	<i>38</i>
5.1 INQUINAMENTO ATMOSFERICO	38
5.2 QUALITÀ DELL'ARIA	39
5.3. IL SISTEMA DELLA MOBILITÀ.....	44
5.4 LA DOMANDA DI MOBILITÀ.....	45
<i>6. SICUREZZA.....</i>	<i>48</i>
6.1 INCIDENTI STRADALI.....	48
6.2 INFORTUNI SUL LAVORO	49
6.3 INFORTUNI DOMESTICI.....	50
6.4 VIOLENZA ALLE DONNE.....	51
PERCEZIONE DEI FENOMENI E DELLE CRITICITÀ DAL PUNTO DI VISTA DI UN TESTIMONE PRIVILEGIATO	53
III: SERVIZI, RISORSE INFORMALI, DOMANDA ESPRESSA E DOMANDA SODDISFATTA.....	55

1. <i>AMBITO SOCIALE E SOCIO-SANITARIO</i>	55
1.1 RESPONSABILITÀ GENITORIALI, INFANZIA E ADOLESCENZA	55
1.2 GIOVANI E ADOLESCENTI – UN AMBITO TRASVERSALE	61
1.3 ANZIANI	62
1.3.1 Autosufficienza	62
1.3.2 L'Assistenza privata a pagamento (“le badanti”)	64
1.3.3 Non Autosufficienza	65
1.4 IMMIGRATI	73
1.5 POPOLAZIONE SINTA E ROM IN EMILIA-ROMAGNA	76
1.6 LA POPOLAZIONE DISABILE	79
2. <i>AMBITO SANITARIO - LA SALUTE SUL TERRITORIO</i>	84
2.1. CURE PRIMARIE	84
2.1.1 Dipartimenti e Nuclei di Cure Primarie (NCP)	84
2.1.2 I percorsi di cura per pazienti con patologie croniche	86
2.1.3 I percorsi integrati ospedale-territorio sono	87
2.2 AREA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	87
2.2.1 Il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	87
2.2.2 Miglioramento dell'appropriatezza	90
2.2.3 Assistenza odontoiatrica	90
2.2.4 Miglioramento dei percorsi di accesso alle prestazioni specialistiche	91
2.2.5 Call Center e Numero verde	92
2.2.6 Prescrizione e refertazione informatizzata	92
2.3 AREA MATERNO-INFANTILE	92
2.3.1 Salute infanzia	92
2.3.2. Salute donna	93
2.3.3 Consultori Familiari	93
2.4 SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	97
2.4.1 I servizi per la salute mentale	97
2.4.1.2 Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Psicologia Clinica	101
2.4.2 Il disagio giovanile	102
2.4.2.1 Minori stranieri e servizi dell'età infantile ed evolutiva	103
2.4.3 I servizi per le dipendenze patologiche	104
2.4.3.1 Supporto alle famiglie	104
2.4.3.2 Prevenzione e prossimità	104
2.4.3.3 Presa in cura	106
3. <i>AMBITO SANITARIO - L'ASSISTENZA OSPEDALIERA</i>	109
3.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO	109
3.2 INDICI DI DIPENDENZA DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE DALLA STRUTTURA PER PRESTAZIONI DI RICOVERO ORDINARIO/DIURNO	113
3.3 INDICI DI DIPENDENZA DELLA STRUTTURA DALLA POPOLAZIONE PER PRESTAZIONI DI RICOVERO ORDINARIO/DIURNO	114
4. <i>AMBITO EDUCATIVO E SOCIO-EDUCATIVO</i>	120
5. <i>AMBITO FORMATIVO E LAVORISTICO</i>	123
5.1 LA DISCRIMINAZIONE DI GENERE NELL'AMBIENTE LAVORATIVO: LE CONSIGLIERE DI PARITÀ.	124
6. <i>CARATTERI E DINAMICHE DEL SISTEMA ABITATIVO</i>	129
6.1 ELEMENTI PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CON PROBLEMATICHE INSEDIATIVE OMOGENEE	130
7. <i>AMBITO CULTURALE E RICREATIVO</i>	132
7.1 ATTIVITÀ CULTURALE A REGGIO EMILIA	132
7.1.1 I teatri e lo spettacolo	132
7.1.3 Palazzo Magnani, sale mostra, musei, vestigia	133
7.1.4 Le biblioteche, l'editoria	134
7.1.5 La formazione	134
7.2 ATTIVITÀ SPORTIVA	135
7.2.1 I praticanti dello sport	135
7.2.2 Le società sportive	135
7.2.3 Gli operatori	135

7.2.4 Gli impianti sportivi	136
7.2.5 Monitoraggio e studio dell'attività sportiva dei disabili	137
8. <i>CAPITALE SOCIALE</i>	139
8.1 IL CAPITALE SOCIALE COME FATTORE DI COMPETITIVITÀ	139
8.1.1 Capitale naturale.....	139
8.1.2 Capitale tecnico	140
8.1.3 Capitale umano.....	143
8.1.4 Capitale sociale.....	144
8.1.5 Le componenti dello sviluppo: uno sguardo d'insieme.....	145
8.1.6 Le componenti dello sviluppo: alcune considerazioni.....	147
8.2 TERZO SETTORE.....	148
8.2.1 Le Cooperative sociali.....	149
8.2.2 Le Organizzazioni di volontariato.....	150
9. <i>AZIENDE DI SERVIZI ALLA PERSONA (ASP)</i>	152

IV PARTE: IL TERRITORIO TRA BISOGNI E RISORSE: PRINCIPALI TENDENZE E CRITICITÀ ...154

RETI OSPEDALIERE, CURE PRIMARIE E SANITÀ PUBBLICA.....	159
DIPARTIMENTI E NUCLEI DI CURE PRIMARIE.....	160
I PERCORSI DI CURA PER PAZIENTI CON PATOLOGIE CRONICHE	161
PERCORSO DI CURA DELLA PERSONA CON PATOLOGIE ONCOLOGICHE E RETE DELLE CURE PALLIATIVE	161
AREA SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....	162
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE.....	163

GLOSSARIO.....164

GLOSSARIO DEGLI ACRONIMI UTILIZZATI NEL TESTO168

INDICE DELLE TABELLE E DEI GRAFICI.....170

BIBLIOGRAFIA.....174

I: Una premessa

Da dove si parte

La Regione, con il Piano Sociale e Sanitario, prevede l'adozione, da parte della Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale (CTSS) dell'Atto di Coordinamento e Indirizzo triennale che costituirà il quadro di riferimento della programmazione territoriale per la salute e il benessere. La CTSS, per compiere scelte di indirizzo e coordinamento, nell'ambito dell'Atto triennale, utilizzerà il Profilo di Comunità che costituisce una lettura ragionata dei bisogni di salute e benessere della popolazione e mette in evidenza le problematiche e le risorse di un territorio.

L'obiettivo non è solo la redazione di "documenti" ma soprattutto l'avvio di un processo che coinvolga i soggetti operanti ai vari livelli territoriali, e che promuova il valore e le esperienze locali di partecipazione nella raccolta dell'informazione, nella lettura e nell'individuazione dei fattori di bisogno e di criticità. Da questo punto di vista il percorso che si profila rappresenta la naturale prosecuzione delle esperienze di programmazione integrata in ambito sociale e socio-sanitario. In particolare, l'elaborazione dei Piani sociali di zona ha visto, nella nostra realtà la partecipazione di tutti gli attori, istituzionali, e non, nella costruzione delle funzioni e delle competenze necessarie per la programmazione sociale e sociosanitaria e per la realizzazione del sistema dei servizi integrato.

Per l'esercizio delle proprie funzioni la CTSS si è dotata di uno strumento tecnico, l'Ufficio di Supporto, funzionale anche all'elaborazione dell'Atto di Coordinamento ed Indirizzo triennale e del Profilo di Comunità. Le comunità locali originano sistemi ed a loro volta rappresentano fenomeni complessi. L'immagine unitaria attraverso la quale esse ci appaiono risulta in realtà composta da una molteplicità di fattori di tipo economico, sociale, politico, territoriale, culturale, associativo. Sono appunto gli intrecci tra questi stessi fattori, piuttosto che la loro somma, a dare vita alle linee di sviluppo e di trasformazione loro intrinseche.

Comprendere queste ultime e le tendenze di cambiamento relative alla popolazione ed alla società contemporanea, rappresenta un presupposto indispensabile per programmare gli interventi a sostegno delle dinamiche del cambiamento sociale. In tal modo si può consentire alle comunità di soddisfare in modo efficace i bisogni delle loro componenti, mettendo in atto politiche di *welfare* evolute.

In sede di analisi delle interazioni e della complessità dei fenomeni è tuttavia necessario prestare un'attenzione particolare al rischio di semplificazioni eccessive. Diversamente si rischierebbe di mettere a repentaglio la possibilità di governare il cambiamento attraverso la sua irrinunciabile dimensione partecipativa.

L'orientamento che ha ispirato il lavoro, ad oggi svolto e tuttora in corso, dall'Ufficio di Supporto (UdS) della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) di Reggio Emilia si è basato sulla raccolta, evidenziazione, selezione ed estrazione di dati ed informazioni utili per costruire uno strumento in grado di descrivere il territorio provinciale dal punto di vista della composizione demografica, degli stili di vita e delle tendenze in atto, dei rapporti tra generi e generazioni, delle opportunità in rapporto alle politiche di produzione, delle correlazioni tra condizioni socioeconomiche e di benessere. Sulla base delle indicazioni della Regione si è nel frattempo giunti ad individuare la struttura portante del Profilo di Comunità (PdC). L'obiettivo finale sarà quello di arrivare ad evidenziare le problematiche emergenti e le risorse del sistema dei servizi in modo da poter orientare efficacemente la programmazione degli interventi (Atto di indirizzo). E' quindi quanto mai importante sottolineare la complessità del compito affidato e la consapevolezza che si è riusciti a produrre nei tempi assegnati una base sufficiente a porre le condizioni per una più approfondita ricerca ed elaborazione.

Il documento rappresenta l'avvio di un percorso che identifica più tappe, in parte già affrontate e in parte da sviluppare nel prosieguo dell'attività anche in relazione alle indicazioni della CTSS.

La prima tappa è consistita nella condivisione di fonti di riferimento oggettive, strutturate e recuperabili, capaci di descrivere i fenomeni negli ultimi anni e, per quanto riguarda il profilo demografico, di proiettarne sul futuro la visione relativa. Le banche dati utilizzate sono state selezionate sulla base del raggiungimento di una soglia di rappresentatività sufficiente del dato stesso e nella consapevolezza che questa prima esperienza costituisca la *baseline* di riferimento per analoghi esercizi futuri, ancor meglio rappresentativi dello stato sociale e sanitario della provincia e delle sue prossime dinamiche di sviluppo.

La tappa successiva sarà orientata a completare l'individuazione delle principali tendenze ed ipotesi di evoluzione delle problematiche e delle risorse della comunità locale, per rendere il Profilo di Comunità uno strumento efficace a consentire l'individuazione delle priorità d'intervento. In questo senso, oltre al contributo fin qui raccolto attraverso gli attori istituzionali, risulta determinante il coinvolgimento e il confronto con tutti quei soggetti che, dai loro osservatori, danno il loro contributo in termini di visioni e letture di confronto. Si tratta in primis del privato sociale, partner nella progettazione e nella gestione dei servizi pubblici, e soggetto indispensabile per completare il quadro dei bisogni e delle priorità che emergono e si evidenziano sul nostro territorio. In questa fase quindi sarà indispensabile avvalersi dell'apporto del terzo settore. La condivisione con esso degli strumenti di analisi e di conoscenza costituisce il presupposto indispensabile per una partecipazione efficace e convinta al processo di definizione degli obiettivi programmatici.

Il privato sociale però non è il solo interlocutore che deve essere ricercato. Il mondo del lavoro e dell'impresa guardano alla stessa comunità, allo stesso territorio da una diversa prospettiva complementare e necessaria per una comprensione piena di problemi ed opportunità. Lo stesso vale per il mondo dell'educazione e della formazione, dai nidi all'università che interagisce col tessuto sociale in modo fondante sia per sostenere i bisogni che per alimentare le opportunità, come pure per quello della cultura, custode dell'identità del territorio e del paese e ponte verso culture e saperi globali.

Il primo Profilo di Comunità della Provincia di Reggio Emilia, nasce perciò come strumento dinamico che avvia un processo che nel tempo consentirà una migliore conoscenza della realtà sociale e sanitaria attuale. Nasce come possibilità di prefigurare un'interpretazione comune di fenomeni sociali, demografici, culturali, economici finalizzata a individuare adeguati programmi di intervento e potrà evolversi, se costantemente alimentato, come strumento di rappresentazione utile a governare processi di grande cambiamento e innovazione e di parallela salvaguardia del valore delle identità locali.

Il documento che segue si articola, dopo questa premessa, in un primo capitolo che guarda alla comunità della nostra provincia sotto diverse angolature: quella socio economica sia in generale che esaminandone le componenti in maggior dettaglio, quella demografica nelle sue componenti e nelle sue dinamiche, nel suo bilancio tra natalità e mortalità, quella ambientale, quella sulla sicurezza la criminalità, sulle cause di morte e di morbilità, sugli stili di vita, sulla mobilità.

Un secondo capitolo analizza servizi e risorse prima nell'ambito socio-sanitario con attenzione ad infanzia ed adolescenza, giovani, anziani, popolazione non autosufficiente, immigrati, popolazione nomade, disabili. Passa poi ad esaminare la realtà del territorio per quanto attiene servizi e bisogni sanitari passando in rassegna la salute su territorio ed i percorsi che la legano alle strutture di diagnosi, ricovero e cura, alla medicina specialistica, alla salute mentale, alle dipendenze. Vengono poi esaminate le strutture ospedaliere e i relativi indicatori di utilizzo. Viene poi offerto un quadro dell'ambito educativo e socio-educativo, analizzati aspetti rilevanti del sistema abitativo, dell'ambito formativo e lavoristico con un breve cenno all'ambito culturale. Il capitolo si conclude con un'analisi del "terzo settore" sua presenza e ruolo nel nostro territorio e con una analisi articolata del capitale sociale, nelle sue componenti.

Il quarto capitolo cerca di individuare, partendo da interessanti proiezioni demografiche, quali saranno le tematiche e gli ambiti che sfideranno chi governa e chi opera nella nostra comunità nei prossimi tre anni e tra i quali si ritiene debbano essere individuate le priorità a cui occorre indirizzare le risorse, economiche e professionali, disponibili nel territorio.

II: La comunità in cui viviamo

La provincia di Reggio Emilia comprende 45 comuni con una popolazione, al 01.01.2008, di 510.148 residenti e una distribuzione della popolazione tra pianura, collina e montagna rispettivamente del 74, 20 e 6%.

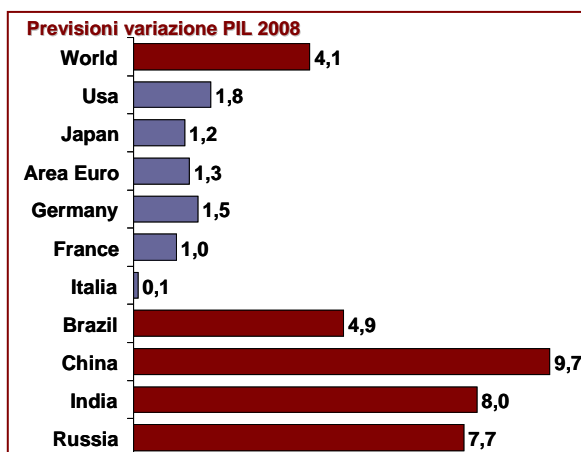
Poiché le caratteristiche socio-economiche di un territorio determinano in larga misura le caratteristiche demografiche (crescita, decremento, migrazioni) della popolazione che vi abita, e queste sono ampiamente predittive dei principali problemi sanitari e sociali in essa presenti, abbiamo scelto di aprire il capitolo descrittivo del contesto provinciale con un breve quadro degli aspetti salienti del profilo socio-economico della provincia di Reggio Emilia, nell'ipotesi che questo faciliti la comprensione di quanto verrà dopo.

1. Profilo socio-economico del territorio

1.1 Quadro conoscitivo della Provincia di Reggio Emilia. Le dinamiche sociali lette attraverso quattro numeri¹.

Riassumere in poche pagine quanto sta avvenendo nel tessuto sociale ed economico di Reggio Emilia non è semplice. Tuttavia, molte delle dinamiche in atto sono desumibili attraverso la lettura di soli 4 numeri.

Primo numero: 0,5 per cento corrispondente alla crescita prevista del PIL regionale per il 2008, un dato stimato nel mese di settembre e che, presumibilmente, subirà una revisione al ribasso alla luce degli ultimi avvenimenti internazionali. Ciò nonostante, la previsione colloca le province dell'Emilia-Romagna ancora una volta al vertice della graduatoria nazionale. Il PIL della provincia di Reggio Emilia dovrebbe attestarsi sul valore regionale. Se ampliamo il nostro campo di osservazione e prendiamo in

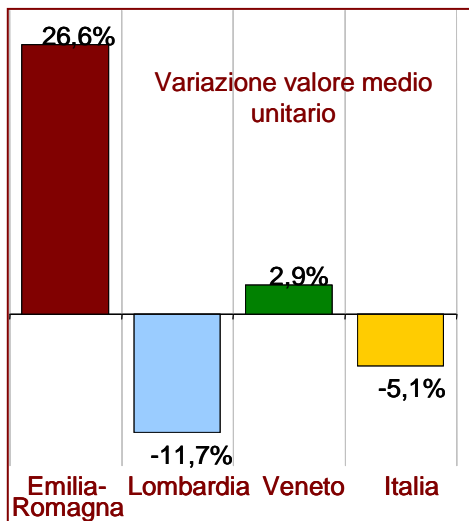


considerazione altri indicatori troviamo conferma di una maggior dinamica della provincia di Reggio Emilia e della regione rispetto al resto d'Italia. Certo, l'obiezione – corretta - che spesso si solleva di fronte a questi dati è che essere l'eccellenza in Italia non è sufficiente, soprattutto di fronte a tassi di crescita così modesti. Il confronto va fatto con gli altri *competitors* internazionali, pensiamo alle aree più avanzate della Germania o della Francia. E da questo confronto ne usciamo penalizzati, la loro velocità di crescita negli anni duemila è sempre stata superiore alla nostra. È evidente che in questo confronto tra province e regioni europee vi è un "effetto Paese" che gioca un ruolo fondamentale ed è difficile pensare che nel breve

periodo l'Italia possa azzerare questo gap e raggiungere i tassi di crescita degli altri Paesi. Però, preso atto che esiste un "effetto Paese" che rallenta la nostra marcia, dobbiamo cercare di andare oltre e la domanda che ci dobbiamo porre è se nel medio e lungo periodo il sistema reggiano sarà in grado di raggiungere e – perché no – superare i ritmi di crescita delle altre province europee avanzate.

Secondo numero: 26,6 per cento, corrisponde alla crescita registrata negli ultimi otto anni dal valore medio unitario delle esportazioni delle province dell'Emilia-Romagna, dove il valore medio unitario è il valore dell'export per unità di quantità. Nello specifico, se esaminiamo la crescita dell'export dal 2002 ad oggi - cioè in anni di maggior difficoltà e di bassa crescita - emerge che l'Emilia-Romagna è cresciuta più

¹ Contributo di Guido Caselli, direttore area studi e ricerche Unioncamere Emilia-Romagna.

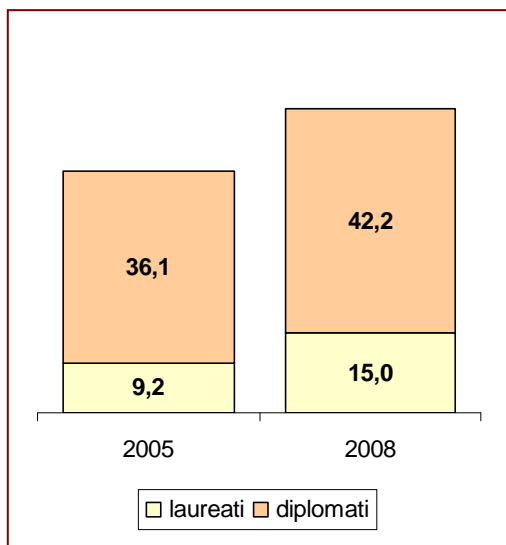


delle altre regioni tradizionalmente esportatrici. Nel periodo 2002-2007 il valore delle esportazioni dell'Emilia-Romagna è cresciuto del 47 per cento, contro il 35 per cento della Lombardia e del 26 per cento del Veneto. A Reggio Emilia nello stesso periodo le esportazioni sono aumentate del 50 per cento. Anche i dati relativi al primo semestre 2008 confermano il miglior andamento provinciale e regionale, tanto che la nostra regione è diventata stabilmente la seconda regione esportatrice superando il Veneto. La spiegazione del perché andiamo meglio la troviamo proprio nel valore medio unitario, che ci dice che a parità di quantità il valore dei beni che esportiamo in termini reali è aumentato dal 2000 al 2007 di quasi il 27 per cento. In altre parole esportiamo prodotti che valgono di più, di maggior qualità o che incorporano maggiore tecnologia. Il dato è particolarmente significativo e non così scontato, considerando

che nello stesso periodo questo rapporto tra valore delle esportazioni e relative quantità in Veneto è rimasto sostanzialmente uguale, in Italia è diminuito del 5 per cento, in Lombardia del 12 per cento.

È un dato che assume ancora maggior rilevanza a Reggio Emilia - dove le esportazioni di prodotti con contenuto tecnologico alto e medio alto rappresentano il 49 per cento dell'export complessivo - e può essere assunto come simbolo dei cambiamenti in atto. Stiamo attraversando una fase di profonda trasformazione, una trasformazione qualitativa prima ancora che quantitativa che solo in parte gli indicatori come il PIL riescono a cogliere, a fotografare. Da qui l'interrogativo relativo all'adeguatezza del PIL come unità di misura dei cambiamenti in atto.

Terzo numero: 1.590. Questo processo di trasformazione lo possiamo leggere anche attraverso i dati



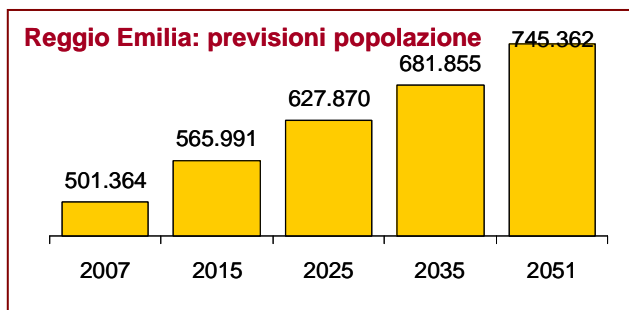
dell'occupazione. Secondo le previsioni delle imprese nel 2008 a Reggio Emilia ci saranno, al netto di quelli che usciranno dal mondo del lavoro, 1.590 dipendenti in più. Ma dietro questo numero c'è n'è un altro ancora più rilevante, quello che ci dice come si stia elevando il livello formativo richiesto ai nuovi assunti. Rispetto al recente passato è in forte crescita la richiesta di laureati e diplomati. Dal 2005 ad oggi la richiesta di laureati è passata dal 9 per cento al 15 per cento; la percentuale di assunti che deve essere almeno diplomata è aumentata dal 36 per cento al 42 per cento. Una differenza non da poco, giustificata dalla crescita delle imprese manifatturiere nei settori a media ed alta tecnologia o all'aumento delle imprese che operano in comparti del terziario ad alto contenuto di conoscenza.

Ma la trasformazione la leggiamo non solo nei dati economici strutturali. Stiamo assistendo a cambiamenti territoriali che stanno ridisegnando i baricentri economici, sostituendo i territori definiti dai confini amministrativi con le aree vaste o geocomunità, cioè a quelle aree individuate sulla base di specializzazioni, di obiettivi e di valori condivisi. E stiamo assistendo a dei cambiamenti nel sistema relazionale, cioè nelle relazioni che le imprese hanno in essere con altre imprese e con il sistema territoriale nel suo complesso. In questi anni le imprese che sono inserite in un contesto di filiera sono riuscite ad ottenere risultati apprezzabili e, in alcuni casi, eccellenti, mentre le imprese senza un sistema relazionale adeguatamente sviluppato – ed è il caso di molte piccole imprese – stanno attraversando una fase di forte difficoltà, che il più delle volte le costringe ad azzerare i margini di profitto per poter sopravvivere.

È un profondo processo di trasformazione che nasce sulla spinta della globalizzazione, dalla necessità di riorganizzarsi per affrontare le nuove sfide competitive, ma anche perché un modello basato solamente

sulla crescita quantitativa come abbiamo avuto in passato non è più sostenibile. Non è più immaginabile avere un sistema che per svilupparsi necessita sempre di un'aggiunta di fattori produttivi - più imprese, più occupati, più spazi - ma occorre pensare ad un sistema basato sulla sostituzione dei fattori produttivi, imprese più forti e più avanzate, occupazione più formata, un più attento uso degli spazi. Bisogna andare, come si dice da tempo e da più parti, verso la via alta dello sviluppo, puntare sull'innovazione, sulla qualità e, soprattutto, sulle persone. Occorre fare della conoscenza un differenziale competitivo. Il confronto con le altre province europee ci dice che in questo percorso verso la via alta dello sviluppo Reggio Emilia non è in ritardo, anzi per molti aspetti precede ed anticipa le altre province, ad ulteriore conferma di come il PIL non riesca a raccontarci tutto. Tuttavia, alla luce dei cambiamenti, la domanda che ci dobbiamo porre è se questo processo di trasformazione riuscirà a realizzare quello che dovrebbe essere il suo fine ultimo, il benessere dei cittadini.

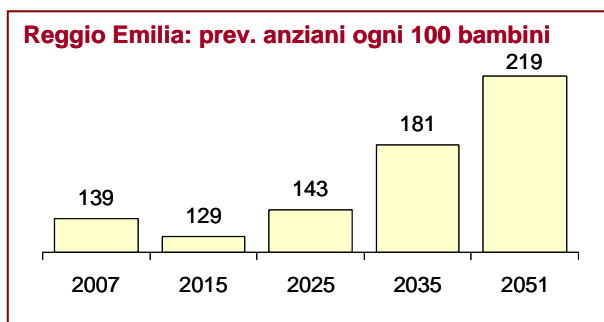
Quarto numero: 46.000. C'è un altro fenomeno che sta cambiando profondamente la regione e lo riassume attraverso l'ultimo numero a disposizione, 46mila. Corrisponde al saldo migratorio netto registrato da Reggio Emilia negli ultimi 5 anni. Cioè negli ultimi cinque anni a Reggio Emilia sono arrivati dalle altre regioni italiane e dall'estero, al netto di quelli che dalla provincia si sono trasferiti



altrove, 46mila nuovi abitanti. Si tratta di una dinamica che per dimensioni non ha uguali nelle altre province italiane e, per la velocità con la quale è avvenuta, nemmeno nelle altre province europee. È evidente che un flusso migratorio così consistente avvenuto in tempi brevissimi non è semplice da assorbire, un ingresso così rilevante di persone che nella maggioranza dei casi presenta redditi bassi comporta inevitabilmente degli squilibri sociali ed economici sul territorio. Una

dinamica sulla quale si innesta il progressivo invecchiamento della popolazione, rendendone le conseguenze ancora più critiche.

L'effetto più evidente di questi cambiamenti economici e sociali è il venir meno della consequenzialità tra crescita e benessere dei cittadini. Se, in passato, del successo delle imprese ne beneficiava larga parte del sistema territoriale, oggi lo stesso modello di sviluppo non sembra più in grado di assicurare l'equilibrio tra efficienza economica, equità sociale e sostenibilità ambientale.



Allora, affinché le trasformazioni in atto continuino a creare benessere, il paradigma che vuole che imprese competitive rendono il territorio competitivo va, in qualche misura, ribaltato. Si è competitivi - come imprese e come persone - se si è inseriti in un sistema territoriale competitivo. Esperire questo

ribaltamento del paradigma richiede un salto culturale non indifferente, significa porre al centro delle strategie - al pari della via alta dello sviluppo - concetti quali comunità, etica, responsabilità sociale identità, identità che come sappiamo non è fissa e precostituita, ma liquida, come direbbe Bauman, che nasce attorno alla condivisione di obiettivi e valori. Concetti che non si possono sintetizzare attraverso numeri, che facciamo fatica a misurare a colpi di PIL, ma sui quali, in definitiva, si gioca la nostra capacità di competere con le altre province europee.

1.2 Caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro

Il mercato del lavoro a Reggio Emilia è caratterizzato da livelli estremamente elevati di occupazione, rimasti relativamente stabili nel triennio 2004-'06 e relativi a entrambi i generi

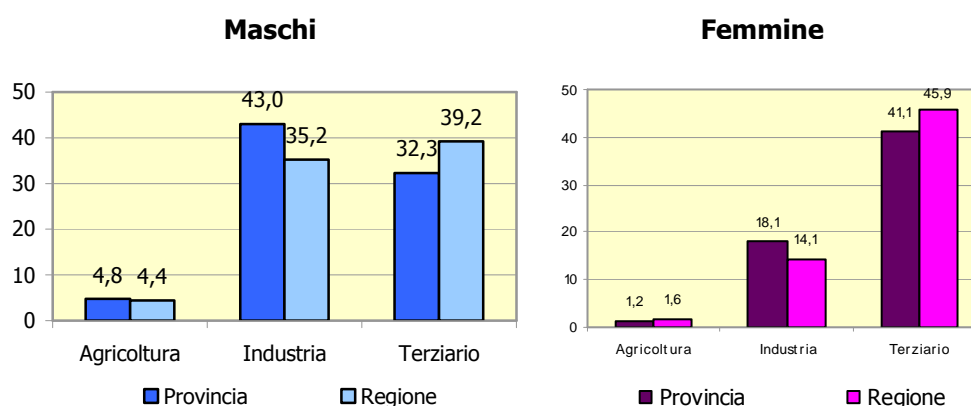
Tab. 1 Tasso di occupazione e tasso di disoccupazione in Provincia di Reggio Emilia e in Regione (valori percentuali) – Anni 2004-2006

Popolazione 15 - 64 anni	Maschi	Tasso di occupazione		Tasso di disoccupazione	
		Provincia	Regione	Provincia	Regione
	2004	80,5	76,2	1,0	2,7
2005	81,7	76,6	1,7	2,7	
2006	80,0	77,1	2,1	2,6	
Femmine	Tasso di occupazione		Tasso di disoccupazione		
	Provincia	Regione	Provincia	Regione	
	2004	61,0	60,2	5,0	5,0
2005	59,5	60,0	5,4	5,3	
2006	60,8	61,5	3,2	4,3	

Fonte: Servizio Lavoro Emilia-Romagna su dati ISTAT

La rilevante occupazione nell'industria e la tenuta in agricoltura appaiono come una peculiarità di questa provincia rispetto al panorama regionale. L'occupazione nell'industria è prevalentemente a carico dell'industria di trasformazione, cioè manifatturiera, nella quale trova impiego più del 30% degli uomini e del 15% delle donne occupate.

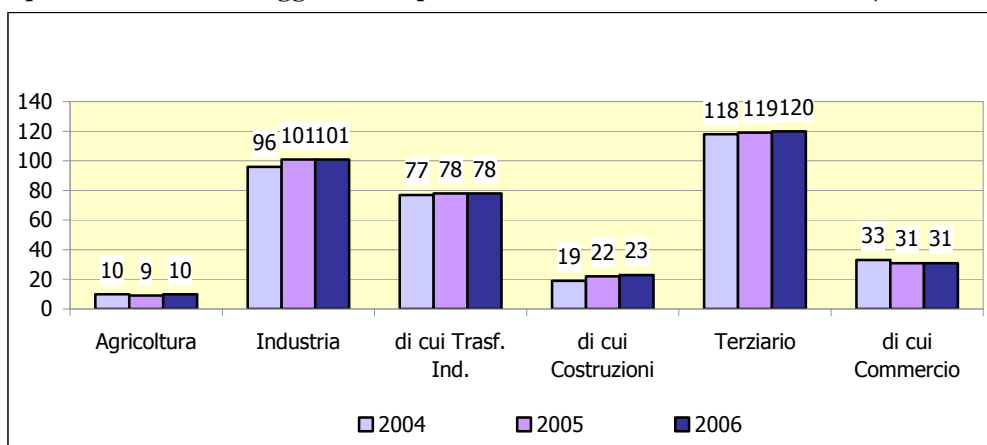
Graf. 1 Percentuale di occupati per attività economica e genere in Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna – Anno 2005



Fonte: nostre elaborazioni su dati Servizio Lavoro Emilia-Romagna su dati ISTAT

Gli occupati totali sono passati da 224.000 nel 2004 a 231.000 nel 2006. L'incremento di 7.000 occupati è stato assorbito prevalentemente dal settore delle costruzioni (+4.000 occupati), seguito dal terziario (+2.000) e dal comparto manifatturiero dell'industria (+1.000). L'agricoltura appare stabile, con circa 10.000 occupati e appare in modesta flessione il commercio (-2.000). Questo quadro occupazionale pone qualche preoccupazione per l'intrinseca fragilità del comparto delle costruzioni, legato strettamente alla congiuntura economica ed a progetti a termine come l'Alta Velocità, e dotato di mano d'opera per lo più poco qualificata, in maggior parte straniera.

Graf. 2 Occupati in Provincia di Reggio Emilia per settore di attività economica e anno (numeri assoluti *1000)



Fonte: Servizio Lavoro Emilia-Romagna su dati ISTAT

1.3 Lavoratori stranieri

Nella provincia di Reggio Emilia nel 2006 risultano regolarmente occupati più di 23.000 lavoratori stranieri. Essi sono in incremento rispetto all'anno precedente e rappresentano il 10,3% del totale degli occupati, percentuale superiore a quella regionale (7,8%), da cui si discosta anche il modello occupazionale. La distribuzione dei lavoratori nei diversi comparti indica infatti una rilevante occupazione nel comparto delle costruzioni, nel quale sono quasi il 30% degli occupati, e in "altre attività", in cui verosimilmente preponderante è il peso dell'attività di cura. Quasi il 12% dell'occupazione in agricoltura è garantita da lavoratori stranieri, il doppio della percentuale regionale.

Tab. 2 Occupati, italiani e stranieri, per settore di attività, in provincia di Reggio Emilia e in regione Emilia-Romagna

Settore di attività	occupati	di cui stranieri	
	Totale	N.	%
Agricoltura	10.135	1.193	11,8
Industria	78.301	6.187	7,9
Costruzioni	22.770	6.529	28,7
Commercio	31.265	971	3,1
Altre attività	88.861	8.862	10,0
Reggio Emilia	231.332	23.742	10,3
Agricoltura	82.209	4.629	5,6
Industria	538.580	43.126	8,0
Costruzioni	136.704	22.456	16,4
Commercio	310.285	18.035	5,8
Altre attività	850.427	61.783	7,3
Regione	1.918.205	150.029	7,8

Fonte: SILER (Sistema informativo lavoro Emilia-Romagna)

Tra i titolari d'impresa una quota non irrilevante è costituita da stranieri (13,4%), in proporzione nettamente superiore alla media regionale (8,7) e nazionale (6,6).

Tab. 3 Titolari d'impresa, italiani e stranieri, provincia di Reggio Emilia, regione Emilia-Romagna e Italia

Territorio	Titolari d'impresa		
	Totale	N.	%
Provincia di RE	33.684	4.503	13,4
Emilia-Romagna	243.451	21.270	8,7
Italia ⁴	3.433.402	226.126	6,6

Fonte: SILER (Sistema Informativo Lavoro Emilia-Romagna)

1.4 Tenore di vita

Il reddito medio pro-capite a Reggio Emilia risulta costantemente inferiore a quello delle altre province dell'Emilia e il più basso in regione, insieme con Rimini.

Tab. 4 Reddito medio pro-capite nelle Province dell'Emilia-Romagna - Anni 2003-2006

Province	2003		2004		2005		2006	
	Redd	Redd/ Pop	Redd	Redd/ Pop	Redd	Redd/ Pop	Redd	Redd/ Pop
Piacenza	5.201,10	19,33	5.343,65	19,62	5.571,66	20,28	5.792,64	20,91
Parma	7.781,92	19,54	7.965,05	19,60	8.506,27	20,50	8.948,36	21,39
Reggio Emilia	9.144,77	19,57	9.534,58	19,89	9.656,07	19,68	9.896,42	19,88
Modena	13.373,13	20,65	13.879,52	21,16	14.299,58	21,58	14.779,56	22,13
Bologna	19.242,38	20,67	20.076,46	21,37	20.833,66	22,00	21.609,34	22,69
Ferrara	6.568,58	19,00	6.757,31	19,39	7.057,98	20,13	7.344,22	20,84
Ravenna	6.984,88	19,77	7.343,99	20,38	7.493,43	20,40	7.708,23	20,75
Forlì-Cesena	7.439,03	20,41	7.692,80	20,84	7.588,36	20,34	7.677,28	20,40
Rimini	5.642,79	20,23	5.914,82	20,82	5.762,49	19,98	5.794,54	19,84

REDD: reddito disponibile delle famiglie e istituzioni sociali e private (ISP). Valori a prezzi correnti, milioni di euro
POP: popolazione residente a metà anno. Migliaia di persone. Fonte: ISTAT

Fonte: PROMETEIA - Scenari per le economie locali

Coerentemente la spesa per i consumi finali delle famiglie è la più bassa in assoluto di tutta la regione, così come l'incremento nell'ultimo triennio considerato.

Tab. 5 Reddito medio pro-capite e consumo familiare nelle Province dell'Emilia-Romagna nel 2006

Province	Pop	Redd	VCF	VCF/Pop	Differenza 2006-'04
Piacenza	277,04	5.792,64	4.681,88	16,90	1,08
Parma	418,44	8.948,36	7.815,52	18,68	1,05
Reggio Emilia	497,79	9.896,42	7.173,74	14,41	0,76
Modena	667,73	14.779,56	10.885,62	16,30	1,08
Bologna	952,25	21.609,34	18.389,60	19,31	1,29
Ferrara	352,38	7.344,22	6.162,67	17,49	1,19
Ravenna	371,44	7.708,23	7.171,63	19,31	1,12
Forlì-Cesena	376,34	7.677,28	8.048,84	21,39	1,40
Rimini	292,00	5.794,54	5.847,80	20,03	1,23

REDD: reddito disponibile delle famiglie e istituzioni sociali e private (ISP). Valori a prezzi correnti, milioni di euro
POP: popolazione residente a metà anno. Migliaia di persone. Fonte: ISTAT

VCF: spesa per consumi finali delle famiglie. Valori a prezzi correnti, milioni di euro

Fonte: PROMETEIA - Scenari per le economie locali

Questo aspetto, apparentemente contraddittorio rispetto al dato di piena occupazione di questa provincia, potrebbe essere il risultato di una serie di fattori, connessi principalmente alle caratteristiche della struttura produttiva, che favorisce un mercato del lavoro prevalentemente poco qualificato (giovani con basso titolo di studio e lavoratori stranieri), quindi a basso salario. Inoltre una struttura produttiva con una importante componente ad alta intensità di lavoro non qualificato favorisce il lavoro precario e il lavoro nero, caratterizzati entrambi da bassi salari.

2 Profilo demografico del territorio

2.1 Composizione della popolazione e previsioni demografiche

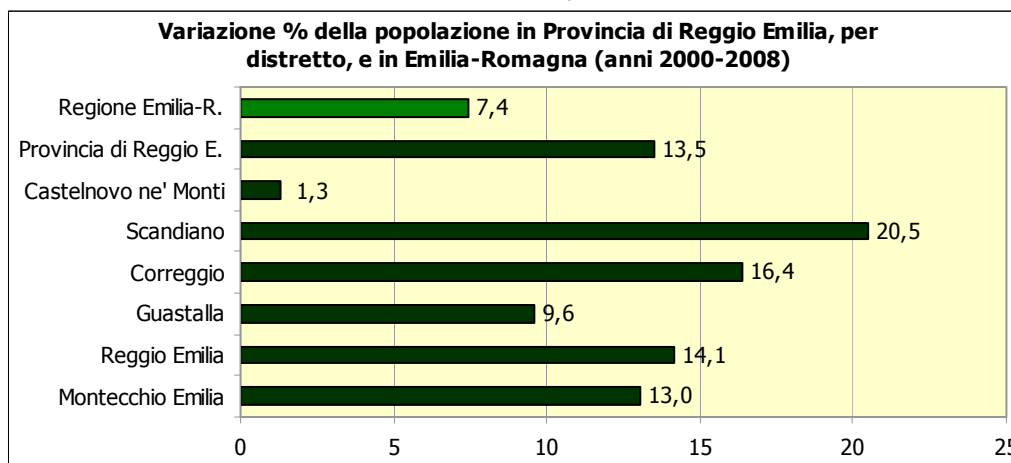
Nella tabella successiva si riporta la composizione della popolazione per età e genere nei diversi distretti e nel totale della provincia.

Territorio		Classi di età							Totale
		<1	1-17	18-39	40-54	55-64	65-74	75 e più	
Montecchio Emilia	Maschi	309	4.932	8.992	6.525	3.368	2.744	2.317	29.187
	Femmine	292	4.678	8.565	6.314	3.488	3.113	3.727	30.177
	Totale	601	9.610	17.557	12.839	6.856	5.857	6.044	59.364
Reggio Emilia	Maschi	1.312	18.238	32.918	24.122	11.514	9.761	7.706	105.571
	Femmine	1.151	17.277	31.451	23.273	12.393	11.012	13.592	110.149
	Totale	2.463	35.515	64.369	47.395	23.907	20.773	21.298	215.720
Guastalla	Maschi	406	5.816	10.758	7.899	3.969	3.374	2.617	34.839
	Femmine	375	5.278	9.821	7.381	4.103	3.897	4.666	35.521
	Totale	781	11.094	20.579	15.280	8.072	7.271	7.283	70.360
Correggio	Maschi	300	4.724	8.161	5.905	2.872	2.376	1.956	26.294
	Femmine	291	4.275	7.416	5.546	3.048	2.701	3.242	26.519
	Totale	591	8.999	15.577	11.451	5.920	5.077	5.198	52.813
Scandiano	Maschi	456	6.691	12.412	8.844	4.383	3.442	2.567	38.795
	Femmine	402	6.197	11.759	8.478	4.369	3.558	4.030	38.793
	Totale	858	12.888	24.171	17.322	8.752	7.000	6.597	77.588
Castelnovo ne' Monti	Maschi	151	2.355	4.526	3.733	2.125	2.113	2.034	17.037
	Femmine	149	2.184	4.159	3.479	2.044	2.173	3.078	17.266
	Totale	300	4.539	8.685	7.212	4.169	4.286	5.112	34.303
Provincia di Reggio Emilia	<i>Maschi</i>	<i>2.934</i>	<i>42.756</i>	<i>77.767</i>	<i>57.028</i>	<i>28.231</i>	<i>23.810</i>	<i>19.197</i>	<i>251.723</i>
	<i>Femmine</i>	<i>2.660</i>	<i>39.889</i>	<i>73.171</i>	<i>54.471</i>	<i>29.445</i>	<i>26.454</i>	<i>32.335</i>	<i>258.425</i>
	<i>Totale</i>	<i>5.594</i>	<i>82.645</i>	<i>150.938</i>	<i>111.499</i>	<i>57.676</i>	<i>50.264</i>	<i>51.532</i>	<i>510.148</i>
Regione Emilia-Romagna	<i>Maschi</i>	<i>20.622</i>	<i>313.885</i>	<i>600.444</i>	<i>482.198</i>	<i>254.796</i>	<i>223.512</i>	<i>183.509</i>	<i>2.078.966</i>
	<i>Femmine</i>	<i>19.177</i>	<i>295.361</i>	<i>576.383</i>	<i>473.160</i>	<i>270.609</i>	<i>256.227</i>	<i>304.960</i>	<i>2.195.877</i>
	<i>Totale</i>	<i>39.799</i>	<i>609.246</i>	<i>1.176.827</i>	<i>955.358</i>	<i>525.405</i>	<i>479.739</i>	<i>488.469</i>	<i>4.274.843</i>

Tab. 6 Composizione della popolazione per età e genere nei distretti della Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna al 01/01/2008

La serie storica mostra che l'incremento avvenuto tra il 2000 e il 2008 (13.5%) è il più alto registrato in regione e riguarda tutti i distretti, in modo particolarmente rilevante in quelli di Scandiano, Correggio e Reggio Emilia.

Graf. 3 Variazione % della popolazione in Provincia di Reggio Emilia, per distretto, e in Emilia-Romagna (anni 2000-2008)



Fonte: Nostra elaborazione su dati SISEPS e Servizio controllo di gestione e sistemi statistici

La previsione demografica per il futuro continua a essere di rilevante crescita, come indica la tabella seguente, costruita con i dati ISTAT relativi all'ipotesi intermedia. Tutte le classi di età aumentano considerevolmente, con l'unica eccezione della classe 25-34 anni. I giovani di quell'età negli anni considerati rappresentano le coorti dei nati negli anni '80, quando a Reggio Emilia, e in gran parte dell'Italia del Nord, si registra un rilevante calo della natalità, non ancora compensata dall'apporto degli immigrati.

Tab. 7 Previsione demografiche 2007-2015 per classi di età nella Provincia di Reggio Emilia (ipotesi intermedia) e popolazione totale secondo l'ipotesi bassa e l'ipotesi alta

Classi di età	Anni			Var. 2015-2007	
	2007	2011	2015	n.	%
<1	5.381	5.954	5.874	493	9,2
1-14	67.177	75.982	82.533	15.356	22,9
15-24	44.318	47.706	51.448	7.130	16,1
25-34	74.840	69.822	65.798	-9.042	-12,1
35-44	85.662	93.973	94.067	8.405	9,8
45-54	65.962	76.846	87.987	22.025	33,4
55-64	56.999	62.090	64.335	7.336	12,9
65-74	50.030	49.410	53.782	3.752	7,5
75+	50.995	55.733	60.167	9.172	18,0
Totale	501.364	537.516	565.991	64.627	12,9
Ip. Bassa	501.364	535.718	560.288	58.924	11,7
Ip. alta	501.364	539.272	571.578	70.214	14,0

Fonte: Istat

L'incremento, come meglio si vedrà nel prossimo paragrafo, è in massima parte sostenuto dal flusso migratorio, a cui si accompagna la ripresa della natalità (v.), a carico prevalentemente della popolazione immigrata.

2.2 Bilancio demografico

Il rilevante incremento demografico registrato negli ultimi anni dipende sostanzialmente da un saldo migratorio fortemente positivo che, seppur con differente intensità, interessa tutti i distretti.

Per il terzo anno consecutivo, in controtendenza con il dato regionale, si registra anche un saldo naturale positivo, rilevabile in tutti i distretti, con l'eccezione di Castelnuovo Monti e, in minor misura, Montecchio.

Il saldo complessivo è stato di 8.760 unità e le principali caratteristiche demografiche della provincia sono pertanto costituite dalla ripresa della natalità e dalla presenza rilevante di popolazione immigrata. I due fattori sono tra loro correlati, essendo l'incremento della natalità prevalentemente a carico di questa popolazione. Se infatti si computassero solo i nati italiani, il saldo naturale sarebbe ampiamente negativo (circa -1.200 soggetti nel 2007).

Tab. 8 Bilancio demografico della popolazione della provincia di Reggio Emilia per distretto - Anno 2007

Distretti	Nati	Morti	Saldo Naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo migratorio	Saldo complessivo
Montecchio Emilia	610	638	-28	3.127	2.142	985	957
Reggio Emilia	2.541	2.098	443	9.792	6.627	3.165	3608
Guastalla	793	773	20	3.379	2.328	1.051	1071
Correggio	606	525	81	2.770	1.623	1.147	1228
Scandiano	871	679	192	4.192	2.500	1.692	1884
Castelnuovo ne' Monti	307	498	-191	1.057	854	203	12
Provincia	5.278	5.211	517	24.317	16.074	8.243	8760

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Questi dati sono passibili di interpretazioni contraddittorie: se da un lato, infatti, l'incremento della popolazione è un dato positivo in una realtà caratterizzata fino a pochi anni fa da una sostanziale stagnazione demografica, dall'altro la rapidità dell'incremento rende difficoltoso l'adeguamento strutturale indispensabile e può generare una reazione di chiusura nella popolazione italiana.

2.3 Natalità²

Negli ultimi 10 anni si è registrato in provincia di Reggio Emilia un incremento pressoché costante del tasso di natalità, che negli ultimi due anni considerati oscilla intorno a 11‰.

Negli anni 1999-2007 la provincia ha costantemente presentato il più alto tasso di natalità della regione e uno dei più alti d'Italia.

Tab. 9 Tasso di natalità nei distretti della Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna

Distretti	2003	2004	2005	2006	2007
Montecchio Emilia	9,53	10,41	10,45	10,55	10,36
Reggio Emilia	11,45	11,71	11,35	11,23	11,88
Guastalla	9,32	10,33	10,80	9,96	11,36
Correggio	11,57	12,34	11,97	11,21	11,61
Scandiano	10,97	10,97	11,06	11,91	11,37
Castelnuovo ne' Monti	7,79	7,72	7,52	7,86	8,95
Provincia di Reggio Emilia	10,59	11,03	10,92	10,84	11,33
Emilia-Romagna	8,82	9,25	9,24	9,38	9,53

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Il contributo fornito alla natalità dalla popolazione straniera residente è stato stimato attraverso i dati della popolazione di 0 anni³. Dal 2000 al 2007 l'incremento risulta costante e nell'ultimo anno considerato la percentuale di bambini < 1 anno con cittadinanza straniera supera il 20%. A ciò

² La natalità è calcolata come il numero di nati sulla popolazione totale x 1000, per ogni anno solare considerato.

³ Fonte: Osservatorio provinciale della popolazione straniera

corrisponde, nell'intero periodo considerato, un tasso di natalità della popolazione italiana stabilmente compreso tra l'8 e il 9‰, mentre negli stranieri esso si aggira intorno al 30‰.

Tab. 10 Popolazione in età 0 anni per cittadinanza e anno (dati al 31/12 di ogni anno)

Cittadinanza	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Italiani	3.914	86,9	4.038	85,7	4.140	85,0	4.308	82,9	4.350	82,2	4.231	79,7	4.396	78,6
Stranieri	592	13,1	674	14,3	730	15,0	886	17,1	943	17,8	1.079	20,3	1.198	21,4
Totale	4.506	100	4.712	100	4.870	100	5.194	100	5.293	100	5.310	100	5.594	100

Fonte: Osservatorio provinciale della popolazione straniera

2.4 Popolazione straniera

Il grafico seguente riporta la proporzione di residenti con cittadinanza non italiana, inclusi i cittadini comunitari, a RE, in regione e in Italia, al censimento 2001 e al 1 gennaio degli anni considerati. La proporzione di stranieri residenti rispetto al totale della popolazione è sempre nettamente più elevata a Reggio Emilia rispetto alla media regionale e nazionale, e tale differenza si è ulteriormente accentuata negli ultimi tre anni. Nel 2008 tale proporzione ha ormai superato il 10%. I Distretti più interessati dal fenomeno migratorio sono quelli di Reggio Emilia, Guastalla e Correggio, nei quali la quota di cittadini stranieri supera ormai l'11%.

Tab. 11 Percentuale della popolazione straniera sul totale della popolazione residente nei distretti della Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna al 1° gennaio di ogni anno

Distretti	2005		2006		2007		2008	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Montecchio Emilia	3.346	5,9	3.810	6,6	4.096	7,0	4.572	7,7
Reggio Emilia	18.412	8,9	20.763	9,9	23.036	10,9	25.722	11,9
Guastalla	6.320	9,3	7.142	10,3	7.477	10,8	8.310	11,8
Correggio	4.219	8,5	4.644	9,2	5.207	10,1	5.903	11,2
Scandiano	3.807	5,3	4.363	5,9	4.769	6,3	5.500	7,1
Castelnovo ne' Monti	1.971	5,7	2.082	6,1	2.172	6,3	2.413	7,0
Provincia	38.075	7,8	42.804	8,7	46.757	9,3	52.420	10,3
Regione	257.233	6,2	289.013	6,9	318.076	7,5	365.720	8,6

*: Dati al 1 gennaio di ogni anno. Fonte: ISTAT (Regione Emilia-Romagna per il 2008).

La tabella successiva riporta la distribuzione per classe di età della popolazione straniera al 01.01.2008. La classe di età più numerosa continua a essere in entrambi i generi quella dei giovani adulti (25-44 anni), ma per la prima volta la classe di età successiva (45-64) supera in numerosità quella dei giovani (15-24).

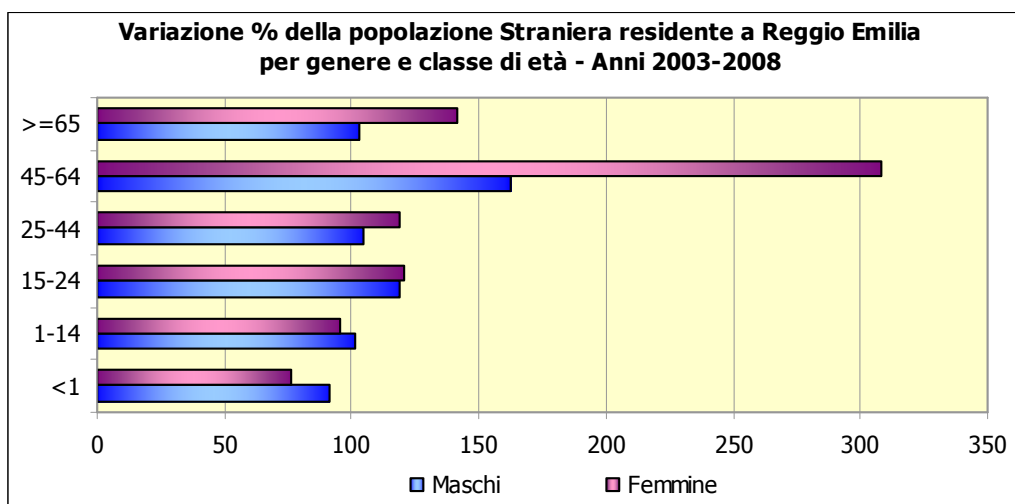
Tab. 12 Distribuzione per classe di età della popolazione straniera a Reggio Emilia (01.01.2008)

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
< 1	663	596	1.259
1-4	2.117	1.917	4.034
5-14	3.525	3.123	6.648
15-24	3.484	3.265	6.749
25-44	13.600	11.839	25.439
45-64	3.528	3.967	7.495
>= 65	294	502	796
Totale	27.211	25.209	52.420

Fonte: ISTAT

Di fatto, la classe 45-64 anni è quella che ha visto il maggior incremento dal 2003, soprattutto nelle donne, ma non solo. Se l'aumento rilevante tra le donne è dovuto in massima parte all'arrivo delle badanti dall'est europeo, l'incremento maschile è attribuibile soprattutto all'invecchiamento della popolazione da maggior tempo presente in Italia.

Ciò significa che il panorama degli stranieri a Reggio Emilia sta diventando più complesso, per la compresenza di soggetti giovani arrivati da poco in Italia e di famiglie stabilizzate con figli piccoli, insieme con i soggetti da più tempo presenti, che iniziano a invecchiare.

Graf. 4 Variazione % della popolazione straniera residente a Reggio Emilia per genere e classe di età - Anni 2003-2008

A Reggio sono presenti 136 diverse nazionalità, ma quelle che da sole costituiscono più dell'80% del totale sono elencate nella tabella successiva, nella quale l'informazione sulla variazione % tra due anni consecutivi rende conto della vivacità del fenomeno migratorio nelle diverse nazionalità: continua l'incremento dell'immigrazione dall'Europa dell'est, con l'esplosione della migrazione dalla Romania, anche se Marocco, India e Cina, insieme con Albania, sono ancora le nazionalità più rappresentate. Per Ucraina e Moldova l'immigrazione è prevalentemente femminile, legata all'occupazione come badanti.

Tab. 13 Popolazione straniera al 01/01/2008 per cittadinanza (prime 15) residente in Provincia di Reggio Emilia e variazione % rispetto all'anno precedente

Nazionalità	N.	%	var. % 2008-2007
Marocco	8.534	16,3	2,6
Albania	5.945	11,3	9,2
India	4.610	8,8	12,6
Cina	4.086	7,8	10,3
Pakistan	3.349	6,4	11,6
Romania	3.237	6,2	89,2
Tunisia	2.750	5,2	4,2
Ucraina	2.589	4,9	15,5
Ghana	2.266	4,3	6,7
Moldova	1.447	2,8	31,1
Egitto	1.353	2,6	2,3
Nigeria	1.066	2,0	9,2
Polonia	1.061	2,0	24,7
Serbia e Montenegro	832	1,6	13,4
Sri Lanka	824	1,6	16,4
<i>Totale primi 15</i>	<i>43.949</i>	<i>83,8</i>	<i>12,8</i>
Altri paesi	8.471	16,2	8,7
Totale	52.420	100	12,1

Fonte: Osservatorio provinciale sulla popolazione straniera

La distribuzione nei diversi Distretti non è omogenea, ma vede una prevalenza di Indiani e Pakistani nei Distretti di Guastalla e Correggio, di Cinesi a Reggio Emilia, mentre Marocchini e Albanesi sono distribuiti in modo più omogeneo sul territorio provinciale. I cittadini romeni, in rapida crescita, abitano prevalentemente nel distretto capo-luogo.

Tab. 14 Popolazione straniera al 01.01.2008 dei primi cinque paesi di provenienza per Distretto, in provincia di Reggio Emilia e in regione Emilia Romagna

Territorio	Primi 5 Paesi di provenienza*				
	Marocco	Albania	India	Cina	Pakistan
Montecchio Emilia	1.023	636	341	93	4
Reggio Emilia	3.434	2.873	586	2.481	202
Guastalla	1.000	521	1.785	617	1.394
Correggio	422	157	1.219	443	1.372
Scandiano	1.590	830	82	71	22
Castelnovo ne' Monti	845	425	80	0	8
Tot Provincia	8.314	5.442	4.093	3.705	3.002
Regione	53.628	44.254	9.629	16.523	10.467

Fonte: Regione Emilia-Romagna

2.5 Anziani

Per descrivere l'importanza e il peso che la popolazione anziana assume in un determinato contesto la demografia utilizza alcuni indicatori che esplorano aspetti diversi del tema.

Innanzitutto il numero assoluto degli anziani rende conto dell'effettivo carico che questa classe di età rappresenta. Da questo punto di vista la popolazione in età ≥ 65 anni a Reggio Emilia, così come in tutta la regione, è in costante incremento negli ultimi anni, con un aumento dal 2000 al 2007 del 7,5%, inferiore al dato regionale (8,3%). Al 01.01.2008 si contavano a Reggio 101.796 soggetti, a fronte dei 98.627 di tre anni prima.

Il livello di invecchiamento della popolazione è invece indicato dalla proporzione che la popolazione anziana rappresenta sul totale della popolazione (Indice di vecchiaia pop. tot.).

Per effetto dell'aumento di popolazione nelle età più giovani fatto rilevare nei paragrafi precedenti, la percentuale di popolazione anziana a Reggio Emilia, diversamente dall'andamento regionale, è in modesto ma costante decremento negli ultimi anni. Nel 2007 gli anziani rappresentano il 20,2% della popolazione rispetto al 22,8 della media regionale. Il dato di Reggio Emilia è molto vicino alla media nazionale (19,9%).

Se poi la popolazione anziana è rapportata alla popolazione infantile (0-14 anni) l'indice che si ricava esamina la forza con cui avviene il ricambio generazionale (Indice di vecchiaia pop.0-14).

Infine il numero di anziani, rapportato al numero di soggetti in età lavorativa (15-64 anni) dà informazioni sul carico sociale che gli anziani rappresentano nello specifico contesto (Indice di dipendenza).

La tabella che segue sintetizza i tre indici appena presentati, fornendo i valori per Reggio Emilia, la regione Emilia-Romagna, l'Italia. Da essa emerge che Reggio Emilia presenta un indice di vecchiaia 0-14 di poco inferiore alla media nazionale (139,2 vs 141,7) e molto più basso di quello regionale (180,1). Anche l'indice di dipendenza è sensibilmente inferiore a quello regionale (30,8 vs 35,2) e molto simile a quello medio nazionale.

Tab. 15 Indici demografici per la popolazione anziana al 01/01/2007 in Provincia di Reggio Emilia, in Emilia Romagna e in Italia

Anno 2007	Indice di vecchiaia		Indice di dipendenza
	Pop. 0-14	Pop. tot.	
Reggio Emilia	139,2	20,2	30,8
Emilia-Romagna	180,1	22,8	35,2
Italia	141,7	19,9	30,2

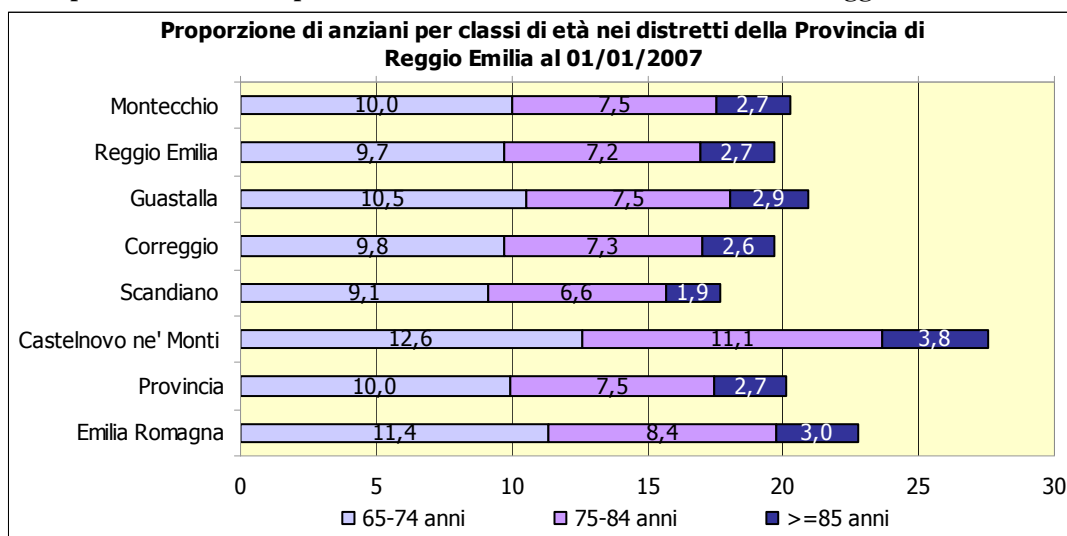
Fonte: ISTAT

In altre parole: ogni 100 bambini vi sono a Reggio 139 anziani, contro i 180 della regione e i 141 della media nazionale; ogni 100 persone in età lavorativa vi sono a Reggio meno di 31 anziani da mantenere, contro i 35 della regione, molto simili ai 30 della media nazionale.

Questi dati indicano che a Reggio Emilia in un prossimo futuro il carico assistenziale maggiore sarà riferito ai bambini e ai giovani (asili, scuole, pediatri, divisioni di ostetricia, processi educativi) e che, in prospettiva, gli anziani rappresenteranno quote via via inferiori dell'intera popolazione, anche se il loro numero tenderà ad aumentare. Se questo si tradurrà in un minor carico sociale per la collettività dipenderà tuttavia dall'organizzazione che la società e la famiglia sapranno darsi.

Il grafico che segue rappresenta la proporzione di anziani per classe di età (65-74, 75-84, 85+) nei diversi distretti della provincia, da cui si evince che il distretto con la maggior presenza percentuale di anziani, superiore al 27% è, ovviamente, quello della montagna, mentre quelli più giovani sono i distretti dove rilevante è il fenomeno migratorio, interno (Scandiano) o esterno (Correggio e Reggio Emilia).

Graf. 5 Proporzione di anziani per classi di età nei distretti della Provincia di Reggio Emilia al 01/01/2007



Fonte: Regione Emilia-Romagna

2.6 Composizione familiare

La composizione media delle famiglie a Reggio Emilia nel 2006 è più elevata della media regionale (2,4 vs 2,3). Questo dato è in linea con la minor quota di famiglie mononucleari registrata a Reggio nel censimento 2001 (25,2 vs 27,7) e può essere ascritta alla maggior propensione dei reggiani a vivere in famiglia allargata e, negli ultimi anni, alla maggior numerosità delle famiglie straniere.

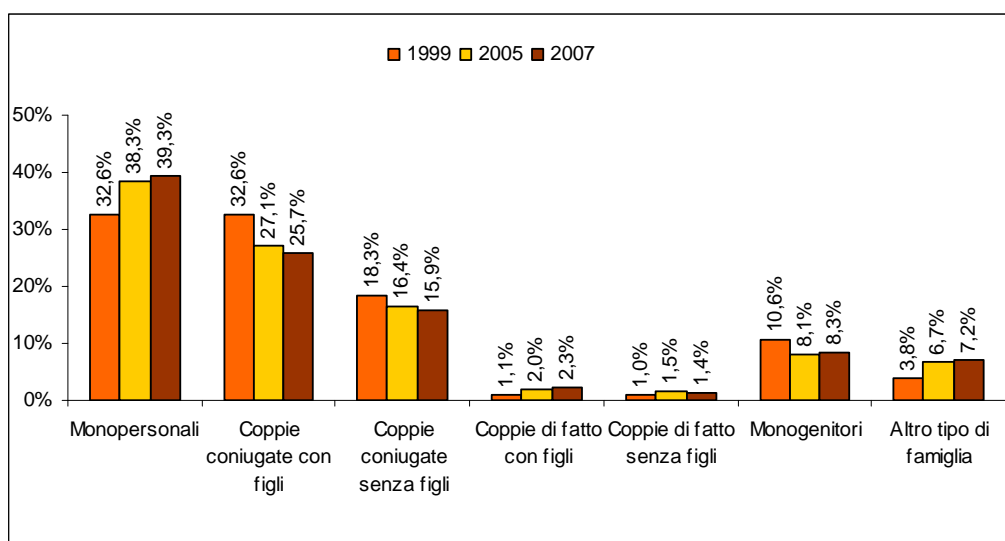
Tab. 16 Famiglie e numero medio di componenti per famiglia, per provincia - Anno 2006

Provincia	Numero di famiglie	N. medio componenti
Piacenza	123.065	2,2
Parma	189.745	2,2
Reggio Emilia	208.963	2,4
Modena	279.819	2,4
Bologna	445.752	2,1
Ferrara	156.267	2,2
Ravenna	163.405	2,3
Forlì-Cesena	155.462	2,4
Rimini	121.750	2,4
Emilia-Romagna	1.844.228	2,3

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Un'idea della tendenza nella composizione delle famiglie può tuttavia meglio essere fornita dai dati, illustrati nella figura successiva, del Comune di Reggio Emilia, che effettua periodicamente un monitoraggio su questo aspetto. Si osserva nel tempo l'incremento delle famiglie mononucleari, la riduzione delle coppie coniugate, con o senza figli, il modesto incremento delle coppie di fatto e il raddoppio degli "altri tipi di famiglia", in cui confluiscono buona parte delle convivenze.

Graf. 6 Tipologie familiari per periodo



Fonte: Comune di Reggio Emilia

3. *Mortalità e Speranza di vita*

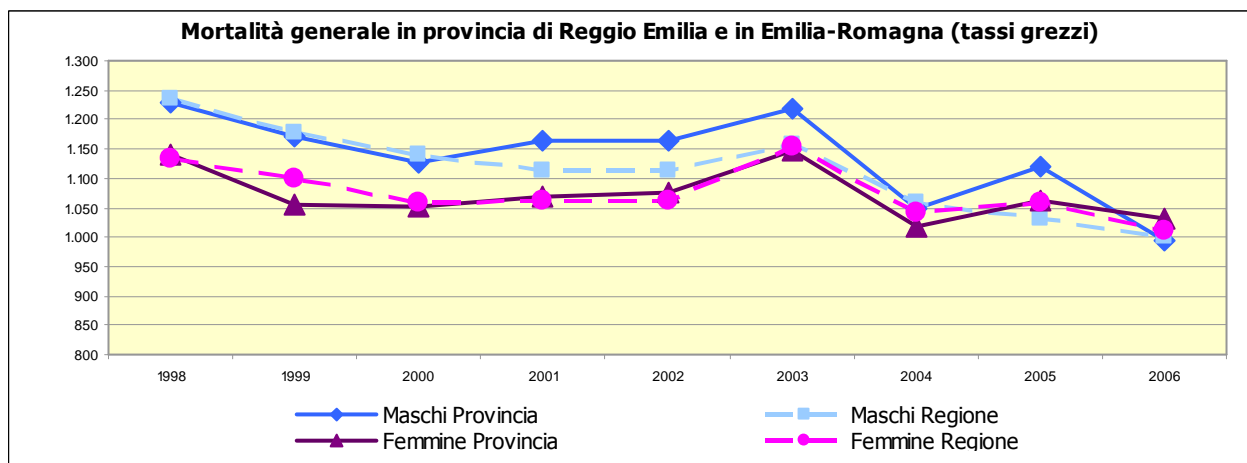
3.1. *Mortalità generale*⁴

In generale la mortalità in provincia di Reggio Emilia non presenta aspetti particolari rispetto a quella regionale, fatta salva una maggiore variabilità in alcuni anni, e anche la distribuzione distrettuale non rileva particolari peculiarità. Di seguito si presenta il confronto con i dati regionali per la mortalità per tutte le cause presentando sia i tassi grezzi che quelli standardizzati (riferimento: popolazione regionale al 31 dicembre 1998).

La mortalità per tutte le cause appare in tutti gli anni considerati sostanzialmente sovrapponibile a quella regionale nelle donne mentre negli uomini appare più oscillante ma nel 2006 è allineata con il tasso medio regionale e, per la prima volta, è inferiore a quella femminile. In entrambi i sessi e nelle due popolazioni si osserva un picco della mortalità nel 2003, più spiccato a Reggio nel sesso maschile, anno caratterizzato da un netto eccesso della mortalità estiva, dovuta principalmente a cause cardio-circolatorie e respiratorie.

⁴ Fonte dei dati: Regione Emilia-Romagna - Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali - Registro Regionale Mortalità.

Graf. 7 Mortalità generale in provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna (tassi grezzi)

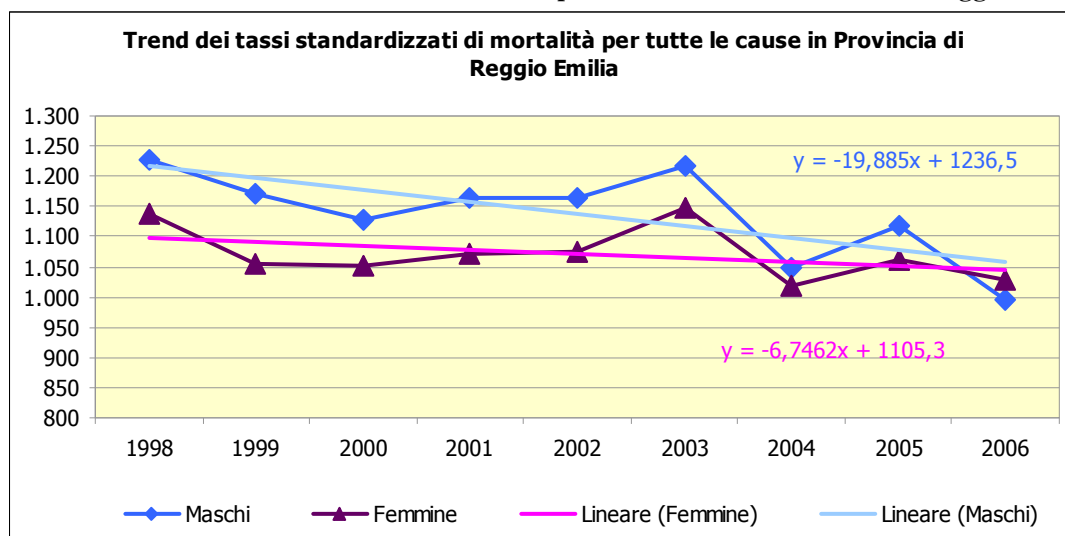


Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna

Il calcolo dei trend evidenzia con chiarezza il progressivo avvicinamento delle curve di mortalità dei due generi, dovuto all'appiattimento della curva di mortalità femminile, mentre quella maschile è ancora in rapida discesa. Questo dato è coerente con l'arresto di incremento della speranza di vita tra le donne, illustrato in un paragrafo precedente.

La riduzione della mortalità generale è dovuta a una riduzione della mortalità per le cause più frequenti: cardio-circolatorie, tumorali, traumatiche.

Graf. 8 Trend dei tassi standardizzati di mortalità per tutte le cause in Provincia di Reggio Emilia



Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna

3.2. Speranza di vita alla nascita e a 65 anni

L'elevato numero di anziani nella popolazione regionale e provinciale, segnalato nel paragrafo precedente, è dovuto alla diminuzione della mortalità e, quindi, all'aumento della speranza di vita registrato in tutti i paesi avanzati.

La speranza di vita è nettamente superiore nel sesso femminile e in entrambi i sessi risulta in maniera costante lievemente superiore in regione rispetto al dato nazionale, mentre non appaiono sostanziali differenze tra Reggio Emilia e la media regionale.

I dati più recenti prodotti dalla Regione mostrano un andamento nel tempo sostanzialmente stabile nelle femmine e in lieve crescita nei maschi, sia in regione che a Reggio Emilia, dove per la speranza alla nascita l'ultimo dato disponibile, riferito al triennio 2003/2005, è di 78 anni nei maschi e di circa 84 anni nelle femmine, mentre per la speranza di vita a 65 anni i dati sono rispettivamente di circa 17 e 21 anni.

Tab. 17 Speranza di vita alla nascita e a 65 anni, provincia di Reggio Emilia e regione Emilia-Romagna

Speranza di vita	Anni					
	1997-1999		2000-2002		2003-2005	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
	<i>alla nascita</i>					
Reggio Emilia	76,5	83,0	77,7	83,9	78,0	83,8
Emilia-Romagna	76,6	82,9	77,8	83,8	78,3	83,6
	<i>a 65 anni</i>					
Reggio Emilia	16,6	21,0	17,1	21,6	17,3	21,4
Emilia-Romagna	16,5	20,5	17,2	21,0	17,7	21,3

Fonte: Registro Regionale Mortalità, Regione Emilia-Romagna

4. Salute e stili di vita

4.1 Mortalità per cause

La mortalità, totale e per causa specifica, è un indicatore robusto benché incompleto dello stato di salute di una popolazione.

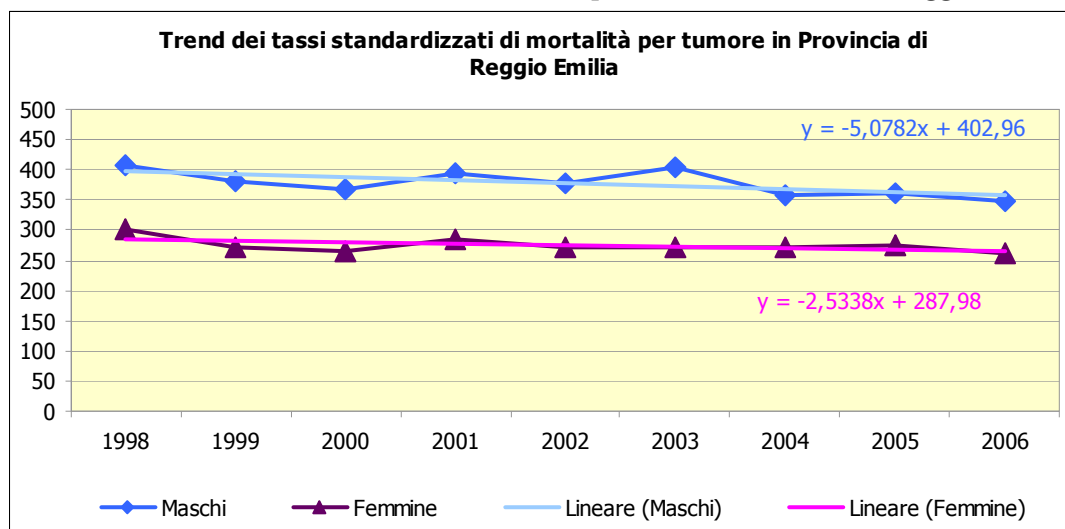
Il modello di mortalità nelle diverse classi di età, a Reggio come in tutta l'Italia, è così caratterizzato:

1. nel primo anno di vita prevalgono nettamente i decessi per malformazioni congenite e per condizioni morbose perinatali;
2. nei maschi di età inferiore a 40 anni la prima causa di morte è rappresentata dai traumatismi, la maggior parte dei quali legati ad accidenti da trasporto, seguita dai tumori; nelle femmine l'ordine di queste due cause si inverte;
3. dai 40 ai 74 anni in entrambi i sessi la prima causa di decesso sono i tumori, seguiti a notevole distanza dalle malattie del sistema circolatorio e dai traumatismi;
4. oltre i 75 anni le malattie cardiocircolatorie diventano, con maggior rilievo nel sesso femminile, la prima causa di morte seguita dai tumori. Dai 70 anni in poi le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di morte.

In entrambi i sessi la prima causa di morte è rappresentata dalle malattie del sistema cardiocircolatorio (44% dei decessi nelle donne e 37% negli uomini), seguita dai tumori (25% donne e 32% uomini) e, a grande distanza dalle malattie dell'apparato respiratorio (7% donne e 10% uomini) e dai traumi (3% nelle donne, 5% negli uomini).

La mortalità per tumore segue lo stesso andamento di quella generale, con curve più appiattite in entrambi i generi.

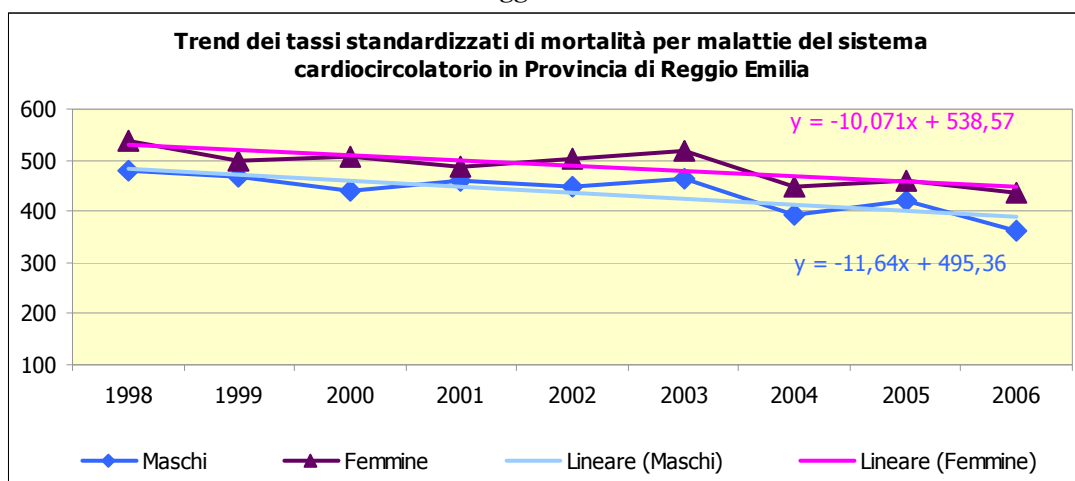
Graf. 9 Trend dei tassi standardizzati di mortalità per tumore in Provincia di Reggio Emilia



Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna

La mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio mostra un calo superiore al 10% dal 1998 agli anni più recenti. E' l'unica causa di morte più elevata nelle donne che negli uomini e anche il decremento, molto elevato negli anni considerati, privilegia lievemente questi ultimi.

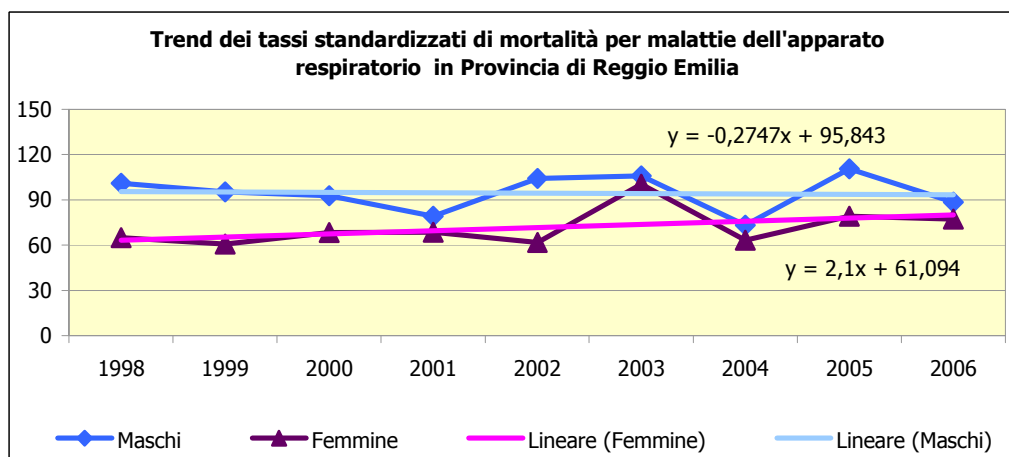
Graf. 10 Trend dei tassi standardizzati di mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio in Provincia di Reggio Emilia



Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna

Le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di morte in entrambi i sessi, molto inferiore a quella da patologie dell'apparato cardio-circolatorio e tumorali. Esse sono sostanzialmente stazionarie tra gli uomini, in lieve aumento tra le donne. Questo dato, coerente con l'incremento di incidenza del tumore del polmone tra le donne (v.), è verosimilmente da attribuire all'incremento di abitudine al fumo tra le donne avvenuto negli ultimi decenni, in controtendenza rispetto a quanto succedeva tra gli uomini, tra i quali si registrava una diminuzione dei fumatori. E' da ricordare che l'Emilia-Romagna è tra le regioni italiane che presentano la più elevata frequenza di fumatrici e la più bassa di fumatori (19,18 e 26,16 rispettivamente, vs la media nazionale di 16,38 e 28,66: dati ISTAT 2005).

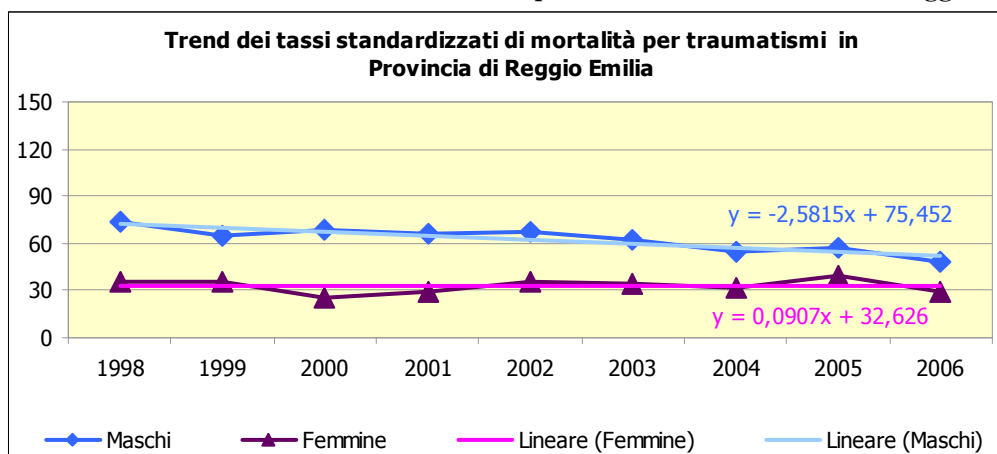
Graf. 11 Trend dei tassi standardizzati di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio in Provincia di Reggio Emilia



Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna

La mortalità per traumi, che riguarda principalmente le classi di età più giovani tra le quali è connessa maggiormente agli incidenti da trasporto, è in netto decremento tra gli uomini, mentre è sostanzialmente stabile tra le donne, su valori assai inferiori a quelli maschili.

Graf. 12 *Trend* dei tassi standardizzati di mortalità per traumatismi in Provincia di Reggio Emilia



Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna

4.2 Mortalità evitabile

Alcune cause di morte potrebbero essere evitate, o fortemente contenute, se fossero messe in atto misure di prevenzione primaria (es.: abitudine al fumo per i tumori delle vie respiratorie e le cardiopatie ischemiche) o comportamenti sicuri (no all'abuso di alcol o all'uso di droghe, moderazione della velocità per gli incidenti stradali). La tabella seguente rende conto del numero di morti per le cause citate e del numero di anni di vita persi in media per ogni soggetto deceduto. Gli incidenti stradali, limitati in frequenza ma più probabili tra i giovani, causano il maggior numero di anni di vita persi.

Tab. 18 Numero morti evitabili e anni di vita persi per deceduto per causa - Anno 2006

Causa di morte (ICD IX)	Morti evitabili/anno			Anni di vita persi per deceduto		
	M	F	Totale	M	F	Totale
Tumori alle vie respiratorio (162 e 165)	239	75	314	11,54	13,24	12,03
Malattie ischemiche cardiache (410-414)	359	356	715	10,09	7,60	8,71
Incidenti stradali (E800-E848)	37	11	48	36,97	30,19	35,35

Fonte: Registro Mortalità della Provincia di Reggio Emilia

4.3 Mortalità infantile

La mortalità infantile (MI)⁵ in provincia di Reggio Emilia è tra le più alte in Emilia-Romagna, con rappresentazione proporzionale delle cause di morte simile a quella regionale.

La tabella successiva mostra come in tutti i periodi di calendario considerati, sebbene in costante calo, i tassi provinciali risultino superiori a quelli regionali. La differenza è significativamente elevata nel periodo 2001-'04, ma anche nell'ultimo triennio considerato la mortalità infantile a Reggio appare superiore alla media regionale del 14 %.

Tab. 19 Mortalità infantile per luogo di residenza: tassi x 1.000.

Mortalità infantile	Emilia-Romagna		Reggio Emilia		Confronto	
	N.	Tasso	N.	Tasso	RR	IC 95%
1993-1996*	274	4,81	75	5,47	1,12	0,87 - 1,44
1997-2000	535	4,23	83	5,00	1,18	0,94 - 1,49
2001-2004	509	3,54	93	4,74	1,34	1,07 - 1,67
2005-2007***	269	3,45	65	3,94	1,14	0,87 - 1,50
1993-2007**	1.587	3,92	316	4,74	1,22	1,08 - 1,37

*: RER 1995/1996; **: RER 1995/2006 ***: RER 2005/2006 RR = rischio relativo, IC = intervalli di confidenza dei RR

Fonte: Registro Provinciale Mortalità

⁵ È la mortalità che colpisce i nati vivi nell'intervallo nel primo anno di vita. La mortalità neonatale è riferita ai primi 28 giorni di vita, mentre quella post-neonatale è relativa al periodo che intercorre tra 29 e 365 giorni dalla nascita.

Entrambe le componenti della mortalità infantile – neonatale e post-neonatale – sono più elevate a Reggio che in regione, ma la mortalità post-neonatale, pur essendo modesta in numeri assoluti, è quella in cui si registra l'eccesso maggiore.

Tab. 20 Mortalità post-neonatale per luogo di residenza: tassi x 1.000

Mortalità post-neonatale	Emilia-Romagna		Reggio Emilia		Confronto	
	N.	Tasso	N.	Tasso	RR	IC 95%
1993-1996*	77	1,35	22	1,61	1,17	0,71 – 1,92
1997-2000	145	1,15	22	1,32	1,16	0,74 - 1,81
2001-2004	154	1,07	33	1,68	1,57	1,08 - 2,29
2005-2007	79	1,01	20	1,23	1,20	0,73 – 1,96
1993-2006**	455	1,12	97	1,48	1,30	1,04 – 1,61

*: RER 1995/1996; **: RER 1995/2006 ***: RER 2005/2006

RR = rischio relativo, IC = intervalli di confidenza del RR

Fonte: Registro Provinciale Mortalità

L'analisi per provenienza geografica dei genitori mostra come, sull'intero periodo, la MI appaia significativamente più elevata negli stranieri. Le differenze appaiono particolarmente spiccate tra il 1997 e il 2004, in cui la mortalità risulta quasi doppia, mentre nell'ultimo biennio si osserva una netta riduzione nei bambini stranieri, con sovrapposibilità dei tassi.

Tab. 21 Mortalità infantile per cittadinanza a Reggio Emilia: tassi x 1.000

Mortalità infantile	Italiani		Stranieri		Confronto	
	N.	Tasso	N.	Tasso	RR	IC 95%
1993-1996	71	5,49	4	5,24	0,96	0,36-2,61
1997-2000	69	4,67	14	8,81	1,88	1,06-3,34
2001-2004	69	4,21	24	8,33	1,98	1,25-3,14
2005-2007	50	3,87	15	4,57	1,18	0,64-2,17
1993-2007	259	4,54	57	6,69	1,47	1,11-1,96

RR = rischio relativo, IC = intervalli di confidenza del RR. Fonte: Registro Provinciale Mortalità

Anche nel confronto tra italiani e stranieri è la mortalità post-neonatale quella che fa registrare le differenze maggiori, benché si osservi che nell'ultimo biennio i tassi nei due sottogruppi risultano sovrapposibili.

Tab. 22 Mortalità post-neonatale per cittadinanza a Reggio Emilia: tassi x 1.000

Mortalità post-neonatale	Italiani		Stranieri		Confronto	
	N.	Tasso	N.	Tasso	RR	IC 95%
1993-1996	21	1,62	1	1,31	0,81	0,11 - 6,00
1997-2000	16	1,08	6	3,77	3,48	1,36 - 8,89
2001-2004	19	1,16	14	4,86	4,19	2,10 - 8,35
2005-2007	17	1,32	3	0,91	0,69	0,20 – 2,37
1993-2007	73	1,28	24	2,82	2,20	1,39 – 3,49

RR = rischio relativo, IC = intervalli di confidenza del RR

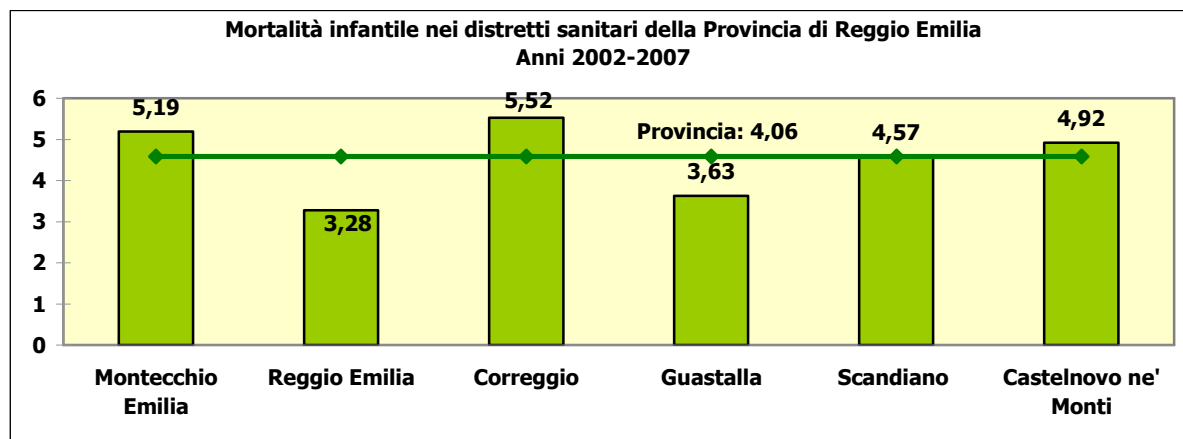
Fonte: Registro Provinciale Mortalità

La MI, anche nelle sue sottocategorie, appare dunque più elevata nei neonati stranieri, ma l'entità del fenomeno spiega solo in parte l'eccesso che si registra in provincia rispetto alla regione in quanto, anche al netto degli stranieri, permane una mortalità più elevata in provincia di Reggio Emilia.

La netta riduzione nell'ultimo biennio appare una notizia positiva, la cui consistenza nel tempo dovrà tuttavia essere verificata nei prossimi anni.

La distribuzione della MI nei distretti sanitari dell'Azienda USL non è uniforme e, pur non essendoci differenze significative, nel periodo 2002-2007 la mortalità più bassa si è registrata a Guastalla, Reggio Emilia e Scandiano. Nel periodo antecedente era il distretto di Reggio Emilia che presentava il tasso più elevato.

Graf. 13 Mortalità infantile nei distretti sanitari della Provincia di Reggio Emilia Anni 2002-2007

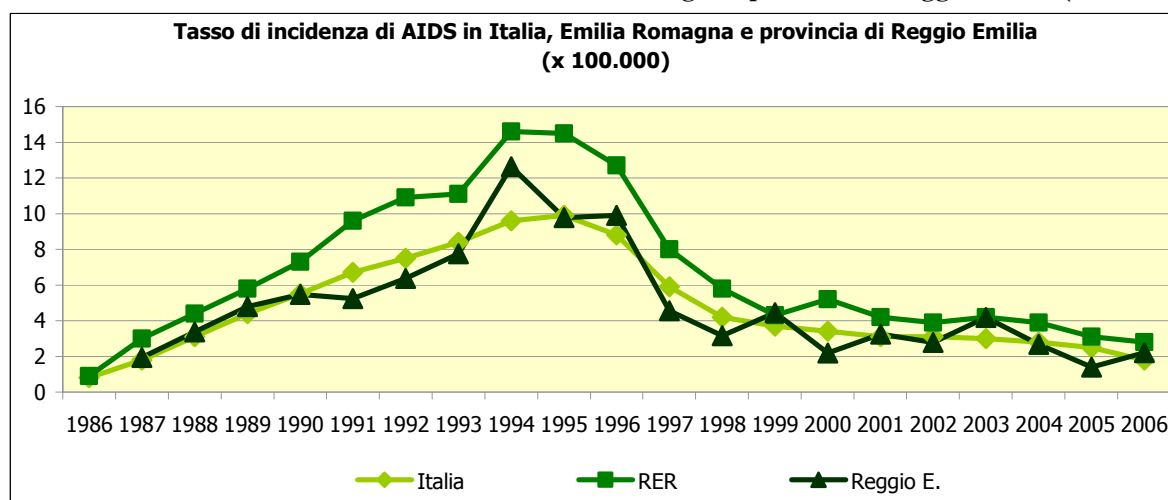


4.4 Malattie infettive

4.4.1 AIDS⁶

L'incidenza dell'AIDS nei residenti in Emilia-Romagna, già nettamente superiore a quella nazionale, dalla fine degli anni '90 va progressivamente riducendosi ai valori dei tassi nazionali (2×10^5), ai quali la provincia di Reggio Emilia è da sempre simile.

Graf. 14 Tasso di incidenza di AIDS in Italia, Emilia Romagna e provincia di Reggio Emilia (x 100.000)



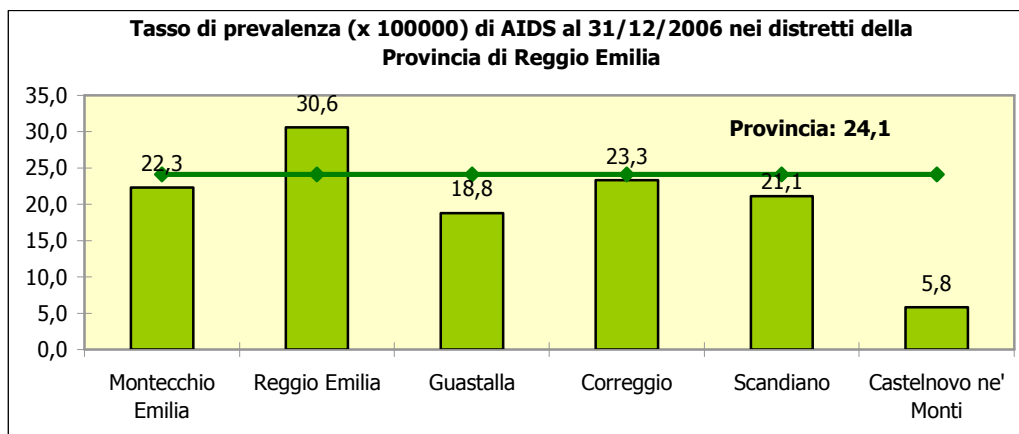
Fonte: "Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS al 31/12/2006 in Regione Emilia-Romagna"

La provincia di Reggio Emilia presenta infatti il minor tasso di incidenza, e quindi di prevalenza, tra le province della regione.

Il distretto sanitario che presenta il maggior numero di casi e la prevalenza più alta risulta quello comprendente il capoluogo di provincia.

⁶ Massimiliani E., Finarelli A.C., Droghini L., Mattivi A., Macini P. Regione Emilia-Romagna, Assessorato Politiche per la Salute, Servizio Sanità Pubblica - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali: "Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS al 31/12/2006 in Regione Emilia-Romagna".

Graf. 15 Tasso di prevalenza (x 100.000) di AIDS al 31/12/2006 nei distretti della Provincia di Reggio Emilia)



Fonte: "Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS al 31/12/2006 in Regione Emilia-Romagna"

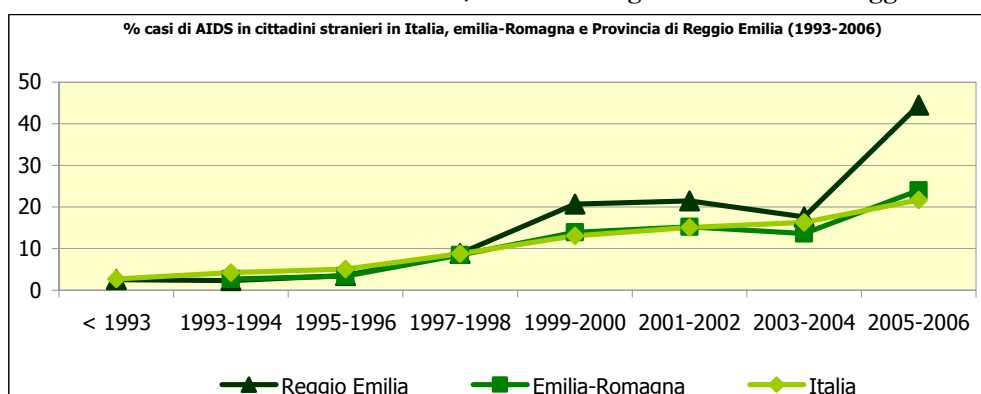
Contrariamente ai primi anni dell'epidemia, attualmente la quota maggiore di casi è a carico di soggetti eterosessuali, seguiti a distanza dai tossicodipendenti e da soggetti con rapporti omosessuali. La quota di emofilici e trasfusi è estremamente ridotta in regione e assente a Reggio Emilia negli ultimi anni.

Gli immigrati rappresentano una popolazione più vulnerabile all'infezione da HIV, in quanto esposti ad una serie di fattori di rischio:

- la provenienza da paesi ad alta endemia;
- la mancanza di informazione mirata;
- la predominanza di soggetti giovani, sessualmente attivi;
- la diffusione del fenomeno della prostituzione femminile e transessuale.

Dal 1998 la provincia di Reggio Emilia fa registrare una proporzione di casi a carico di stranieri superiore ai valori regionali, raggiungendo il 45% circa nel biennio 2005-2006, anche se in tale periodo sono stati notificati solo 18 casi in totale (vedi grafico sottostante). Questo dato può essere spiegato in parte con l'aumento numerico degli stranieri sul territorio e in parte con il loro migliorato accesso ai servizi pubblici, con conseguente possibilità di notifica e di terapia (aumento di prevalenza).

Graf. 16 % casi di AIDS in cittadini stranieri in Italia, Emilia Romagna e Provincia di Reggio Emilia (1993-2006)



Fonte Emilia-Romagna: "Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS al 31/12/2006 in Regione Emilia-Romagna"

4.4.2 Tubercolosi

Il numero di nuovi casi di tubercolosi notificati cresce annualmente, a carico prevalentemente dei cittadini stranieri.

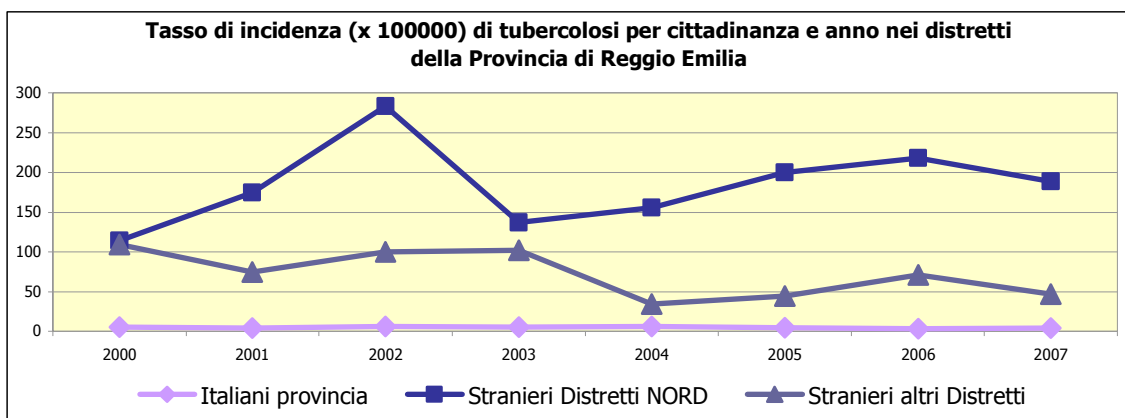
Tab. 23 Casi di tubercolosi notificati in Provincia di Reggio Emilia per anno e cittadinanza

Anno denuncia	Stranieri		Italiani		Totale
	N.	%	N.	%	
2000	24	50,0	24	50,0	48
2001	31	62,0	19	38,0	50
2002	45	62,5	27	37,5	72
2003	43	64,2	24	35,8	67
2004	28	50,9	27	49,1	55
2005	46	69,7	20	30,3	66
2006	57	80,3	14	19,7	71
2007	52	72,2	20	27,8	72
Totale	326	65,1	175	34,9	501

Fonte: Registro provinciale Malattie Infettive

Questa proporzione elevata continua a essere sostenuta principalmente dai due distretti dell'area nord (Correggio e Guastalla), gli unici con valori di incidenza nettamente superiori a quelli medi provinciali. L'incidenza appare, infatti, bassa e costante in tutta la provincia negli italiani, mentre gli stranieri in generale, e quelli di Correggio e Guastalla in particolare, presentano tassi assai più elevati. La costanza di incidenza tra gli italiani dimostra che non vi è stata trasmissione di contagio tra la popolazione straniera e quella italiana.

Graf. 17 Tasso di incidenza (x100000) di tubercolosi per cittadinanza e anno nei distretti della Provincia di Reggio Emilia



Fonte: Registro provinciale malattie infettive

I tassi molto elevati nell'area nord trovano una motivazione nella distribuzione dei casi per paese di provenienza.

Tra i casi notificati negli stranieri infatti più del 50% sono a carico di soggetti provenienti dal sud-est asiatico, in prevalenza indiani e pakistani, che rappresentano le comunità più diffuse nei distretti di Correggio e Guastalla.

4.5 Incidenza e sopravvivenza dei tumori maligni

L'incidenza e la sopravvivenza dei tumori maligni⁷ registrati a Reggio Emilia non sono dissimili da quelli registrate nel resto d'Italia e pubblicati a cura dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum). Per la sopravvivenza in particolare, Reggio Emilia presenta, per la maggior parte delle sedi tumorali, tassi superiori alla media nazionale e spesso tra i più alti in Italia.

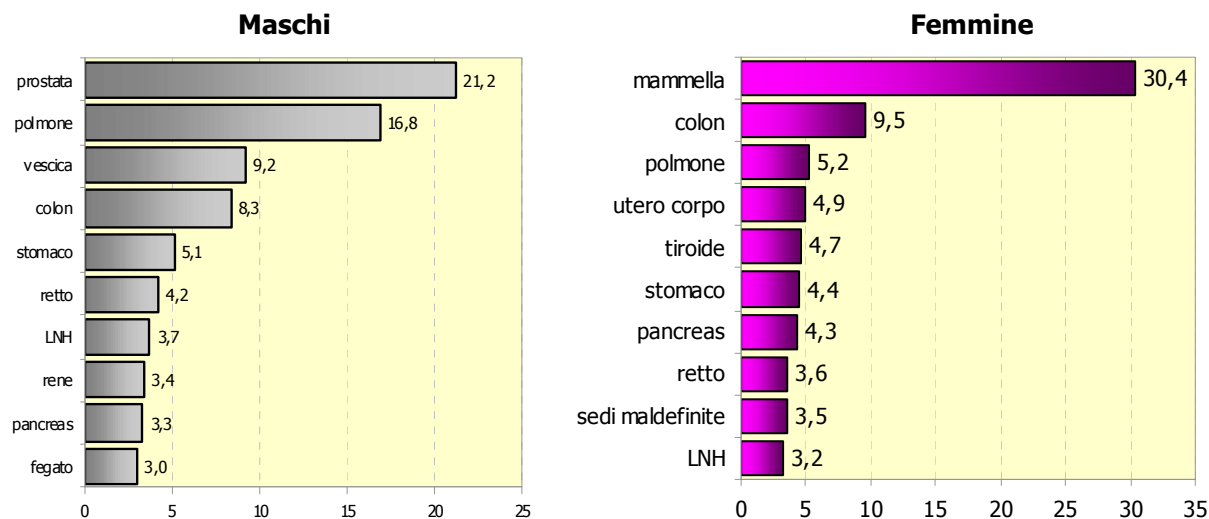
Di seguito sono riportate alcune considerazioni per tutte le sedi tumorali complessivamente e per le sedi più frequenti.

4.5.1 Tutti i tumori

Le due figure che seguono illustrano l'incidenza delle più frequenti sedi tumorali registrate nei maschi e nelle femmine in provincia di Reggio Emilia nel biennio più recente (2004-2005).

Nei maschi la neoplasia della prostata è diventata la sede più frequente (come si registra nelle maggior parte dei Registri Tumori - RT del Nord Italia), mentre nelle femmine la mammella si conferma al 1° posto, ma sale al terzo posto il polmone.

Graf. 18 Distribuzione % delle dieci neoplasie più frequenti nella provincia di Reggio Emilia (escluso pelle non melanomi) - Anni 2004-2005



Fonte: RT di Reggio Emilia

La sopravvivenza a 5 anni registrata a Reggio per i casi incidenti nel periodo 2000-2003 è risultata pari al 54,5% nei maschi e 65,1% nelle femmine; i valori sono significativamente più elevati rispetto alla media nazionale che però è riferita ad anni meno recenti (1996-'99): 46% nei maschi e 59% nelle femmine. In particolare nei maschi a Reggio la sopravvivenza è risultata migliore per colon-retto e prostata, simile per il polmone; nelle femmine la sopravvivenza è migliore per mammella, polmone e colon-retto.

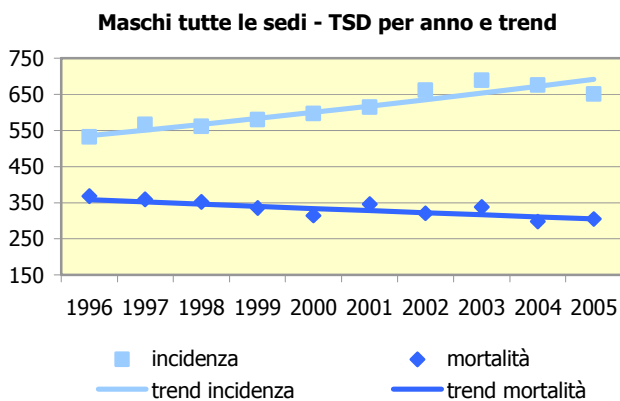
⁷ Fonte dei dati: Registro Tumori Reggiano, AUSL di Reggio Emilia

4.5.2 Tutte le sedi - maschi

Nei maschi sono stati registrati 1702 tumori maligni nel 2004 e 1652 nel 2005.

Il trend di incidenza mostra un incremento significativo dei tassi (+2,88 su base annuale) mentre la mortalità risulta in calo significativo (-1,76%).

Graf. 19 Trend di incidenza e mortalità per tumore (tassi standardizzati, Maschi, tutte le sedi)



Fonte: RT di Reggio Emilia

APC= Annual Percent Change

Incidenza	2004	2005	2004-2005
Casi	1702	1652	3354
Tasso grezzo	709,0	677,7	693,2
Tasso Standardizzato	<i>Italia 2001</i> 675,5	651,2	663,1
	<i>Europa</i> 521,6	500,9	511,0
	<i>Mondo</i> 362,3	348,3	355,1
APC 1996-2005	2,88*		

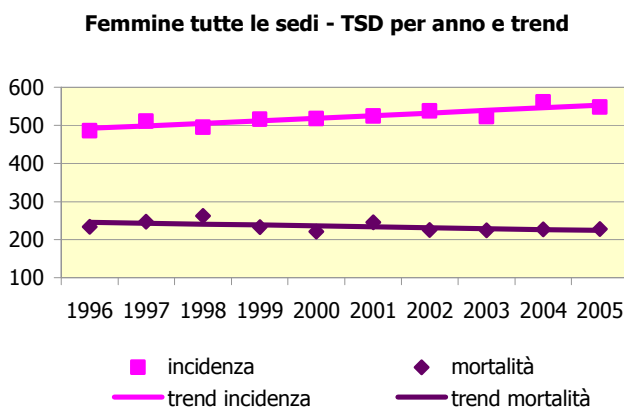
* p<0,05

4.5.3 Tutte le sedi - femmine

Nelle femmine sono stati registrati 1459 tumori maligni nel 2004 e 1432 nel 2005.

Il trend di incidenza mostra un lieve incremento dei tassi (+1,31), statisticamente significativo, mentre la mortalità risulta in lieve calo (-1,02%), non significativo.

Graf. 20 Trend di incidenza e mortalità per tumore (tassi standardizzati, Femmine, tutte le sedi)



Fonte: RT di Reggio Emilia

Incidenza	2004	2005	2004-2005
Casi	1459	1432	2891
Tasso grezzo	590,9	571,6	581,2
Tasso Standardizzato	<i>Italia 2001</i> 561,6	547,9	554,7
	<i>Europa</i> 392,1	388,3	390,2
	<i>Mondo</i> 282,9	283,3	283,2
APC 1996-2005	1,31*		

APC= Annual Percent Change

* p<0,05

Per quanto riguarda le sedi specifiche, l'incidenza appare in significativo aumento per la prostata nei maschi e il polmone nelle femmine, in modesto incremento per il colon-retto in entrambi i generi e sostanzialmente stazionaria per la mammella nelle donne e il polmone negli uomini

4.6 Stili di vita

4.6.1 Alimentazione

Un importante indicatore delle abitudini alimentari è costituito dalla distribuzione di sovrappeso e obesità nella popolazione generale.

L'obesità comporta un aumento del rischio per la salute in quanto accresce il rischio di insorgenza di varie patologie di tipo cardiocircolatorio, dismetabolico, tumorale, osteo-articolare.

Fattori di tipo genetico e fisiologico interagiscono con altri di tipo comportamentale, abitudini alimentari spesso associate a stili di vita sedentari, nel determinare un maggior rischio di sovrappeso e obesità.

L'indagine multiscopo annuale dell'ISTAT⁸ indica che sia in Italia che in Emilia-Romagna la quota di persone adulte in sovrappeso o obese è in incremento, apprezzabile anche nel breve volgere di un anno. L'incremento sembrerebbe più alto in Emilia-Romagna rispetto alla media nazionale. Il dato provinciale sembra essere inferiore a quello regionale e nazionale.

Tab. 24 Percentuale di persone obese di età ≥ 18 anni

Anno	Reggio Emilia	Regione	Italia
1994	6,02	7,25	7,31
2000	7,67	10,05	8,99
2002	7,24	8,74	8,49
2003	8,04	10,26	8,97
2004	8,65	10,61	9,75
2005	8,54	10,28	9,91
2006	9,35	11,18	10,18

Dati ISTAT "Health for all"

Di fatto anche il Sistema di Sorveglianza PASSI rileva una modesta maggior frequenza a Reggio Emilia di soggetti che consumano correttamente cinque porzioni di frutta o verdura al giorno, rispetto alla media regionale. Si tratta comunque di frequenze molto basse, inferiori al 20%, maggiormente a carico delle donne.

Tuttavia, per quanto riguarda i bambini, le indagini coordinate dalla Regione Emilia-Romagna e condotte dai SIAN (Servizi Igiene degli Alimenti e Nutrizione) nelle scuole materne ed elementari, mostrano nei più piccoli una prevalenza molto elevata di obesi, soprattutto tra i maschi: i soggetti sovrappeso o obesi rappresentavano circa il 30%.

Reggio Emilia risulta la provincia con la più elevata proporzione di obesi sia nei bambini di 6 anni (19,0% vs. il 16,5 della Regione) che di 9 anni (24,8% vs. 20,6%).

4.6.2 Fumo

La stessa indagine ISTAT⁹ indica per quanto riguarda il fumo, che rappresenta uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, che a Reggio Emilia continua anche nel 2006 la lenta riduzione dei fumatori osservata a partire dal 2003, anno di entrata in vigore della L.3/2003 ("Legge Sirchia"), in controtendenza rispetto alla regione e all'Italia, dove nell'ultimo anno considerato si assiste a una ripresa del fenomeno.

⁸ Indagine Multiscopo annuale "La vita quotidiana nel 2006" (anno 2007).

Indagine Multiscopo "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anno 2005" (anno 2007).

⁹ Indagine Multiscopo annuale "La vita quotidiana nel 2006" (anno 2007).

Indagine Multiscopo annuale "La vita quotidiana nel 2005" (anno 2007).

Tab. 25 Percentuale di Fumatori >=15 anni

Anno	Reggio Emilia	Regione	Italia
1996	27,37	26,87	26,37
1997	27,72	24,75	25,22
1998	24,72	25,43	24,73
1999	24,77	23,44	24,74
2000	24,73	25,74	24,38
2001	25,27	25,99	24,07
2002	26,56	27,00	23,99
2003	25,27	25,93	24,22
2005	23,66	22,55	22,29
2006	22,52	24,02	22,98

Fonte: ISTAT

Per quanto riguarda l'”intensità di fumo”, in regione e in Italia crescono sia i lievi che i forti fumatori, a scapito delle classi intermedie.

L'analisi che propone ISTAT¹⁰ su una serie temporale di dieci anni di rilevazioni a livello nazionale produce il grafico successivo, che evidenzia, a partire dalla fine degli anni '90, una progressiva lenta riduzione del fumo tra gli uomini, accelerata dall'entrata in vigore della “Legge Sirchia”, mentre tra le donne non si apprezzano differenze nel periodo considerato.

Graf. 21 Percentuale di fumatori. Anni 1995-1997-2000-2003-2004 (quozienti standardizzati per età)

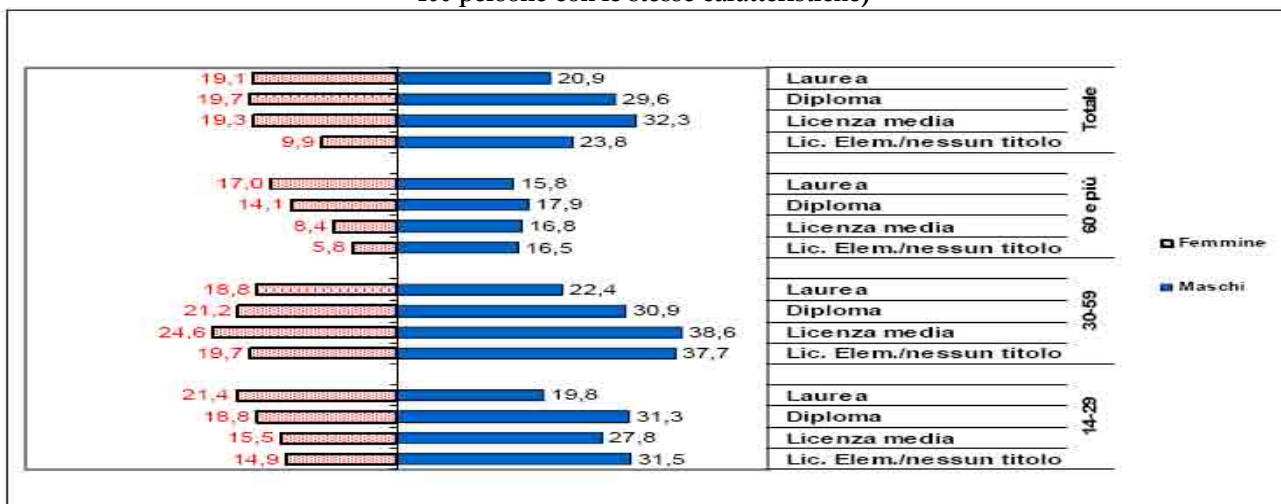


Fonte: ISTAT

L'abitudine al fumo è strettamente associata al livello di istruzione, ma con andamento differenziato nei due sessi e nelle diverse fasce di età. Negli uomini giovani e adulti i laureati fumano con frequenza assai inferiore a quella dei soggetti con titolo di studio più basso, mentre tra gli anziani non si evidenziano differenze. Tra le donne invece la frequenza di abitudine al fumo è direttamente proporzionale all'istruzione nelle giovani e nelle anziane, mentre non si apprezzano chiare differenze nella classe intermedia.

¹⁰ Indagine Multiscopo “Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005” (anno 2007).

Graf. 22 Fumatori di 14 anni e più per livello di istruzione, sesso e classe di età – Dicembre 2004-Marzo 2005 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: ISTAT

Soggetti privilegiati di iniziative di promozione della salute debbono quindi essere i giovani e, in particolare, le ragazze e i giovani lavoratori o gli studenti delle scuole professionali, cioè quei soggetti che più di altri sembrano interessati al fumo, come strumento di trasgressione o di auto promozione.

4.6.3 Alcol

Una recente indagine ISTAT¹¹ rileva l'abitudine all'assunzione di alcol, da cui risulta che in regione Emilia-Romagna si assumono quantità di alcol superiori alla media nazionale, benché inferiori rispetto al resto delle regioni del nord Italia.

Tab. 26 Individui >11 anni per genere e numero di bevande alcoliche

Unità consumate	Maschi		Femmine	
	Regione	Italia	Regione	Italia
1 unità	12,1	10,3	10,6	7,9
2 unità	18,7	19,1	7,8	6,5
3 unità	5,5	5,3	1,8	1,9
4 e più unità	9,9	8,6	-	-

Fonte: ISTAT

Fenomeno più preoccupante, per la giovane età dei soggetti e per la perdita di controllo che tale abitudine provoca, è quello del *“binge drinking”*, cioè dell'assunzione in poco tempo (2-3 ore) di quantità elevate di alcol. Anche in questo caso la regione presenta una frequenza lievemente superiore alla media nazionale, benché ampiamente compresa nella classe di frequenza tipica del nord Italia.

Tab. 27 Individui >11 anni *binge drinking*

Genere	Regione	Italia
Maschi	13,7	13,1
Femmine	3,9	3,1
Totale	8,6	8,0

Fonte: ISTAT

Secondo il Sistema di Sorveglianza “PASSI” a Reggio Emilia il fenomeno sarebbe lievemente inferiore alla media regionale, almeno tra gli adulti.

¹¹ Rapporto ISTAT “Uso e abuso di alcol in Italia – Anno 2007” (anno 2008).

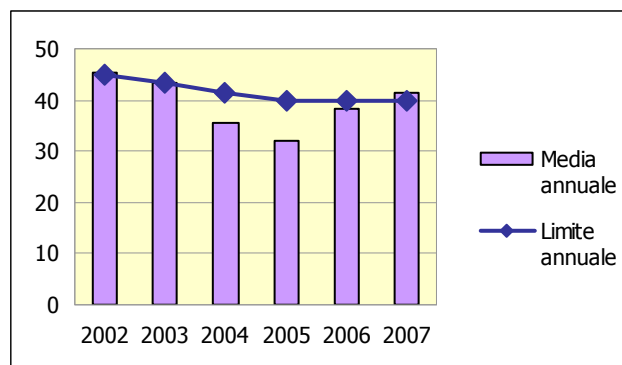
5. Ambiente e territorio

5.1 Inquinamento atmosferico¹²¹³

La tabella e il grafico seguenti riportano i valori medi annuali rilevati nelle tre stazioni di monitoraggio delle polveri sottili nel comune di Reggio Emilia, confrontate con i limiti annuali.

Tab. 28 PM10: medie annuali e limiti in vigore nell'anno di riferimento a Reggio Emilia. Valori in $\mu\text{g}/\text{m}^3$

Anni	Media annuale	Limite annuale
2002	45,5	44,8
2003	43,4	43,2
2004	35,7	41,6
2005	32,3	40,0
2006	38,3	40,0
2007	41,3	40,0



Fonte: ARPA

L'inquinamento atmosferico a Reggio Emilia è stato caratterizzato da una progressiva riduzione dei livelli di PM10, espressi come media annuale, fino al 2005, mentre negli ultimi due anni si registra una crescita. Tale incremento ha portato, nel 2007, al superamento del limite annuale, stabilito in $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Appare inoltre molto problematico il rispetto del numero di superamenti del limite giornaliero (35), che viene calcolato sommando tutti i giorni in cui la centralina che fornisce i risultati peggiori ha superato il limite.

Tab. 29 Numero di superamenti del valore limite di 24 ore per la protezione della salute umana

Anni	Numero superamenti	Limite giornaliero*
2002	75	65
2003	73	60
2004	64	55
2005	90	50
2006	146	50
2007	139	50

*: valore medio delle 24 ore. N. giorni di superamento ammessi: 35

Fonte: ARPA

Il numero di superamenti appare infatti costantemente superiore ai limiti, con un netto incremento negli ultimi due anni. Confrontando i dati di tutte le province italiane, si rileva che nel 2007 Reggio Emilia è tra le 10 città italiane con il maggior numero di superamenti.

¹² Contributo del Servizio Ambiente della Provincia di Reggio Emilia (paragrafi 5.1 e 5.2).

¹³ Fonte dei dati: Rapporto qualità dell'aria nel comune di Reggio Emilia. ARPA Emilia-Romagna, Sezione provinciale di Reggio Emilia, gennaio 2008.

Graf. 23 PM₁₀: Prime dieci città con il maggior numero di giorni di superamento, nel 2007, del valore limite per la protezione della salute umana - Anni 2003-2007

Prospetto 3 – PM₁₀: Prime dieci città con il maggior numero di giorni di superamento, nel 2007, del valore limite per la protezione della salute umana - Anni 2003-2007

COMUNI	2003	2004	2005	2006	2007
Siracusa	186	153	181	282	273
Massa	-	-	-	83	226
Torino	185	185	199	194	190
Vercelli	153	156	158	154	178
Venezia	74	87	158	172	150
Vicenza	103	123	141	173	143
Frosinone	124	124	124	140	140
→ Reggio nell'Emilia	95	60	90	146	139
Cagliari	90	90	90	139	139
Milano	158	169	164	149	138

Fonte: Istat, Osservatorio ambientale sulle città

Il biossido d'azoto (NO₂) viene misurato in 3 centraline urbane. Il valore limite orario di 250 µg/m³ non è mai stato superato, mentre il valore della media annuale è stata superato in una centralina.

Tab. 30 NO₂: media annuale e valori minimi e massimi rilevati a Reggio Emilia e limiti in vigore nell'anno di riferimento. Valori in µg/m³

Anni	Media annuale	Range	Limite annuale
2002	48,0	42 - 56	56
2003	51,4	45 - 64	54
2004	52,5	41 - 60	52
2005	49,4	42 - 55	50
2006	49,5	47 - 54	48
2007	44,3	41 - 47	46

Fonte: ARPA

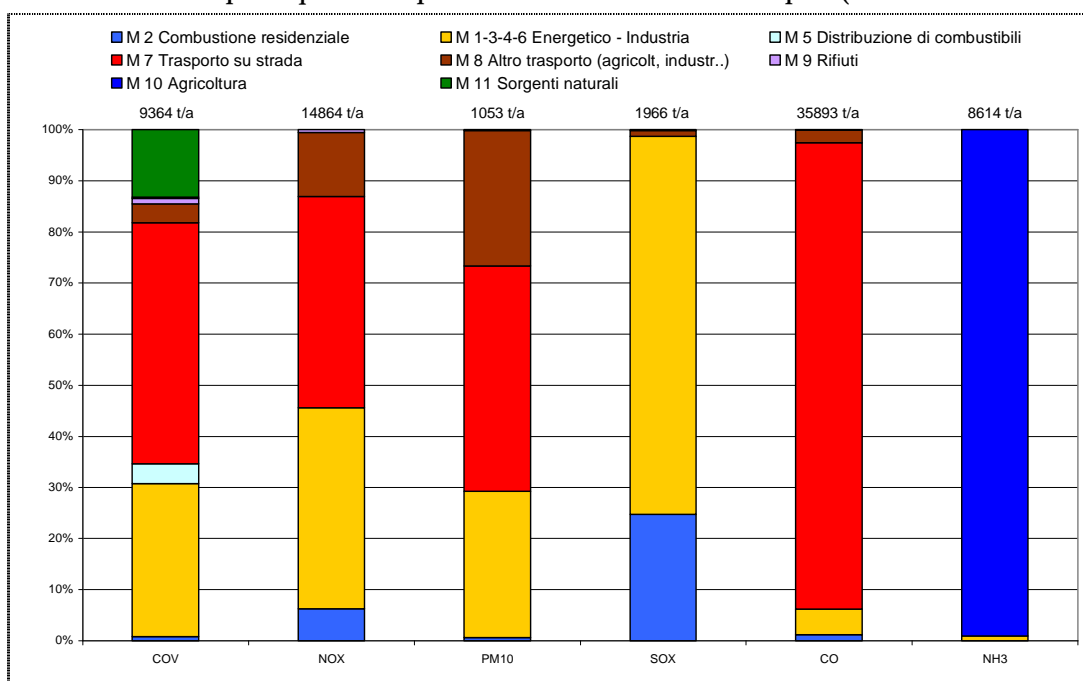
La media annuale delle 3 postazioni risulta comunque in diminuzione nel corso degli anni (in particolare a partire dal 2004), anche se il calo registrato potrebbe non portare al raggiungimento del limite di 40 µg/m³ previsto per il 2010, a meno di interventi incisivi.

5.2 Qualità dell'Aria

Raccogliendo gli elementi inerenti lo stato delle matrici ambientali e mettendo a sistema le conoscenze esistenti in materia di inquinamento, si costituisce un quadro delle relazioni tra ambiente e territorio della provincia di Reggio Emilia nella complessità dei suoi fenomeni e nell'ampiezza dei fattori che lo caratterizzano.

Per la matrice "Aria" risulta che la qualità dell'aria a livello provinciale è simile a quella di tutti i territori compresi nel bacino padano. L'inquinamento atmosferico interessa la quasi totalità delle azioni umane, che vanno dai trasporti alle attività economiche, produttive e di servizio, agli insediamenti residenziali.

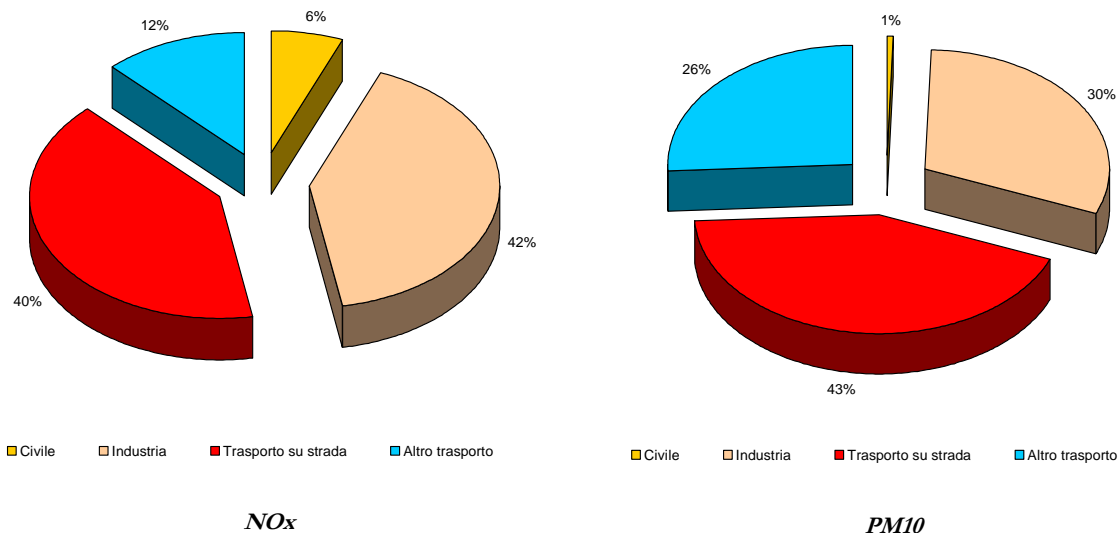
Graf. 24 Distribuzione per inquinante e per macrosettore di attività antropica (anno di riferimento 2003)



Fonte: Provincia di Reggio Emilia, Piano di tutela e risanamento della qualità dell'aria, Relazione di Piano - Del. Cons. n° 113 del 18 Ottobre 2007.

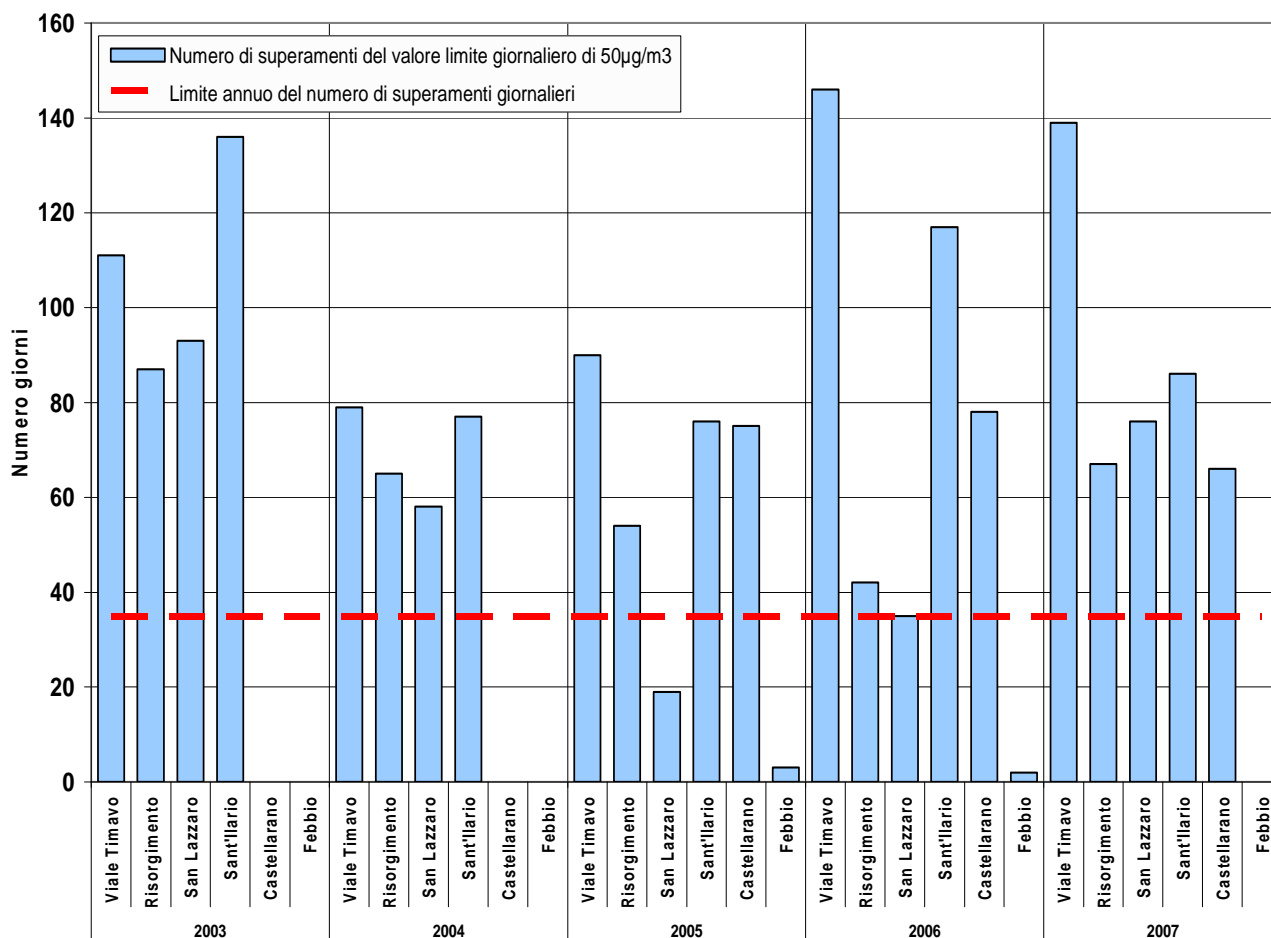
La descrizione dei quantitativi di emissioni inquinanti (COV-composti organici volatili, NO_x-ossidi di azoto, PM10-polveri sottili, SO_x-ossidi di zolfo, CO-monossido di carbonio, NH₃-ammoniaca), sulla base delle stime effettuate sul territorio provinciale, mostra come le attività che emettono i maggiori carichi inquinanti, con l'eccezione dell'ammoniaca proveniente quasi esclusivamente dal settore agricolo, sono il settore dei trasporti ed il comparto industriale.

Graf. 25 Ripartizione per settori delle emissioni provinciali (anno di riferimento 2003)



Fonte: Provincia di Reggio Emilia, Piano di tutela e risanamento della qualità dell'aria, Relazione di Piano - Del. Cons. n° 113 del 18 Ottobre 2007.

Graf. 26 Numero di superamenti del limite della media giornaliera di di 50 µg/m³ per il PM10 (consentiti 35/anno civile)



La quantità complessiva di tali emissioni inquinanti altera lo stato di qualità dell'aria, e per la definizione di quest'ultima ci si avvale della rete strumentale di misura costituita da stazioni fisse e mobili dotate di analizzatori automatici che permettono di rilevare gli inquinanti più indicativi per la zona in esame (urbana, ad alto traffico, rurale, ecc.). Tra le dotazioni per il monitoraggio, quelle più recenti sono gli appositi strumenti in grado di rilevare le polveri ancora più fini, le PM 2,5. Vari studi hanno messo in correlazione le condizioni di qualità dell'aria con alcune patologie che interessano l'uomo (e la vegetazione), sulla cui base sono stati fissati i limiti normativi delle concentrazioni di inquinanti. La situazione attuale mostra miglioramenti netti rispetto agli scorsi decenni, per tutti gli ammodernamenti tecnologici effettuati, in particolare del distretto ceramico, che hanno concorso al superamento della criticità per la SO₂ e del CO.

Nel contesto del territorio provinciale si presentano condizioni di criticità, e cioè non conformi alla normativa (DM 60/2002 e del Dlgs 183/2004), per i seguenti inquinanti: PM10 (di breve periodo, ovvero in riferimento alla media giornaliera e di lungo periodo, in riferimento alla media annua), NO₂ di lungo periodo ed O₃ (ozono, per il breve e il lungo periodo). A titolo esemplificativo nella figura si riporta il numero di giornate con concentrazione di PM10 superiore alla norma.

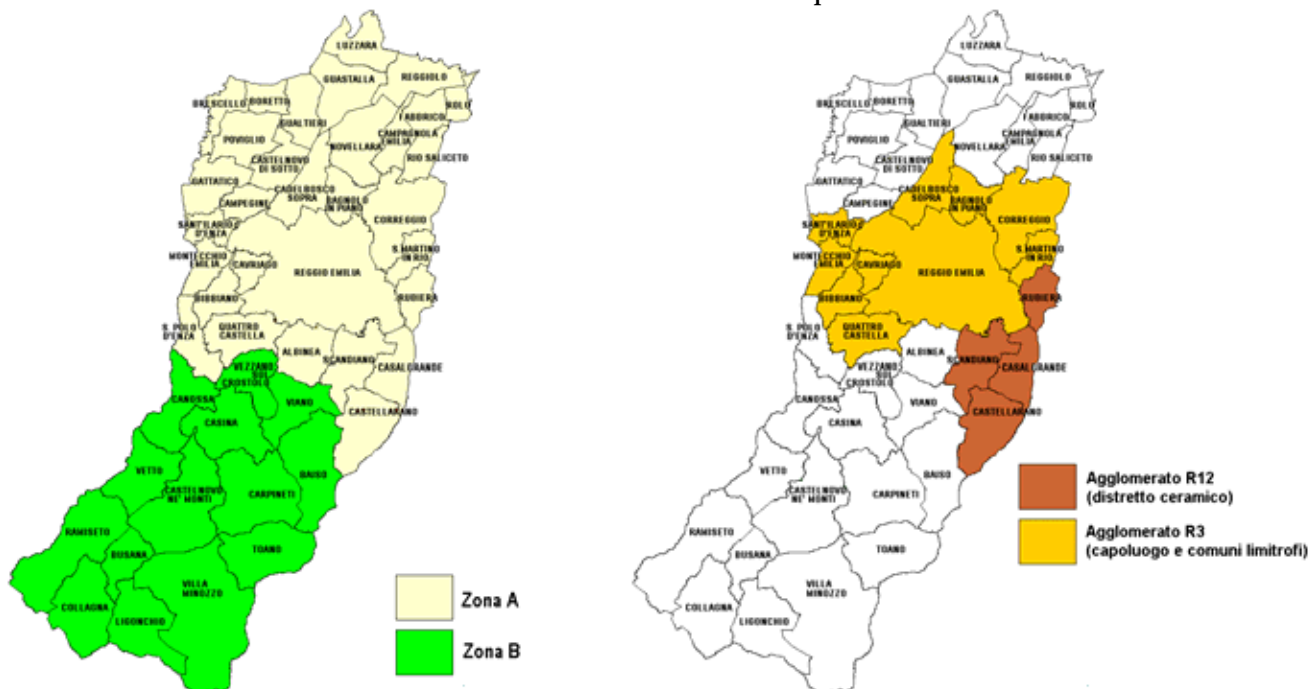
In relazione alla localizzazione delle criticità esistenti si è effettuata una zonizzazione del territorio in aree caratterizzate da livelli di inquinamento differenti in relazione alla distribuzione dei recettori sensibili e della popolazione:

- Zona A (pianura), dove c'è il rischio di superamento dei valori limite definiti dalla normativa sull'inquinamento di lungo periodo. Nella Zona A sono stati individuati due agglomerati, zone dove è particolarmente elevato il rischio di superamento del valore limite per l'inquinamento di

breve periodo: l'Agglomerato R3 (capoluogo e Comuni limitrofi) e l'Agglomerato R12 (distretto ceramico). Rientrano negli agglomerati quei Comuni dove sono presenti superamenti del valore limite per l'inquinamento di breve periodo e allo stesso tempo vi è un'alta densità di popolazione.

- Zona B (collina e montagna), dove i valori della qualità dell'aria sono inferiori al valore limite.

Graf. 27 La zonizzazione del territorio provinciale



Per stimare il carico emissivo futuro sul territorio provinciale è necessario valutare l'evoluzione nel tempo. Sulla base delle proiezioni dello scenario emissivo e dello scenario di crescita demografica, è stato possibile effettuare una elaborazione previsionale delle criticità al 2015.

Il primo passo è quello di predisporre uno scenario emissivo di riferimento, ottenuto effettuando un'analisi dell'andamento tendenziale dei principali indicatori legati alle attività responsabili delle emissioni e degli effetti delle misure e dei provvedimenti definiti dalla normativa (europea, nazionale, regionale, ecc.). Questo scenario si è ottenuto dall'applicazione di un semplice modello algoritmico che tiene conto dei due termini principali che determinano le emissioni:

- il fattore "umano", dato dal trend del consumo di combustibile procapite per settore (o per addetto/unità di prodotto nel caso industriale);
- il fattore "tecnologico" ovvero il trend relativo alla crescita/decrecita delle emissioni per unità di combustibile per settore, un indicatore che descrive gli eventuali miglioramenti tecnologici dei fattori di combustione/produzione.

Il trend complessivo è dato dalla somma di queste due tendenze moltiplicata per lo scenario di crescita della popolazione al 2015, ovvero per lo scenario di crescita degli addetti differenziato nei settori industria, allevamento e agricoltura, e stimati sulla base del trend storico degli addetti. Lo scenario tendenziale, cioè senza misure o azioni specifiche e che tiene conto solo delle evoluzioni in corso, prevede i seguenti trend emissivi:

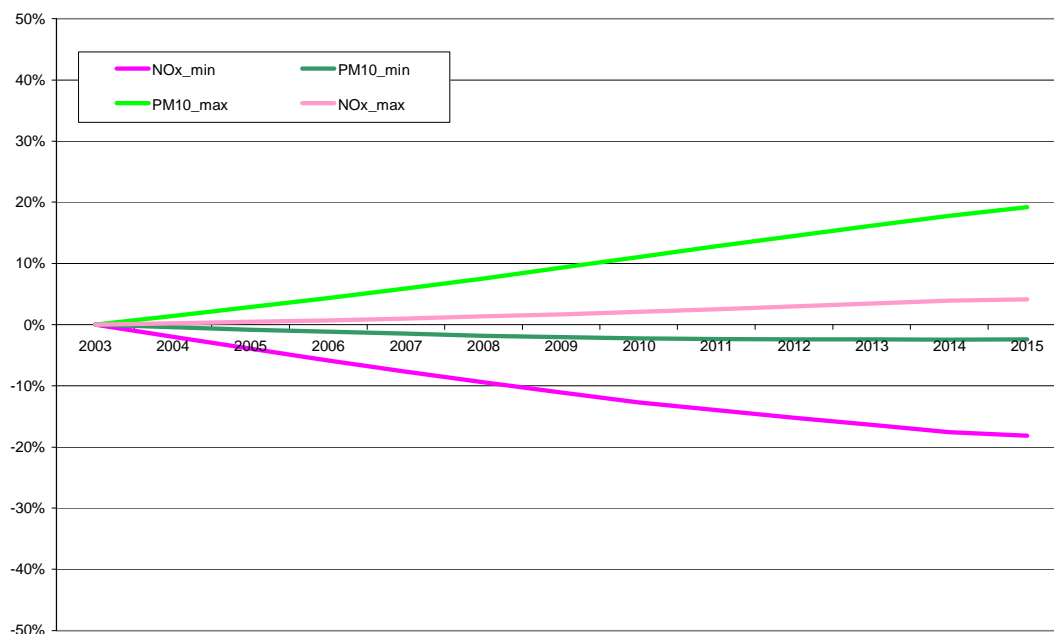
- Trasporto su strada. I miglioramenti tecnologici connessi con la sostituzione dei vecchi veicoli con nuovi veicoli, più efficienti in termini emissivi, comporta una progressiva diminuzione delle emissioni. Tale riduzione non avviene per le emissioni di polveri in seguito alla sostituzione dei veicoli a benzina con veicoli diesel che sono caratterizzati, a parità di classe di efficienza tecnologica, da una maggiore emissione di polveri. A causa dell'incertezza dell'evoluzione del

settore e contestualmente alla sua importanza emissiva, unitamente ad uno scenario “ottimistico” (di minima), con elevati tassi di sostituzione dei veicoli, verificatisi in questi ultimi anni, per le emissioni da trasporto su strada è stato elaborato uno scenario “pessimistico” (di massima) che non tiene in considerazione l’evoluzione dei miglioramenti tecnologici connessi con l’introduzioni di nuovi veicoli. Lo scenario ipotizza quindi un aumento dei consumi di combustibile, connesso ad un incremento delle percorrenze senza considerare però la riduzione dei fattori di emissioni a seguito delle nuove normative EURO IV ed EURO V.

- Settore industriale. Tra le attività di maggior rilevanza in termini emissivi troviamo il comparto ceramico di Sassuolo-Scandiano. Il settore è all’avanguardia nell’applicazione delle BAT (*Best Available Technologies*) per la riduzione delle emissioni e l’ottimizzazione dei processi produttivi; questo porta a considerare una tendenza emissiva costante o in lieve riduzione.
- Altre forme di trasporto. Questo settore è connesso alle emissioni generate dai mezzi mobili delle attività agricole (70% delle emissioni di ossidi di azoto del macrosettore e 75% di quelle di PM10) ed industriali (rispettivamente 30% e 25% di NOx e PM10). La crescita delle emissioni è connessa da un lato ad un aumento dei consumi di gasolio nel settore agricolo (crescita media del 6% all’anno nell’ultimo decennio), dall’altro da un aumento degli addetti delle attività cantieristiche.
- Settore civile. Si osserva un duplice trend che comporta un aumento delle emissioni: un aumento della popolazione, connesso principalmente ai fenomeni migratori verso la provincia, un aumento dei consumi procapite connesso ad un aumento del benessere e quindi dei consumi. Il trend di crescita emissivo è in parte smorzato dai miglioramenti tecnologici ottenuti dai produttori di caldaie domestiche come il recupero del calore latente di condensazione del vapore acqueo contenuto nei fumi.
- Agricoltura. Il settore agricolo a fronte di un aumento dei consumi di combustibile, è caratterizzato da una diminuzione della produzione agricola, soprattutto per le colture industriali, che pesa per il 50% delle emissioni di ammoniaca del settore e da una riduzione del numero di capi allevati (-30% rispetto al 1991). Complessivamente si ha una riduzione delle emissioni. Il trasporto del comparto agricolo viene solitamente effettuato in aree rurali inoltre nel periodo invernale, periodo critico, è molto limitato in quanto molto contenute sono le operazioni colturali che si effettuano in questo periodo.

La figura seguente riporta gli esiti delle stime delle proiezioni al 2015 delle emissioni per lo scenario tendenziale. Le emissioni non proiettate, provenienti dalle attività emissive dei macrosettori produzione di energia, rifiuti e natura, sono state considerate costanti.

Graf. 28 Scenario tendenziale al 2015 delle emissioni di NOX, e PM10 nella Provincia di Reggio Emilia



Fonte: Provincia di Reggio Emilia, Piano di tutela e risanamento della qualità dell'aria, Relazione di Piano - Del. Cons. n° 113 del 18 Ottobre 2007.

Dalle elaborazioni effettuate risulta che, rispetto ai limiti previsti dalla normativa, le criticità da inquinamento di breve periodo di PM10 potrebbero ancora essere piuttosto elevate, mentre per quanto riguarda l'inquinamento di lungo periodo per il PM10 e per l'NOx solo alcune porzioni di territorio potrebbero presentare criticità. Di conseguenza esiste la necessità, in primo luogo, di misure strutturali in grado di contrastare l'inquinamento di lungo periodo e, in modo integrato, di attuare misure emergenziali che contribuiscano al contenimento dell'inquinamento di breve periodo, soprattutto per il particolato sottile, che risulta essere più intenso e diffuso.

5.3. Il sistema della mobilità¹⁴

La provincia di Reggio Emilia si colloca geograficamente nel cuore della "città territorio" Parma-Reggio-Modena, in una posizione assai favorevole, dal punto di vista dell'accessibilità, sia per le connessioni nord-sud lungo la dorsale centrale del paese (A1 e ferrovia Milano-Napoli), sia per le connessioni con i porti tirrenici (Autostrada della "Cisa" e ferrovia "Pontremolese"), sia infine per le connessioni con il Brennero e i paesi del centro Europa (Autostrada del "Brennero" e i rami della rete ferroviaria per Mantova e Verona).

La rete stradale di interesse regionale e locale formata dalle direttrici territoriali e dal sistema radiale delle strade con funzione di accesso al capoluogo provinciale costituisce lo schema della rete territoriale stradale, conformemente alle previsioni del "PRIT 98" recepite dal PTCP vigente, ed è formato da una griglia di tre assi est-ovest (Via Emilia, Pedemontana e Cispadana) e da tre assi nord sud (Val d'Enza, Sistema Centrale e Sistema Orientale). Il completamento di tale schema costituisce tuttora il riferimento degli interventi provinciali in materia di viabilità.

¹⁴ Contributo del Servizio Pianificazione Territoriale della Provincia di Reggio Emilia (paragrafi 5.3 e 5.4). Estratto Relazione Allegato 14_QC PTCP 2008

Una importanza particolare riveste il sistema radiale delle strade extraurbane di accesso al capoluogo, caratterizzato da rilevanti volumi di traffico e dalla continuità degli abitati attraversati, soprattutto per quanto riguarda le direzioni nord-sud.

Lo schema infrastrutturale, così delineato, è stato potenziato sia per quanto concerne le autostrade, con la quarta corsia tra Bologna-Modena, la realizzazione del nuovo casello di Caprara-Campegine, e lo spostamento del casello di Reggio Emilia, sia per quanto concerne le ferrovie, con la realizzazione della linea di Alta Velocità (AV/AC) tra Milano e Napoli con la nuova fermata "Mediopadana" a servizio dell'area reggiana.

Il potenziamento dell'Autostrada tende a rincorrere la crescita del traffico senza modificare le tendenze attuali, mentre il forte potenziamento della capacità ferroviaria apre reali possibilità di innovazione nella accessibilità ai centri urbani e nella logica di distribuzione delle funzioni sul territorio, configurandosi come il tema centrale dei nuovi strumenti di pianificazione, rapportati alle diverse scale territoriali.

In quest'ottica è cruciale il potenziamento della rete delle ferrovie minori, la loro integrazione con i servizi di trasporto automobilistico, con la rete ferroviaria nazionale (linea storica e linea AV/AC), nonché la loro utilizzazione come linee metropolitane di area sulle direttrici forti di accesso alle aree urbane.

L'offerta di "mobilità dolce" si è strutturata attraverso la elaborazione di un disegno strategico a scala territoriale di percorsi con funzioni diverse, l'ossatura territoriale della rete dei percorsi ciclo-pedonali (legata ai caratteri morfologici e paesaggistici del territorio e alle caratteristiche del sistema della domanda della mobilità quotidiana) composto da quattro sottosistemi:

- Il sistema di connessione tra la rete locale e gli itinerari ciclabili di livello superiore, la "T";
- Il sistema delle percorrenze dell'area centrale a sostegno della mobilità quotidiana e cicloturistica, la "Griglia";
- I sistemi di raccordo a valenza naturalistico-ambientale lungo gli assi fluviali, le "Parentesi";
- Gli ambiti dell'area appenninica valorizzabili in chiave ciclo-escursionistica, i "Raggi".

Pur nelle differenti scale d'intervento, si intende promuovere ed ottimizzare il sistema della mobilità ciclo-pedonale come uno degli assi portanti del sistema della mobilità provinciale.

L'offerta di servizio del Trasporto Pubblico Locale (TPL), caratterizzata da una preminenza dei servizi gomma su quelli ferro, vede nel bacino di Reggio Emilia tre tipologie di offerta: il servizio extraurbano, dedicato ai collegamenti intercomunali e con funzione di raccolta e adduzione presso principali poli di attrazione del territorio provinciale; il servizio urbano di Reggio Emilia; e altri servizi per la mobilità affidati all'Agenzia per la Mobilità. Nel complesso i servizi di trasporto pubblico locale (TPL) offrono 46 linee extraurbane, orientate a raggiera in prossimità del capoluogo, più alcuni servizi "a chiamata" diffusi nelle aree a domanda debole, mentre le 10 linee urbane, di cui 9 radiali e una circolare, oltre a due linee Minibu, che svolgono funzione di navetta con i parcheggi scambiatori.

Il trasporto ferroviario passeggeri relativo alla gestione ACT sulle tre linee Reggio-Guastalla, Reggio Sassuolo e Reggio-Canossa, ha prodotto 580.170 treni*km/anno erogato attraverso oltre 23.000 collegamenti, con un volume di passeggeri trasportati pari a poco più di 870.000. L'indicatore relativo ai passeggeri/km è pari a 1,51. La copertura territoriale offerta dai servizi di trasporto pubblico è alquanto elevata: oltre il 60% della popolazione provinciale e oltre l'80% dei residenti nel capoluogo abita a meno di 300 metri da una fermata di autobus.

5.4 La domanda di mobilità

Le analisi relative alla domanda di mobilità sono state svolte a partire dai dati censuari ISTAT 2001 e integrate sia dalle indagini Origine/Destinazione (O/D) su strada, che da interviste alle famiglie e alle

aziende svolte nel 2006. Dai risultati delle indagini finora svolte è possibile trarre un primo quadro di criticità oggettive che vanno associate essenzialmente allo stile di vita della cittadinanza reggiana, stile ad alta capacità dal punto di vista economico, energetico, territoriale e di mobilità. Inoltre, a fronte di un tasso di motorizzazione¹⁵ regionale pari a 610 auto*1.000 abitanti, i dati mostrano un tasso di motorizzazione provinciale, pari a 611 auto*1.000 abitanti, in linea con quello regionale e più alto rispetto il valore medio nazionale, pari a 580 auto*1.000 abitanti.

Tali considerazioni comportano una serie di conseguenze dirette ed indirette che si riferiscono, sostanzialmente, a:

- elevato tasso di inquinamento atmosferico per le polveri sottili (PM10), biossido di Azoto (NO₂) ed Ozono (O₃). Le caratteristiche climatiche e morfologiche del territorio su cui insiste Reggio Emilia e la provincia favoriscono, più che in altri luoghi, la concentrazione e il ristagno di agenti atmosferici inquinanti. Inoltre, il cambiamento del modello di vita e lo sviluppo demografico ha fatto sì che il problema dell'inquinamento sia divenuto una criticità alla quale associare i successivi riscontri:
 - forte utilizzo del mezzo privato con un *modal split* pari al 68% degli spostamenti sistematici effettuati nell'ora di punta mattutina (Censimento ISTAT 2001);
 - utilizzo individuale del mezzo privato: il 72% delle persone intervistate nell'ora di punta (7.30 – 8.30) al cordone provinciale hanno dichiarato di viaggiare in modo “single” (Coefficiente medio di occupazione pari a 1,17);
 - problemi di qualità dell'aria per l'area vasta, generalmente associabile alla natura intrinseca dei fattori morfologici e meteorologici della pianura padana;
 - scarso utilizzo di mezzi a basso impatto ambientale (autovetture e furgoni). Seppur il parco veicolare rilevato ha un'età media relativamente recente, si è evidenziato sempre più l'acquisto di mezzi alimentati a diesel con una ripartizione per le auto pari al 49% e per i furgoni pari all'84%, con le conseguenti criticità sulla qualità dell'aria;
- un livello di incidentalità tra i più elevati delle province emiliano-romagnole. Gli Indici di Ferimento (numero di feriti su 100.000 abitanti) e di Mortalità (numero di morti su 100.000 abitanti) hanno registrato valori al di sopra della media nazionale e regionale. Tale criticità è strettamente legata a:
 - scarsa gerarchizzazione della rete stradale provinciale e comunale che porta, ad esempio, all'utilizzo improprio di alcune strade extraurbane da parte dei mezzi pesanti e in città dei viali ai bordi del centro storico come circonvallazione urbana;
 - presenza di un elevato numero di centri abitati attraversati da vie di scorrimento o usate a tal fine;
 - presenza di numerosi insediamenti lineari sulle principali direttrici di traffico con conseguenti accessi ed incroci conflittuali con i flussi di traffico;
 - flussi di traffico consistenti lungo gli assi: SS9 via Emilia, SP Reggio Emilia-Sassuolo, SP Reggio Emilia-Montecchio, SP Reggio Emilia-Bagnolo e Rubiera-Casalgrande, etc);

¹⁵ Fonte ACI al 2004.

- un governo della mobilità complesso per le numerose implicazioni derivate dalla scarsa integrazione tra le varie forme di mobilità: prevalente uso del mezzo privato a scapito del trasporto collettivo, associato ad una non ottimale efficienza di carico dei mezzi per il trasporto merci sia in ambito urbano che extraurbano. Nonostante le progressive difficoltà del muoversi con l'automobile, l'utilizzo del mezzo pubblico non segue il trend di crescita della mobilità. Le ragioni sono molteplici ed hanno a che fare con la diffusione dell'uso degli scooter per le fasce giovanili, il sistematico possesso di una patente di guida anche da parte della popolazione anziana ritirata dal lavoro, un incremento di popolazione "da immigrazione" concentrato nelle fasce d'età mediane (35-55 anni) meno orientate all'uso del mezzo pubblico.
- Tale criticità, risultante di una serie di problematiche concatenate, si manifesta attraverso i seguenti aspetti:
 - scarso utilizzo del TPL, sia in ambito urbano che in ambito extraurbano nonostante la buona copertura offerta attualmente dal servizio;
 - mancanza di competitività del TPL rispetto ai tempi di percorrenza del trasporto privato. Ciò deriva dalla limitata presenza di "corsie preferenziali" ad esclusivo utilizzo del mezzo pubblico con conseguenti tempi di percorrenza simili o più elevati rispetto ai mezzi privati;
 - spostamento delle merci prevalentemente basato sul trasporto su gomma leggero (furgoni e mezzi a due assi) con una capacità di carico al di sotto del 50%;
 - elevata presenza di mezzi pesanti, soprattutto nell'area vasta, dai carichi ed ingombri notevoli, transitanti a volte su infrastrutture non funzionali al passaggio degli stessi;
 - trasporto delle merci legato essenzialmente a modalità funzionali alla rete produttiva piuttosto che a criteri di logistica distrettuale o territoriale;
 - scarso utilizzo del trasporto merci su modalità alternative alla gomma quali quelle da vettore ferroviario ed in prospettiva da vettore fluviale.

Tuttavia nell'anno 2005 si registra una crescita dei passeggeri dell'8,7% per le linee urbane e del 4,3% per quelle l'extraurbano.

6. Sicurezza

6.1 Incidenti stradali

Gli incidenti stradali¹⁶ rappresentano in Italia la prima causa di morte in entrambi i sessi nelle classi di età giovanili, anche se il fenomeno è maggiormente rilevante nei maschi. Con il termine di incidentalità ci si riferisce agli eventi avvenuti sul territorio considerato, indipendentemente dalla residenza delle persone coinvolte.

Il numero di incidenti avvenuti su tutte le strade che passano sul territorio della provincia di Reggio Emilia è in riduzione pressoché costante dal 2001 al 2006, ultimo anno per il quale sono disponibili i dati, così come sono in diminuzione il numero di decessi e di feriti.

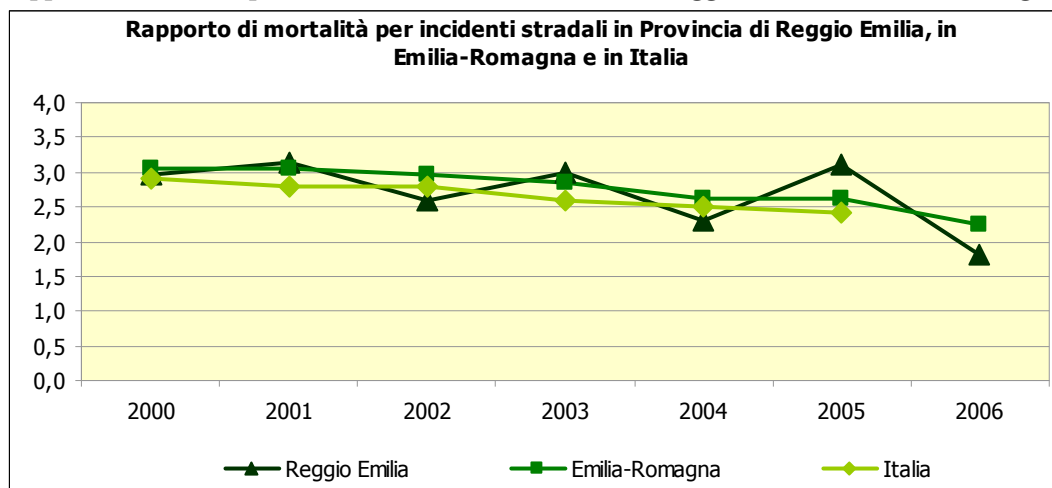
Tab. 31 Andamento degli incidenti stradali in Provincia di Reggio Emilia

Variabile	Anno					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Totale incidenti	3.546	3.281	3.312	2.950	2.641	2.375
Totale morti	111	85	99	68	82	43
Totale feriti	5.009	4.649	4.669	4.287	3.782	3.450
Rapporto di Mortalità ¹⁷	3,1%	2,6%	3,0%	2,3%	3,1%	1,8%
Rapporto di Lesività ¹⁸	141,3%	141,7%	141,0%	145,3%	143,2%	145,3%
Rapporto di Pericolosità ¹⁹	2,2%	1,8%	2,1%	1,6%	2,1%	1,2%

Fonte: ISTAT

Sostanzialmente nel 2006 si è verificato un minor numero di incidenti, con un numero relativamente basso di morti, ma con molti feriti. Negli anni la mortalità regionale è quasi costantemente superiore a quella nazionale, mentre la provincia di Reggio Emilia oscilla tra le due curve, con possibili picchi annuali, come è accaduto nel 2005.

Graf. 29 Rapporto di mortalità per incidenti stradali in Provincia di Reggio Emilia, in Emilia-Romagna e in Italia



Fonte: ISTAT

Il rapporto di lesività, relativo ai soli feriti, è invece superiore in provincia rispetto all'Emilia-Romagna, che mostra un andamento migliore rispetto all'Italia.

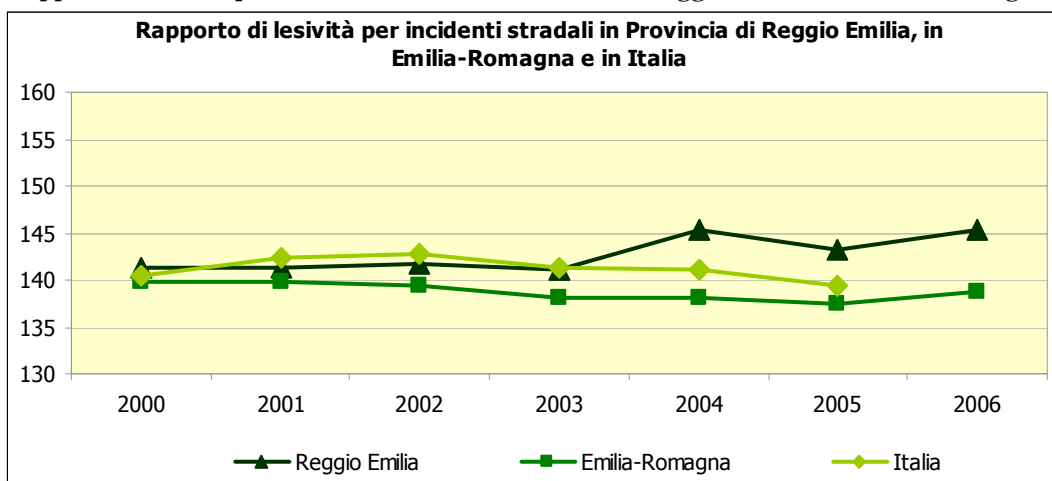
¹⁶ Fonte dei dati: ISTAT sulla base di rilevazioni mensili ISTAT/ACI. I dati sono riferiti agli incidenti stradali nei quali risultano coinvolti veicoli (fermi o in movimento) e dai quali siano derivate lesioni a persone. Dal 1999 sono considerate morte le persone decedute sul colpo o entro il 30° giorno dall'incidente.

¹⁷ Rapporto di mortalità: n. morti per incidente stradale/n. Incidenti stradali avvenuti *100

¹⁸ Rapporto di lesività: n. di feriti per incidente stradale/ n. incidenti stradali avvenuti *100

¹⁹ Rapporto di pericolosità: n. di morti per incidente stradale/(n. morti + n. feriti)*100

Graf. 30 Rapporto di lesività per incidenti stradali in Provincia di Reggio Emilia, in Emilia-Romagna e in Italia



Fonte: ISTAT

6.2 Infortuni sul lavoro

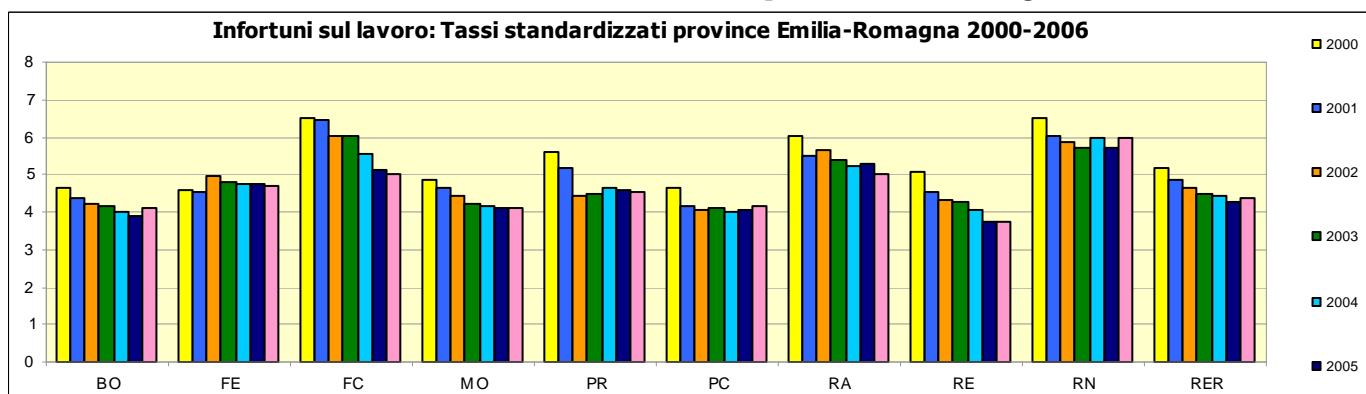
A livello regionale l'incidenza degli infortuni sul lavoro²⁰ risulta in calo, con una modesta ripresa nel 2006 che si manifesta in molte province, compresa Reggio Emilia, che comunque si conferma come seconda provincia a minor Indice di Incidenza di infortuni sul lavoro, dopo Bologna. Il risultato appare particolarmente rilevante perché, come è stato mostrato nel paragrafo "Condizioni socio-economiche", il tessuto produttivo a Reggio Emilia è caratterizzato da una sensibile occupazione nell'industria, superiore alla media regionale. Infatti, la standardizzazione per comparto produttivo, effettuata considerando come "popolazione di riferimento" la struttura produttiva media italiana, accentua ulteriormente lo scarto rispetto alla media regionale.

Tab. 32 Tasso grezzo di incidenza di infortuni sul lavoro nelle province dell'Emilia-Romagna - Anni 2000-2006

I.I.	BO	FE	FC	MO	PR	PC	RA	RE	RN	Regione
2000	4,61	4,97	6,8	5,67	6,59	5,38	6,58	5,99	6,74	5,68
2001	4,39	4,97	6,81	5,52	5,88	4,78	5,89	5,32	6,20	5,33
2002	4,26	5,57	6,76	5,30	5,21	4,70	6,12	5,16	6,13	5,21
2003	4,03	5,27	5,96	4,89	5,11	4,62	5,65	4,89	5,71	4,89
2004	3,91	5,13	5,57	4,84	5,24	4,4	5,55	4,68	6,03	4,79
2005	3,85	5,07	5,15	4,75	5,06	4,48	5,64	4,27	5,63	4,64
2006	4,19	4,96	5,12	4,79	5,00	4,73	5,34	4,43	5,91	4,76

Fonte: Elaborazioni OREIL sui dati BancaDati INAIL

Graf. 31 Infortuni sul lavoro: Tassi standardizzati province Emilia-Romagna 2000-2006



Fonte: Elaborazioni OREIL sui dati BancaDati INAIL

²⁰ Fonte dei dati: Azienda USL di Reggio Emilia, Osservatorio Regionale Infortuni sul Lavoro. Analisi su dati INAIL.

Anche gli infortuni mortali nel corso del 2006 sono stati in numero contenuto a Reggio Emilia, dove l'incidenza ha raggiunto il minimo storico (5 morti sul lavoro).

Tab. 33 Indice di incidenza di infortuni mortali in Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna

Anno	Reggio Emilia			Regione		
	Infortuni mortali	Addetti	II mortali	Infortuni mortali	Addetti	II mortali
1997	18	160.495	11,2	124	1.301.221	9,5
1998	13	169.316	7,7	127	1.343.657	9,5
1999	17	171.281	9,9	116	1.347.979	8,6
2000	18	175.780	10,2	152	1.408.022	10,8
2001	12	194.905	6,2	142	1.542.539	9,2
2002	25	189.491	13,2	132	1.520.439	8,7
2003	21	196.510	10,7	127	1.578.689	8,0
2004	13	202.169	6,4	105	1.593.508	6,6
2005	13	211.547	6,1	116	1.612.370	7,2
2006	5	199.435	2,5	102	1.574.505	6,5

Fonte: Elaborazioni OREIL sui dati BancaDati INAIL

Un aspetto particolare in questo panorama complessivamente positivo riveste il crescente utilizzo di lavoratori stranieri, a carico dei quali si registra una proporzione di infortuni in costante incremento. L'incertezza circa la dimensione dei lavoratori stranieri occupati impedisce di calcolare l'incidenza del fenomeno, ma consente solo di segnalare la quota non irrilevante di infortuni con esiti permanenti e di infortuni mortali a loro carico. E' inutile aggiungere che gli infortuni citati non tengono conto di quelli occorsi a lavoratori in nero, per i quali si presume che gli infortuni, se arrivano alla struttura sanitaria, non siano denunciati come "da lavoro".

Tab. 34 Numero e percentuale di infortuni a carico di lavoratori stranieri per anno e tipo di definizione

Tipo di definizione	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Temporanei totale	10.089	10.011	9.791	9.234	9.108	8.591	8.287
di cui immigrati	1.306	1.328	1.533	1.532	1.695	1.619	1.595
<i>% immigrati</i>	<i>12,9</i>	<i>13,3</i>	<i>15,7</i>	<i>16,6</i>	<i>18,6</i>	<i>18,8</i>	<i>19,2</i>
Permanenti totale	365	357	349	387	456	467	316
di cui immigrati	38	37	30	49	75	69	44
<i>% immigrati</i>	<i>10,4</i>	<i>10,4</i>	<i>8,6</i>	<i>12,7</i>	<i>16,4</i>	<i>14,8</i>	<i>13,9</i>
Mortali totale	18	12	25	21	12	13	5
di cui immigrati	3	2	6	0	2	2	2
<i>% immigrati</i>	<i>16,7</i>	<i>16,7</i>	<i>24,0</i>	<i>0,0</i>	<i>16,7</i>	<i>15,4</i>	<i>40,0</i>
Totale	10.550	10.439	10.231	9.696	9.651	9.122	8.678
di cui immigrati	1.359	1.383	1.586	1.594	1.791	1.705	1.661
<i>% immigrati</i>	<i>12,9</i>	<i>13,2</i>	<i>15,5</i>	<i>16,4</i>	<i>18,6</i>	<i>18,7</i>	<i>19,1</i>

Fonte: Elaborazioni OREIL sui dati BancaDati INAIL

6.3 Infortuni domestici

La casa è spesso occasione di infortunio, anche grave. Poiché non esistono rilevazioni esaustive sull'argomento, citiamo brevemente i risultati del Sistema di Sorveglianza "PASSI", che segnala l'occorrenza di un infortunio domestico in poco meno del 20% dei soggetti in età compresa tra i 18 e i 69 anni, maggiormente a carico delle donne. Si segnala il fatto che, in età più anziana, l'infortunio domestico comporta spesso una caduta, con possibile frattura.

6.4 Violenza alle Donne²¹

Dall'indagine del 2006 su "La violenza e i maltrattamenti contro le donne fuori e dentro la famiglia", frutto di una convenzione tra Istat (Istituto Statistico Nazionale che l'ha condotta) e Ministero per i diritti e le pari opportunità, sono state stimate in 6 milioni 743 mila le donne da 16 a 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita. Nella quasi totalità dei casi le violenze non sono denunciate. Il sommerso è elevatissimo e raggiunge circa il 96% delle violenze da un non partner e il 93% di quella da partner. Le donne non denunciano, ma ne parlano, con i familiari, con gli amici, colleghi di lavoro, operatori di pronto soccorso, assistenti sociali, avvocati, magistrati, polizia e carabinieri. Quanto alla violenza alle donne in ambito domestico, sono 2 milioni 938 mila le donne che hanno subito violenza fisica o sessuale dal partner attuale o dall'ex partner. La violenza domestica e intra-familiare è la più rilevante da un punto di vista quantitativo tra le violenze contro le donne e si caratterizza per la presenza di diverse tipologie: violenza fisica, psicologica, sessuale, economica.

Dall'Indagine Regionale dei Centri Antiviolenza del 2005, sappiamo che nel corso del 2005 sono state accolte e/o ospitate nella Regione Emilia Romagna 1.419 donne, di cui: 1.271 dai Centri antiviolenza della regione, 148 dagli Altri soggetti. Fra le donne accolte vi sono complessivamente 531 straniere, pari al 37% (di cui 464 accolte dai Centri antiviolenza e 67 dagli Altri soggetti). Fra le donne straniere, 87 hanno chiesto aiuto perché costrette a prostituirsi. Le violenze subite dalle donne accolte sono prevalentemente maltrattamenti da parte del partner e dell'ex partner che costituiscono circa l'80% di tutti gli aggressori (gli ex partner da soli sono il 14%). Il 68% delle donne dichiara di avere un reddito insufficiente al proprio mantenimento o del tutto inesistente. Il 26% delle donne è disoccupata o in cerca di prima occupazione. Sono al di sotto del 10% le violenze che si verificano qualche volta l'anno (6%), o che si risolvono in un episodio unico (8%) a conferma della continuità quale caratteristica principale del maltrattamento.

Le violenze producono effetti molto seri sulla salute psicofisica delle donne. In base ai dati raccolti risulta che:

- 1 donna su 2 vive nella paura (46%)
- 1 donna su 3 ha subito una perdita significativa di autostima (28%)
- 1 donna su 3 vive nella disperazione, nell'impotenza (27%)
- 1 donna su 5 ha sofferto ematomi e/o tagli e/o bruciature (21%)
- 1 donna su 5 vive stati di ansia, fobie (21%)
- 1 donna su 6 circa vive stati di depressione (16%); e/o ha difficoltà di concentrazione (15%) e/o a gestire i figli/e; e/o soffrono di disturbi del sonno o dell'alimentazione (14%); e/o sono in una situazione di isolamento familiare e sociale (13%)

Le donne che hanno sporto denuncia/querela nel corso del 2005 sono pari al 19%. Anche i dati ricavati dall'esperienza della Casa delle donne del Comune di Reggio Emilia, gestito in convenzione dall'Associazione Nondasola, dal maggio 1977 al maggio 2008 testimoniano la gravità della situazione. Le donne accolte sono state 1.910 e nello stesso periodo sono state ospitate 110 donne con 115 bambini/e. La quasi totalità delle donne (il 95%) ha riferito di aver subito violenze e/o maltrattamenti, quasi sempre ad opera del partner (90%). La maggior parte delle donne proviene dal Comune (più del 60%) o dalla provincia di Reggio. Il 33% delle donne proviene da paesi non compresi nell'area della Comunità Europea. La fascia d'età più rappresentata è quella dai 30 ai 40 anni (35%), ma molte sono le donne anche dai 20 ai 30 anni, segno forse di un più precoce riconoscimento della violenza e di maggior consapevolezza dei propri diritti. Le donne hanno in maggioranza una scolarità media. Le diplomate alla scuola media superiore arrivano al 14% e quelle che hanno un'alta scolarità sono complessivamente il 9%.

²¹ Contributo dell'Associazione Nondasola.

I dati sulla violenza a nostra disposizione, per altro del tutto sovrapponibili a quelli indicati dalle ricerche nazionali, confermano che la violenza è un fenomeno trasversale: possono esserne vittime donne di diversa estrazione sociale, economica e culturale, italiane o immigrate; sono coniugate, conviventi, o magari già separate. Molte hanno un'occupazione: sono operaie, commercianti, impiegate, insegnanti, artigiane; rilevante però è anche il numero di donne che possono contare solo su attività precarie o lavori in nero o che sono disoccupate, casalinghe, pensionate. Se è vero che la violenza è un fenomeno trasversale, appare evidente come la mancanza di autonomia economica (circa il 55% delle donne che si rivolgono alla Casa delle Donne non hanno un reddito sufficiente a garantire il mantenimento proprio e dei figli) rappresenti un ostacolo fortissimo al tentativo di porre fine ad una relazione violenta, specialmente quando la donna deve provvedere oltre che a sé anche ai propri figli.

Donne insultate, umiliate, svalorizzate davanti ai figli, minacciate, controllate in ogni loro movimento, chiuse in casa, a cui è impedita la ricerca di un lavoro extradomestico, costrette, con la minaccia, il ricatto, la forza fisica, a rapporti sessuali, oggetto di veri e propri pestaggi, percosse con pugni, calci, schiaffi: è questo ciò che va sotto il nome di violenza domestica. Nella tipologia della violenza domestica dunque rientrano le più diverse forme di controllo e di dominio di un partner sull'altro: la privazione di tipo economico, la violenza verbale e psicologica, la violenza fisica, la violenza sessuale. La violenza dichiarata è di tipo fisico (68%), psicologico (92%), economico (42%), sessuale (18%); nella stragrande maggioranza delle storie, ciò che la donna sperimenta è una summa di violenze agite contemporaneamente su diversi piani, e che solo per comodità di analisi possiamo cercare di inquadrare come di un tipo o dell'altro sulla base di una sua soggettiva percezione di prevalenza. La violenza inizia mediamente dopo i primi 5 anni di convivenza.

In quasi tutti i casi il maltrattamento avviene all'interno di una relazione stabile: l'autore non è quasi mai uno sconosciuto, è il marito, il compagno, il fidanzato, più raramente il padre o il fratello. Lo stereotipo ancora piuttosto radicato secondo cui le situazioni di violenza contro le donne possono essere ricondotte a problemi di forte disagio socio-economico o psicologico non è confermato dai seguenti dati a nostra disposizione: solo il 7% delle donne maltrattate e il 19% degli uomini violenti presenta problemi quali alcolismo, tossicodipendenza o disturbi psichici. Quanto ad una definizione chiara di questo fenomeno possiamo dire che la violenza maschile sulle donne riguarda le relazioni e il conflitto tra i sessi e la scena sociale su cui queste si strutturano. Si manifesta in forme molteplici rintracciandosi nei gangli essenziali della vita sociale e nella sua forma più diffusa e pervasiva all'interno delle famiglie.

Il Consiglio d'Europa nel 2002 riaffermava una definizione chiara e perentoria già enunciata nel 1993 "la violenza contro le donne è violenza di genere caratterizzata da qualsiasi azione di violenza fondata sull'appartenenza sessuale che comporta e potrebbe comportare per le donne che ne sono bersaglio danni o sofferenze di natura fisica, sessuale o psicologica, ivi compresa la minaccia di mettere in atto simili azioni, la costrizione, la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che in quella privata."

Percezione dei fenomeni e delle criticita' dal punto di vista di un testimone privilegiato
Contributo del Direttore Generale della Provincia di Reggio Emilia, Ing. Francesco Capuano

"Il PIL non tiene conto della salute delle nostre famiglie, della qualità della loro educazione o della gioia dei loro momenti di svago. Non comprende la bellezza della nostra poesia o la solidità dei valori familiari, l'intelligenza del nostro dibattere o l'onestà dei nostri pubblici dipendenti. Non tiene conto né della giustizia nei nostri tribunali, né dell'equità nei rapporti fra di noi. Il PIL non misura né la nostra arguzia né il nostro coraggio, né la nostra saggezza né la nostra conoscenza, né la nostra compassione né la devozione al nostro paese"...

Robert Kennedy, Università del Kansas, 18 marzo 1968

Il profilo che viene efficacemente tratteggiato, grazie ai dati qui rappresentati, è quello di una comunità in grande crescita demografica, giovane, dalla forte economia, che può vantare primati nei tassi di occupazione e nella capacità di esportazione.

La comunità della provincia di Reggio Emilia è, infatti, la prima in Italia per crescita demografica negli ultimi sette anni, quella ove più basso è il tasso di disoccupazione (1,9%), e più alto il valore di esportazione pro-capite (15.842 €). (valori 2007)

L'incremento demografico è naturalmente in gran parte dovuto all'eccezionale saldo migratorio, che porta nel 2007 la popolazione straniera al 10,2% della popolazione residente complessiva.

La struttura produttiva dell'economia reggiana continua ad essere caratterizzata da una forte vocazione industriale, rappresentata da 23.000 imprese industriali, in gran parte artigianali; in termini relativi ciò significa un'impresa industriale ogni 21 abitanti, contro una media nazionale di un'impresa industriale ogni 40 abitanti. Con oltre 100.000 addetti nell'industria, Reggio Emilia è una delle prime province industriali del paese come percentuale di addetti sulla popolazione residente e come incidenza percentuale sul pil complessivo (42%).

Gli studi e le analisi economiche più recenti confermano che la nostra provincia continua ad essere un luogo ad alta potenzialità competitiva e a sviluppo avanzato. Dal 2000 al 2007 sono cresciuti tutti gli indicatori relativi alla natalità di impresa (una delle più alte in Italia), alla densità imprenditoriale (che passa da 8,8 a 9,4), all'incidenza delle imprese operanti nei servizi (che passano dal 25% al 43%). Si conferma anche una forte vocazione all'export del sistema produttivo, con il saldo import/export rispetto al numero di occupati pari a 31.932 euro, così come cresce il livello complessivo di internazionalizzazione delle aziende.

Occorre però arricchire la lettura di questi dati con altri, altrettanto significativi, e che consentono più consapevolmente di affidarsi al motto di Pitagora: "I numeri misurano la realtà, e consentono di penetrarne il significato".

Valutando il PIL pro-capite a parità di potere di acquisto nell'Europa a 25, la provincia di Reggio Emilia era 83-sima su oltre 1200 nel 1995, nel 2002 era divenuta 126-sima, e nel 2004 192-sima; passeggero dinamico su un vagone ferroviario nazionale irrimediabilmente più lento degli altri, possiamo esser certi che negli ultimi anni il ranking della nostra comunità sia sceso ulteriormente.

Inoltre, i nostri tassi di scolarizzazione sono più bassi della media nazionale, sia con riferimento alla scuola dell'obbligo, sia al diploma di scuola secondaria superiore: ciò incide sulla qualità complessiva del capitale umano, e la forte immigrazione, non certo specializzata, non agevola una veloce inversione di tendenza.

Le imprese sono capaci di innovare, ma con modalità che sono troppo poco dipendenti dalla ricerca: il tasso di crescita dei brevetti depositati è superiore al dato regionale e nazionale (+ 42% dal 1999 al 2005), ma la capacità di sviluppare brevetti high tech è semplicemente in media con il dato regionale, e non è normalmente frutto di significativi investimenti in ricerca, né di partnership strutturate con i centri di innovazione e con gli atenei, a partire da quelli presenti sul territorio.

Appare carente anche la capacità di innovazione nel terziario e nei servizi, che potrebbero meglio valorizzare l'attrattiva culturale, ambientale e paesaggistica del territorio, di valore internazionale assai elevato ed altrettanto inespreso.

I servizi turistici, di ricettività alberghiera e ospitalità eno-gastronomica potrebbero avere, investendo in innovazione di qualità, tra i loro ambasciatori i prodotti agroalimentari, primo tra tutti il parmigiano-reggiano, di assoluto valore mondiale.

Alla comunità provinciale appare necessario, in un momento di grave crisi dell'economia mondiale che ha però anche dischiuso, con l'elezione del primo presidente afro-americano degli Stati Uniti, un orizzonte di possibile grande cambiamento, vincere la nuova sfida dell'innovazione, investendo con convinzione sulla maggiore qualità del proprio capitale umano, sulla ricerca nei settori avanzati dell'industria e sulla qualità dei servizi e del welfare.

Ciò si traduce nella strutturazione ulteriormente avanzata del sistema scolastico e soprattutto della formazione professionale, nella capacità di condurre forme di ricerca industriale con forte sinergia fra università, centri di ricerca ed imprese, localizzandole fisicamente in nuovi tecnopoli, nella maggiore consapevolezza che il patrimonio culturale plurimillenario, che ha visto Matilde di Canossa figura centrale della storia europea degli ultimi mille anni, può essere al centro di una nuova rete di servizi capace di valorizzare territorio, ambiente e tradizione agro-alimentare di grande qualità.

Nella consapevolezza che le parole di Robert Kennedy hanno nel tempo accresciuto ancor più il loro valore, le sfide che la comunità si trova di fronte dovranno vedere il sistema del welfare evolvere a sua volta con rapidità ed efficacia.

III: Servizi, risorse informali, domanda espressa e domanda soddisfatta

1. Ambito sociale e socio-sanitario

1.1 Responsabilità genitoriali, infanzia e adolescenza

Come appare già evidente dai dati di contesto, le famiglie reggiane non si sottraggono al fenomeno della progressiva frammentazione e della crescente complessità che il panorama nazionale ci mostra. Per citare alcuni dati, sia qualitativi che quantitativi, si ricorda:

- il profondo mutamento della struttura demografica sia dal punto di vista numerico che della composizione (famiglie con anziani, famiglie migranti, famiglie monogenitoriali);
- i mutamenti della struttura economica, con un aumento di famiglie in cui entrambi i genitori lavorano;
- dati di insuccesso ed abbandono scolastico particolarmente rilevanti per i minori stranieri;
- bassissimo livello di occupazione delle donne straniere;
- pressione sulle strutture residenziali per anziani, nonostante l'aumentato investimento sulla domiciliarità e la presenza delle badanti;
- rapida evoluzione degli stili di vita, collegati all'uso di tecnologie sempre più sofisticate, e orientati ad un utilizzo diverso del tempo e della comunicazione che aumenta la divaricazione tra generazioni.

Le problematiche delle famiglie riguardano le difficoltà legate alla genitorialità, quelle che afferiscono ai tempi di cura e lavoro, la precarietà lavorativa e la fatica nel sostenere l'onere della casa. Rispetto alle famiglie con bambini appaiono molto rilevanti le variabili del reddito (redditi bassi in presenza di figli piccoli, nuclei monogenitoriali), della violenza sui soggetti deboli, di alti tassi di conflittualità familiare, in aumento. Inoltre, le dipendenze patologiche, così come le fragilità psichiche, coinvolgono sempre di più i genitori, rendendo molto difficile l'esercizio della responsabilità genitoriale e l'assunzione delle responsabilità educative e di accudimento.

La complessità è data da una variabilità di tipologie che mostrano le famiglie in difficoltà, da un aumento della difficoltà a gestire i compiti educativi e genitoriali, dalla conflittualità sia esterna che interna alla coppia oltre che da quella intragenerazionale, da una riduzione della soglia di resilienza data da una contrattura delle relazioni, da un confronto continuo con parametri illusori e non rispondenti alle reali situazioni delle famiglie. Si assiste quindi ad un aumento delle situazioni di "violenza" nelle sue diverse forme sia verso le donne che i minori di età o, per quanto riguarda la giovane generazione, fra pari età. Vediamo un aumento delle richieste di aiuto per un sollievo temporaneo per difficoltà a gestire tempi di cura e di lavoro, relazioni conflittuali, comportamenti di adolescenti. L'aumento delle culture di riferimento e il conseguente attaccamento alle appartenenze culturali impongono un continuo e costante allenamento a considerare le diverse visioni e i diversi valori.

Le famiglie sono chiamate ogni giorno a costruire e ricostruire un equilibrio soddisfacente tra il tempo individuale, il tempo dei desideri, bisogni, progetti e il tempo sociale, quello delle istituzioni e delle regole, della produttività, degli spostamenti. Si propone qui una lettura del fenomeno "famiglia" che tenga conto di due tagli fondamentali di lettura: quello del rapporto tra fragilità e famiglia e quello della famiglia come risorsa sociale.

In primo luogo, pensiamo alla fragilità come a qualcosa di quotidiano e fisiologico, che fa parte delle situazioni di fatica di ogni famiglia nei suoi vari momenti ed vita e storia. Vi è poi però un isolamento nella fragilità dove i carichi oggettivi si assommano a carichi soggettivi (dolore, impossibilità di programmare il futuro, problematiche affettive, conflittualità e aggressività) che può culminare in una

fragilità protetta, con sostituzione totale o parziale della famiglia da parte dei servizi. Intrecciano la fragilità fisiologica una serie di fattori che, se non adeguatamente trattati e sostenuti, fanno scivolare la fragilità fisiologica nelle zone a rischio. Questi fattori possono essere trasversali come la condizione reddituale, la indisponibilità di reti di supporto, la povertà relazionale, la migrazione, la violenza, la conflittualità intrafamiliare, o “storici” come le famiglie con minori, quelle con anziani, malati psichici o psichiatrici, con componenti che fanno abuso di sostanze, abusanti, con disabili. O possono essere fattori esterni alla famiglia come gli stili di vita, l’offerta dei servizi, le politiche delle pari opportunità, quelle della casa, dei tempi e della mobilità, del lavoro.

Altro taglio di lettura è quello che vede la famiglia come risorsa sociale, in un territorio che presenta un alto numero di famiglie affidatarie, che si avvale di famiglie per l’emergenza, che presenta un alto numero di famiglie coinvolte nell’area di progetti alla comunità, che vede presenti famiglie che investono sul futuro (vedi i tassi di natalità), di famiglie che curano i propri componenti in situazione di fragilità. Nell’alleanza con le famiglie i servizi del territorio si sono costruiti ed rafforzati. Abbiamo qui di seguito abbozzato alcuni dati e ragionamenti su alcune delle parti sopra evidenziate, per descrivere ed alimentare il pensiero e l’elaborazione strategica sulle famiglie, in particolare le famiglie con bambini.

Tabella 35 Minori in carico ai servizi sociali territoriali - anni 2005, 2006, 2007

Distretto	n. minori in carico ai servizi sociali territoriali 2005	n. minori in carico ai servizi sociali territoriali 2006	%su minori residenti	n. minori in carico ai servizi sociali territoriali 2007
Distretto di Val d'Enza	711	710	7,16	922
Distretto di Reggio Emilia	2.888	3.075	8,43	3.600
Distretto di Guastalla	n.r.	283	2,46	842
Distretto di Correggio	338	412	4,51	382
Distretto di Scandiano	678	758	5,7	848
Distretto di Castelnovo ne'Monti	439	658	13,68	n.r.
Ambito provinciale		5.896	6,9	
Ambito Regione Emilia-Romagna		40.368	6,37	

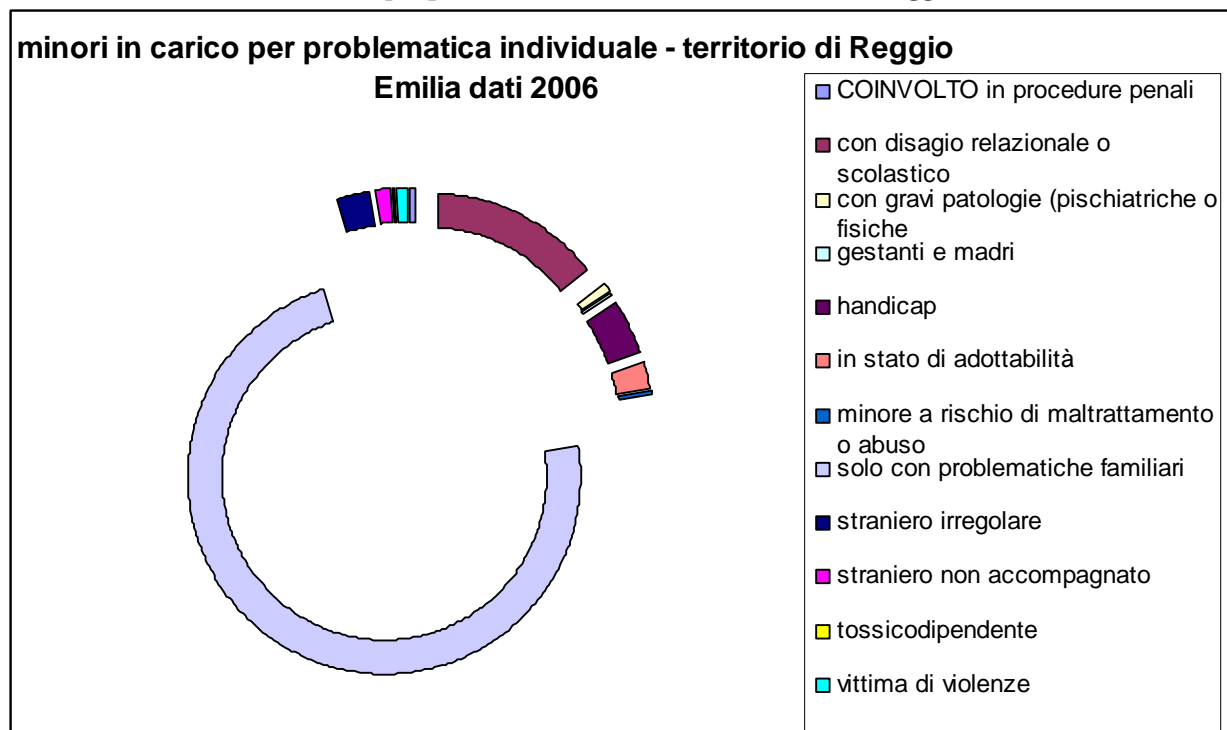
L’ambito territoriale di Reggio Emilia (dati 2006) presenta una situazione di presa in carico di minori superiore a quello della Regione Emilia-Romagna, per alcuni distretti decisamente superiore alla percentuale regionale. Il dato può essere interpretato anche alla luce della Tab. 36 che dà conto dell’alta percentuale di minori stranieri in carico al servizio sociale territoriale, in presenza di un contesto in cui la presenza di migranti è assai rilevante. Inoltre il fenomeno presenta un aumento costante a testimonianza sia di una accresciuta difficoltà del contesto che di una possibile maggiore capacità dei servizi sociali territoriali di leggere queste difficoltà. Un dato di grande interesse appare la rilevanza del fenomeno migrazione sulla fascia del disagio sociale, a testimonianza che i fenomeni povertà e difficoltà genitoriale incidono in maggiore misura sui migranti. Appare ancora residua la presa in carico da parte dei servizi sociali territoriali dei nuclei con figli disabili, a fronte di numeri assai importanti di minori certificati a testimonianza di una vocazione del servizio sociale territoriale ancora molto legata ad un dato assistenziale forte e ancora solo marginalmente volta ad una lettura del contesto e delle sue dinamiche (disabilità come fattore di dinamica sociale e non solo assistenziale).

Tabella 36 Minori in carico al servizio sociale territoriale per tipologia (dati 1/12/2006)

DISTRETTO	n. minori in carico disabili	n. minori in carico stranieri	Di cui stranieri non accompagnati	%minori stranieri in carico ai servizi sociali su minori totali in carico ai servizi sociali territoriali
Distretto Val d'Enza	27	282	9	39,72
Distretto di Reggio Emilia	54	1.444	33	46,96
Distretto di Guastalla	n.r.	n.r.	n.r.	
Distretto di Correggio	4	133	2	32,28
Distretto di Scandiano	61	226	11	29,82
Distretto di Castelnovo ne' Monti	3	284	11	43,16
Ambito provinciale	149	2.369	66	40,18
Ambito Regione Emilia-Romagna	1.188	13.885	763	34,40

Se la criticità prevalente tra i nuclei con minori in carico si conferma essere quella economico-abitativa (nuclei prevalentemente monoreddito con 2 o 3 figli a carico oppure madri sole con figli), l'altra criticità di grande prevalenza è quella relativa a nuclei con problematiche educative e relazionali. Si tratta di nuclei che hanno scarsi strumenti educativi e le cui risorse personali e strumentali non consentono un adeguato sviluppo della genitorialità senza l'apporto di accompagnamento costante dei servizi. Un dato che spesso accomuna queste famiglie è la difficoltà a costruire una rete di relazioni significativa che li favorisca nel soddisfare i propri bisogni. Esistono situazioni in cui il disagio si esprime in forma conclamata e le possibilità di miglioramento sul versante educativo e genitoriale sono molto basse; queste problematiche richiedono interventi sostitutivi della famiglia. Per le altre situazioni, invece, che sono la maggior parte, è importante investire su forme di accompagnamento che vedono coinvolte altre famiglie e le realtà del territorio.

Graf. 32 Minori in carico per problematica individuale - Territorio di Reggio Emilia dati 2006



Se infatti il numero degli allontanamenti sul territorio reggiano appare in linea con il dato regionale, lo strumento affidi appare molto più sviluppato che nel resto della regione, con punte anche di tre volte il dato regionale (vedi tab. 37)

Tab. 37 Allontanamenti e affidi eterofamiliari e parentali

Territorio	n. allontanamenti	%su popolazione minore	n. affidi eterofamiliari e parentali	di cui stranieri	% su popolazione minore
Distretto Val d'Enza	20	0,20	25	12	0,25
Distretto di Reggio Emilia	116	0,32	247	136	0,67
Distretto di Guastalla	8	0,07	38	11	0,33
Distretto di Correggio	15	0,16	19	4	0,21
Distretto di Scandiano	38	0,29	51	19	0,38
Distretto di Castelnovo Monti	3	0,06	25	15	0,52
ambito aziendale/provinciale	200	0,23	405	197	0,47
Emilia-Romagna	1.414	0,22	1.614	442	0,25

A testimonianza inoltre di un territorio ricco di legami, di solidarietà e di capitale sociale, si evidenzia anche il dato delle adozioni in cui anche il dato di efficienza dei servizi appare da evidenziare (tabella 38). Il fenomeno adottivo si connota peraltro di sempre maggiore complessità; appaiono più complesse le problematiche dei bambini che arrivano in Italia e più complesso il sistema culturale nel quale si andranno ad inserire (basti per esempio citare la multiculturalità delle classi scolastiche che i bambini si troveranno a frequentare).

Tab. 38 Decreti di adozione nazionali e internazionali, istruttorie concluse di coppie aspiranti anno 2006

Territorio	interventi e servizi			
	Adozioni			
	n. decreti di adozioni nazionali nel corso del 2006	n. decreti di adozioni internazionali nel corso del 2006	n. istruttorie concluse di coppie aspiranti	%n. decreti di adozioni/popolazione minori
Distretto Val d'Enza	3	2	10	0,05
Distretto di Reggio Emilia	28	4	51	0,09
Distretto di Guastalla	1		6	0,01
Distretto di Correggio	4		3	0,04
Distretto di Scandiano	16		13	0,12
Distretto di Castelnovo Monti	5	1	4	0,12
ambito aziendale/provinciale	57	7	87	0,07
Emilia-Romagna	214	52	743	0,04

Per quanto riguarda gli inserimenti in comunità

Tab. 39 Inserimenti minori in struttura - Territorio di Reggio Emilia - anno 2005

INSERIMENTI MINORI IN STRUTTURA territorio di Reggio Emilia							
	anno	inserimento in casa famiglia	inserimento in comunità educativa	inserimento in comunità di pronta accoglienza	inserimento in comunità di tipo familiare	inserimento in altro tipo di struttura	totale
Distretto di Reggio Emilia	2005	23	72	30	2	38	165

I dati dei consultori familiari (tabella 40) testimoniano una realtà di grande dinamismo che attrae un buon numero di donne straniere a testimonianza della grande potenzialità dei consultori familiari non solo sul versante della cura e prevenzione alla nascita, ma anche di uno strumento di integrazione che deve essere implementato e riconosciuto anche in questo ambito.

Tab. 40 - Dati attività consultori familiari 2006

Territorio	donne gravide prese in carico		corsi di preparazione al parto/nascita		gruppi per neogenitori (compresi i gruppi del massaggio infantile, sostegno allattamento al seno, ecc.)	
	tot.	di cui straniere	n. tot. soggetti coinvolti	n. tot incontri	n. tot. soggetti coinvolti	n. tot. incontri
Distretto Val d'Enza	313	233				
Distretto di Reggio Emilia	895	600	218	640		
Distretto di Guastalla	350	255	160	420		
Distretto di Correggio	294	159	158	442		
Distretto di Scandiano	510	188	315	710		
Distretto di Castelnovo Monti	131	55			562	2055
ambito aziendale/provinciale	2.493	1.490	851	22.212	562	2.055
Emilia-Romagna	15.892	7.472	12.719	21.222	4.708	14.470

Anche i Centri per le Famiglie giocano questo duplice ruolo ed in particolare nell'area dei progetti di comunità presentano potenzialità di sviluppo nel sostegno alla costruzione di reti relazionali di sostegno ai nuclei familiari (tabella 41)

Tab. 41 Centri per le famiglie

Territorio	centri per le famiglie				
	n.famiglie coinvolte nel sostegno alla genitorialità	n. accessi allo sportello per l'area informazione	n. interventi di mediazione familiare	n. famiglie coinvolte nell'area progetti di comunità	
				tot	di cui straniere
Distretto Val d'Enza	44	52	70	376	1
Distretto di Reggio Emilia	455	811	27	1261	609
Distretto di Guastalla					
Distretto di Correggio					
Distretto di Scandiano					
Distretto di Castelnovo Monti					
ambito aziendale/provinciale	499	863	97	1637	610
Emilia-Romagna	4332	17595	667	11076	3208

L'offerta di servizi nel territorio reggiano si evidenzia in particolare nell'offerta dei servizi scolastici nella fascia 0-3 anni dove la percentuale di bimbi iscritti sui minori residenti va da un circa 4,4 % a livello regionale ad un 4,8% a livello del territorio provinciale con punte del 5,6% raggiunte a Reggio Emilia e a Correggio. (tab.42). L'andamento relativamente all'accoglienza dei bimbi stranieri appare in continua crescita, a testimonianza sia della difficoltà delle famiglie straniere al sostenere la cura dei piccoli, che di una forte volontà e potenzialità di integrazione.

Tab. 42 Strutture, servizi e interventi in ambito educativo e socio-educativo (anno scolastico 2005/2006)

Territorio	nidi d'infanzia			
	pubblici gestione diretta e indiretta		privati in convenzione e non	
	n. strutture	n. posti	n. strutture	n. posti
Distretto Val d'Enza	6	278	5	140
Distretto di Reggio Emilia	34	1726	17	424
Distretto di Guastalla	10	464	6	91
Distretto di Correggio	11	483	3	55
Distretto di Scandiano	8	492	2	36
Distretto di Castelnovo Monti			3	58
ambito aziendale/provinciale	69	3443	36	804
Emilia-Romagna	504	23147	255	5531

Territorio	tipo e n. servizi integrativi		n. bambini seguiti da educatrici familiari	n. bambini seguiti da educatrici domiciliari
	spazi bambino	centri per bambini e genitori		
Distretto Val d'Enza		2		
Distretto di Reggio Emilia	4	6		
Distretto di Guastalla	4			
Distretto di Correggio	1	1		
Distretto di Scandiano	5	3		5
Distretto di Castelnovo Monti		1		
ambito aziendale/provinciale	14	13		5
Emilia-Romagna	90	119	42	245

Tab. 43 Domande, posti e iscritti per servizi socio-educativi 0-3 anni (anno scolastico 2005/2006)

Territorio	n. richieste		n. iscritti	bambini in lista d'attesa	iscritti stranieri %
	iscrizioni	n. posti			
Distretto Val d'Enza	272	418	404	83	4,95
Distretto di Reggio Emilia	1.384	2.150	2.061	118	8,2
Distretto di Guastalla	305	555	518	48	3,28
Distretto di Correggio	357	538	516	71	1,94
Distretto di Scandiano	432	528	516	77	3,1
Distretto di Castelnovo Monti	50	58	99	1	6,06
ambito aziendale/provinciale	2.800	4.247	4.114	398	5,79
Emilia-Romagna	22.500	28.678	27.973	5.556	7

L'analisi dei dati di contesto e le risultanze dell'accoglienza praticata dai servizi sociali territoriali rilevano da diversi anni un aumento di richiesta di educativa territoriale, non solo da punto di vista dell'accudimento extrascolastico, ma anche e soprattutto dal punto di vista della costruzione di contesti accoglienti tali da favorire nella relazione educativa l'emergere della cultura dei bambini, il loro riconoscimento, la possibilità per ciascuno di esprimere con i propri tempi la narrazione di sé, nel processo di costruzione identitaria. Servono ai bambini e agli adolescenti luoghi ove rallentare, incontrarsi, riflettere, divertirsi, progettare e fare insieme, quindi luoghi accessibili non solo in termini fisici, ma accessibili perché accoglienti, aperti a persone e gruppi diversi, che rappresentano per tutti un appiglio contro la solitudine, luoghi che promuovono cittadinanza e non assistenzialismo, luoghi dove sia possibile co-costruire piccoli ma significativi sentieri di speranza e futuro.

Numerose sono le azioni intraprese in questi anni dall'attività educativa territoriale, in particolare sull'interculturalità (accompagnamento bambini neo arrivati e loro famiglie, azioni per l'apprendimento della lingua italiana, azioni sugli adolescenti ricongiunti) ma anche sul contesto (azioni volte alla sensibilizzazione e formazione di operatori e dirigenti di società sportive e altri adulti significativi, azioni di cittadinanza attiva) oltre che su fasce di età problematiche (adolescenti) e su tematiche trasversali (intergenerazionali, azioni di cooperazione e responsabilizzazione).

1.2 Giovani e adolescenti – un ambito trasversale

Affrontare il tema delle politiche giovanili significa oggi fare i conti con un ambito complesso e nel quale la necessità di integrazione con le principali politiche di una comunità è forse più indifferibile che in altri. Quando si parla di giovani, infatti, si fa generalmente riferimento ad una fascia anagrafica compresa fra i 15 e i 30 anni e quindi ad interessi, problemi e risorse segmentati e differenti. Per questo, i temi dell'inclusione sociale, della mobilità, dell'integrazione multiculturale, del lavoro e della formazione professionale, delle politiche più sociosanitarie, dell'innovazione tecnologica costituiscono l'essenza stessa di questo specifico ambito che è quindi – per vocazione - trasversale.

La necessità di innovare vede contemporaneamente il bisogno di superare alcune visioni stereotipate quando, ad esempio, si è soliti distinguere in due grandi filoni gli interventi rivolti ai giovani: la promozione e la prevenzione del consumo di sostanze o di comportamenti a rischio. E' necessario oggi passare dalle politiche riparative o redistributive ad un approccio che ricomponga in un'unica visione strategica i diversi ambiti e che meglio favorisca la messa in valore del capitale sociale del territorio e della cittadinanza attiva. In questo contesto già oggi si sono costruite connessioni, sviluppate reti, favoriti legami e si lavora per rinsaldare un patto fra giovani e comunità. Queste iniziative appaiono lo snodo su cui innescare percorsi di autonomia, promozione del benessere e della salute, di esercizio di cittadinanza attiva. Occasioni come il Servizio Civile Volontario oppure la Leva Giovani, realtà di associazionismo e volontariato, sono esempi di buone prassi che oggi vanno maggiormente rese visibili e connesse anche progettualmente.

Tuttavia, occorre fare i conti con una serie di nuove criticità che alcuni cambiamenti hanno indotto in questa fascia di popolazione. Di seguito si richiamano alcune considerazioni già viste più sopra:

- 1) la fascia dei giovani immigrati ed in particolare quelli coinvolti dai ricongiungimenti familiari, deve essere oggi attentamente valutata per le specifiche questioni ad essa correlate: ingressi in contesti scolastici inadeguati, impropri e talvolta impreparati; accompagnamento nel contesto di classe; ricadute sociali e familiari nei e con i contesti d'origine; difficoltà dei genitori a reggere le sfide di contesti culturali, sociali ed educativi molto distanti e talvolta divergenti;
- 2) le famiglie e/o le figure genitoriali, specie in situazioni di affaticamento, solitudine, criticità, si trovano oggi maggiormente disorientate e in difficoltà a gestire le fasi della crescita;
- 3) la libera iniziativa dei giovani è oggi molto più difficile: la flessibilizzazione e la precarizzazione del mercato del lavoro incidono in maniera assai significativa nel percorso di autonomia; come pure la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro/studio: i tempi di vita del giovane possono essere certamente tempi di vita personale e privata, ma dovrebbero anche essere quelli di vita familiare e sociale;
- 4) alcuni comportamenti nelle fasce di età giovanile (poliabuso di sostanze legali ed illegali, bullismo) sembrano impattare meno il sistema dei servizi ed evidenziano un gap di informazione sulle sostanze, sulla loro tossicità, sulla maggiore esposizione alla contrazione di malattie.

L'AUSL di Reggio Emilia ha attivato molteplici interventi volti a promuovere l'*empowerment* dei giovani per la partecipazione alla loro salute e per favorire percorsi di partecipazione: in sostanza, attività di prevenzione e di accompagnamento alla crescita, superamento del disagio comportamentale, relazionale e cognitivo con un forte orientamento alla valorizzazione delle risorse positive e all'integrazione con le politiche sociali. I progetti attivati cercano dunque da un lato l'aggancio di situazioni più o meno problematiche (es. Yellow Submarine), mettere in rete i servizi, la scuola ed altri enti per ampliarne l'offerta (es. Free Student Box), fornire informazioni, ascolto ed orientamento (Rete degli sportelli), promuovere la salute (es. Open G), promuovere forme di accompagnamento alla crescita (Gancio Originale), rinnovare l'accoglienza e attuare forme di accompagnamento all'integrazione scolastica (Wellcome Gancio).

1.3 Anziani

1.3.1 Autosufficienza

Sino a molto tempo fa sull'invecchiamento nella società ha prevalso una tacita rimozione, lasciando che di vecchiaia se ne occupasse la geriatria e la gerontologia in termini oggettivi, ma il crescente peso demografico e socio-economico degli anziani ha favorito la moltiplicazione di lavori, indagini, ricerche sui risvolti psicologici e sociali del diventare anziani. Nella quarta ricerca condotta dalla Fondazione Censis 2006 "Le relazioni personali degli anziani", emerge che l'82% degli intervistati hanno dichiarato di essere in grado di svolgere le proprie attività in piena autonomia, il 12% quelli che hanno bisogno di aiuto ma limitato, mentre la non autosufficienza parziale (3%) e quella totale (2%) rappresenta circa il 5% del campione. L'autonomia individuale è il presupposto per vivere in modo pieno questa fase di vita, essere indipendenti, infatti consente di praticare concretamente le ipotesi di riprogettazioni di vita, di dedicarsi alle cose nelle quali si ha interesse e che, possono riattivare un circuito virtuoso di autostima e di assunzione di responsabilità, relazioni positive anche oltre la famiglia.

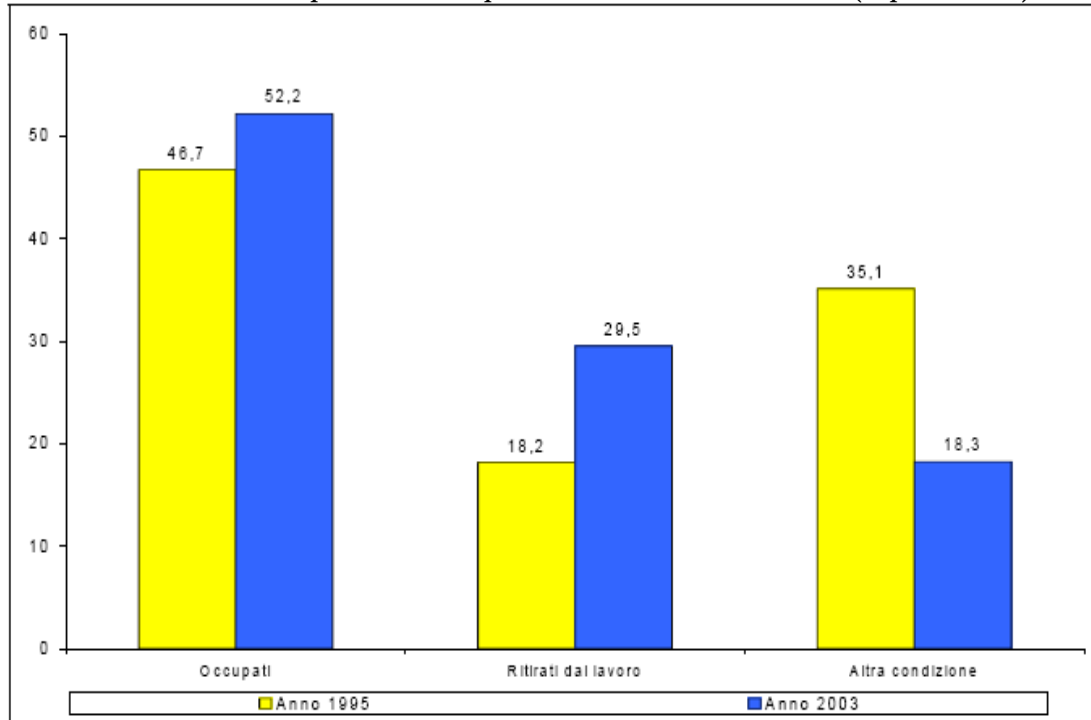
Gli anziani italiani si sentono circondati da un clima positivo, di fiducia, che gli dà un ruolo di rilevanza sociale. Il 78% si definisce utile agli altri, il 73% appagato da quello che ha già fatto nella vita, il 68% libero di fare quello che desidera, il 57% aperto a nuovi incontri, conoscenze, amicizie, il 37% impegnato a nuove amicizie²². L'età incide in modo rilevante su questa dinamica, si registra una diminuzione della fiducia e degli impegni, quando si raggiungono gli 80 anni. Contributi importanti

²² "Il tempo della terza età" Censis-Salute La Repubblica (2007)

vengono dati alla propria famiglia nella gestione dei nipoti o di piccole commissioni domestiche, spesso indispensabili alle organizzazioni familiari dei propri figli, inoltre a livello sociale aumentano gli impegni nel campo del volontariato.

Dai dati della ricerca “Le organizzazioni di volontariato in Italia - 2003” (ISTAT), confrontando la distribuzione relativa al 2003 con quella del 1995, si nota che i volontari sono concentrati in misura relativamente più accentuata nelle classi di età più elevate, oltre i 54 anni per il 41%, con un aumento nel periodo 1995-2003 del 11% dei pensionati.

Graf. 33 Volontari per condizione professionale – Anni 1995 e 2003 (in percentuale)



Libertà di scegliere, di sperimentare, di praticare attività lavorative o ludiche di cui si ha voglia, è questa la sostanza positiva captata dagli anziani nell'allungamento della vita e nella fase pensionistica della propria esistenza. Infatti il 60% degli anziani di 60 anni e più, vede nell'allungamento della vita degli individui una opportunità perché permette di fare le cose che piacciono, e solo il 7% a ritenere inutile l'allungamento della vita perché pensa che essere anziani sia comunque penalizzante, mentre è l'11% a sentire soprattutto il danno legato al rischio della non autosufficienza²³. Tenuto conto del valore che degli over 60enni attribuiscono al tempo libero emerge che il 61% incontra amici, il 57% legge libri, il 48% si dedica ad hobby, il 24% frequenta parrocchie e centri sociali.

Se c'è un pericolo incombente è senza ombra di dubbio la non autosufficienza, la riduzione del grado di autonomia delle persone nello svolgere le ordinarie attività quotidiane. Dipendere da qualcuno per lavarsi, vestirsi e anche fare la spesa, rappresenta un fardello che spaventa, perché condiziona la vita in modo decisivo. Dichiarano di aver paura della non autosufficienza il 74%, percentuale che sale all'82% tra i 70-74 anni. Oltre al rischio della non autosufficienza, altri aspetti che spaventano, sono la solitudine l'82% e la depressione il 78%. Il numero degli anziani "fragili", destinati alla condizione di non-autosufficienza, è aumentato negli anni più recenti, ci si riferisce a situazioni di soggetti affetti da due o più patologie croniche, spesso non curabili e con andamento progressivo. In queste situazioni il carico assistenziale ricade totalmente sulle famiglie e un ruolo importante viene assunto dalle assistenti private.

1.3.2 L'Assistenza privata a pagamento ("le badanti")

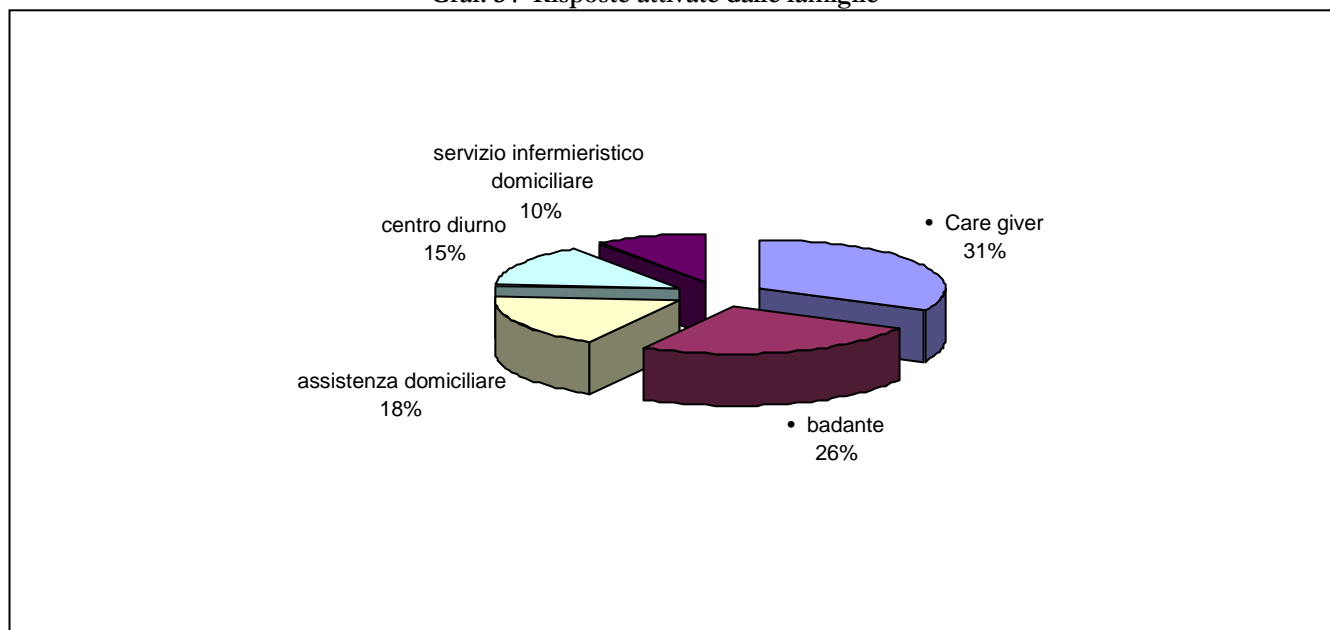
Il 50% degli immigrati regolarizzati in Emilia-Romagna lavora nel campo della collaborazione domestica e dell'assistenza familiare privata: in particolare il fenomeno delle cosiddette 'badanti' è in costante aumento e sta cambiando il volto dell'assistenza domiciliare anche a livello locale. L'assistente familiare è una tessera importante nell'ambito dei servizi alla famiglia, la cui funzione non può essere paragonata al ruolo dei servizi al domicilio, che viene attivato spesso in situazioni di lieve non autosufficienza e/o in presenza di famiglie presenti nella gestione assistenziale. Nelle situazioni dove le famiglie sono meno presenti la soluzione diventa la badante, che permette alla famiglia di avere una presenza continuativa, flessibile, e a costi contenuti, che si occupa dei diversi bisogni nel corso della giornata, sottolineando una inadeguatezza dell'assistenza pubblica nel coprire un bisogno di cura regolare e continuativo.

Spesso il lavoro è irregolare o semi sommerso con contratti che non rispecchiano le reali ore settimanali o mensili prestate. Le lavoratrici sono straniere e provenienti dall'est Europa (90% dei casi) con un'età media di 41 anni ed un buon livello di scolarizzazione (diploma o laurea). Il livello di apprezzamento del lavoro svolto, da parte delle famiglie, è notevole: si riconosce alle assistenti familiari capacità di cura, disponibilità, pazienza e onestà. Elementi di criticità vengono evidenziati nella modalità di rapporto relazionale tra la famiglia e la badante, che non si basa su aspetti riconducibili esclusivamente al rapporto salario/prestazione, ma si innescano meccanismi di reciproca convenienza, da un lato una situazione temporanea per la badante che viene accolta in famiglia completamente spesata di vitto alloggio, con possibilità di maggiori guadagni, diminuendo pertanto la permanenza in Italia, dall'altra il vantaggio per le famiglie ad una presenza costante affiancando alle mansioni di cura compiti di sorveglianza costante e sostituzione della famiglia.

Da un'analisi svolta dal Comune di Reggio Emilia in relazione "ai nuovi bisogni delle famiglie con anziani", emerge la creazione di un mercato libero, auto-organizzato ed informale che ha ridotto dal 2001 in modo stabile l'utenza dei centri diurni del 20% e quella dei servizi domiciliari del 36%, situazione che sta mettendo in seria discussione l'attuale sistema del welfare, con operatrici spesso non qualificate, non in regola, ma con modalità di lavoro estremamente flessibili a supporto di famiglie sempre più oberate dai molteplici impegni.

²³ Le relazioni personali degli anziani" Censis-Salute La Repubblica (2006)

Graf. 34 Risposte attivate dalle famiglie

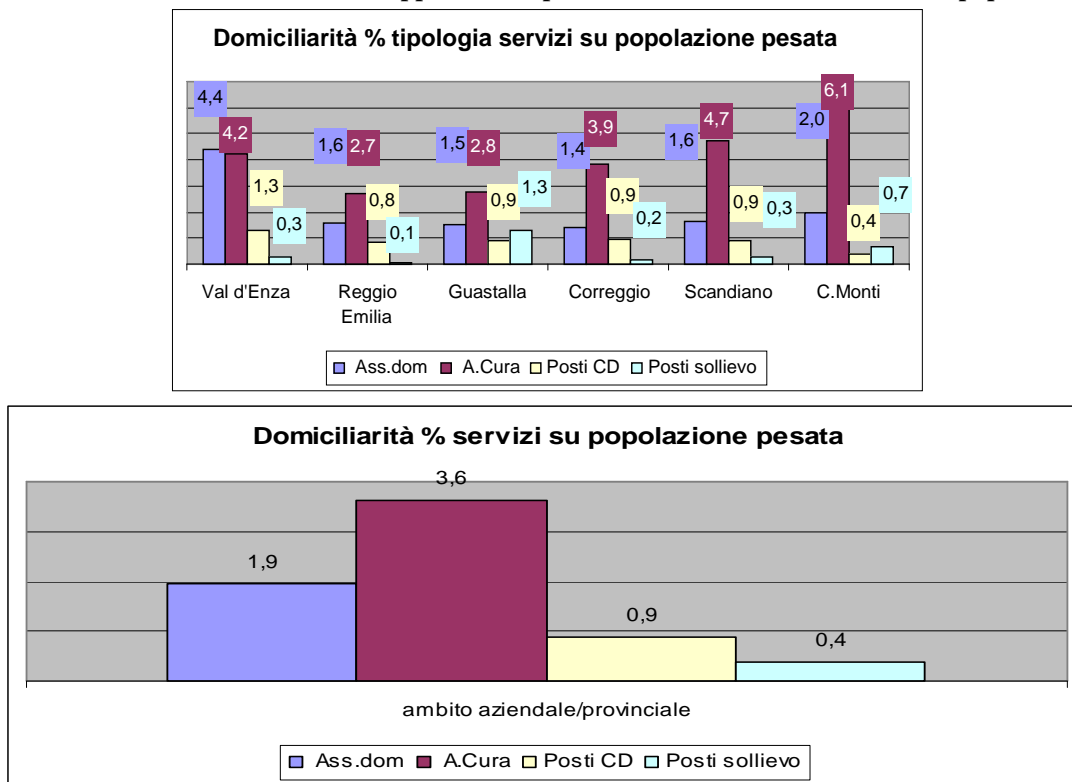


1.3.3 Non Autosufficienza

La popolazione anziana (≥ 65 anni) a Reggio Emilia, è in costante incremento negli ultimi anni, pur registrando uno 0,8% in meno rispetto all'aumento regionale (2000-2007). La proporzione di anziani sull'intera popolazione risulta, al contrario dell'andamento regionale, in modesto ma costante decremento per effetto dell'aumento di popolazione nelle età più giovani. Gli anziani ≥ 65 anni rappresentano il 20,2% e di questi il 10,1% sono gli anziani ≥ 75 anni. Da oggi al 2024, stando alle previsioni demografiche nazionali, gli ultra 65enni e oltre aumenteranno del 20%. Le stime per i prossimi 17 anni parlano di un aumento del 34% degli anziani con più di 75 anni e del 50% degli ultraottantenni. In questo contesto l'attenzione alle persone fragili è fondamentale per procrastinare il più possibile la non autosufficienza, proporzionalmente collegata al progressivo invecchiamento. E' questa condizione di dipendenza che interessa il sistema intero dei servizi, sia per promuovere stili di vita ed azioni positive che consentano di procrastinare il più possibile interventi a valenza intensiva di cura, sia per programmare interventi di sostegno e di cura a supporto della permanenza al domicilio, oppure per qualificare e rendere congruo il sistema di ospitalità residenziale. Obiettivi principali riguardano :

1. il sostegno alla domiciliarità, in tutte le forme appropriate ed efficaci per soddisfare i bisogni delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie valorizzando le relazioni, sostenendo le risorse personali, della rete familiare e della comunità locale. Il tema della domiciliarità è vasto e complesso perché deve necessariamente creare connessioni con i sistemi complessivi di supporto alla famiglia ed alla sua possibilità di assumere il lavoro di cura verso la generazione anziana, ivi compresi i sistemi urbanistici, abitativi, educativi, economici. Tra le interfacce sul tema del mantenimento a domicilio il fenomeno migratorio assume particolare rilevanza in relazione al genere ed alla funzione di "badantato". I Centri Diurni presenti forniscono un discreto supporto al mantenimento a domicilio pur differenziandosi per territorio (es. la zona della montagna in virtù dei tempi di percorrenza tra casa e Centro presenta difficoltà nell'ampliare questo servizio). Il numero di assistenti familiari -"badanti"- si propone in crescita costante negli anni. Non risulta possibile una rilevazione reale del dato, che appare sottostimato e condizionato dalla regolarizzazione/ clandestinità delle assistenti.

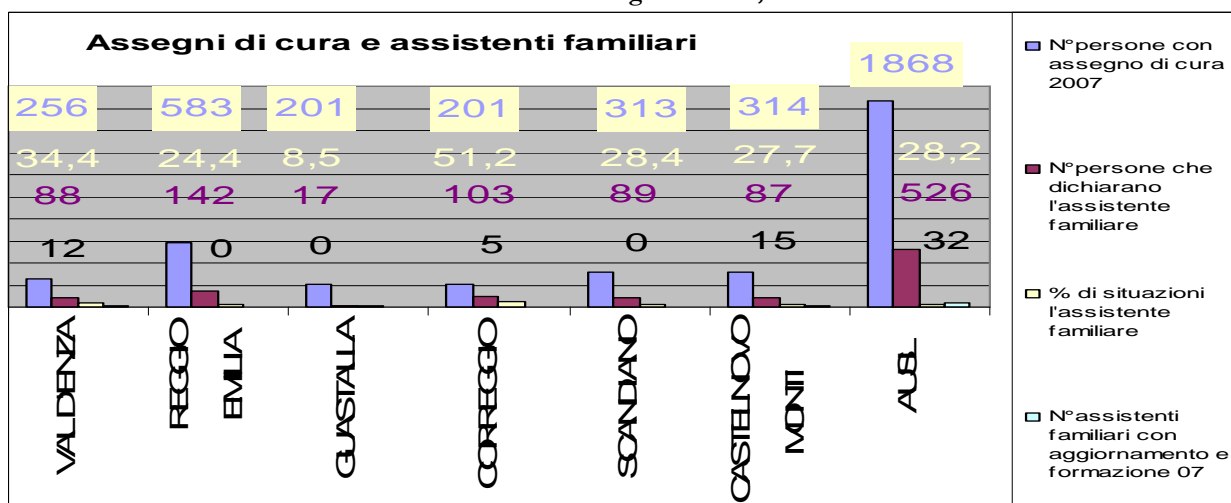
Graf. 35 Anno 2007: Servizi convenzionati a supporto della permanenza a domicilio indice % su popolazione ≥ 75 anni



Tab. 44 Anno 2007: Centri Diurni convenzionati a supporto della permanenza a domicilio - indice % su popolazione ≥ 75 anni

	Montecchio	Reggio Emilia	Guastalla	Correggio	Scandiano	Castelnuovo Monti	AUSL	Regione 2005
posti CD	79	180	64	49	61	20	453	2.592
PI su pop target x100	1,3	0,8	0,9	0,9	0,9	0,4	0,9	0,5

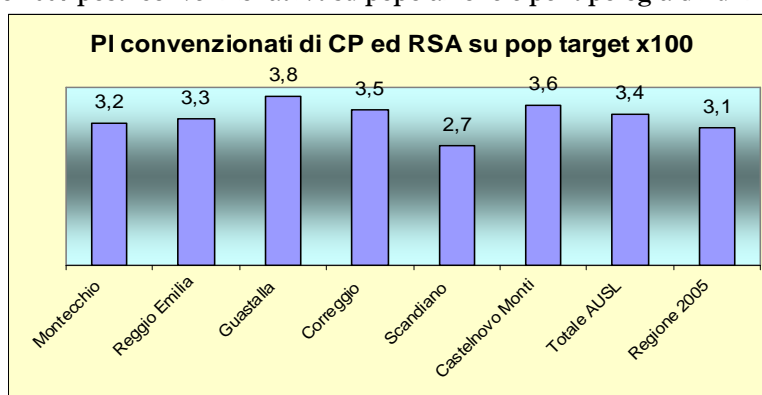
Graf. 36 Anno 2007: Numero fruitori di assegni di cura , di cui con assistente familiare.



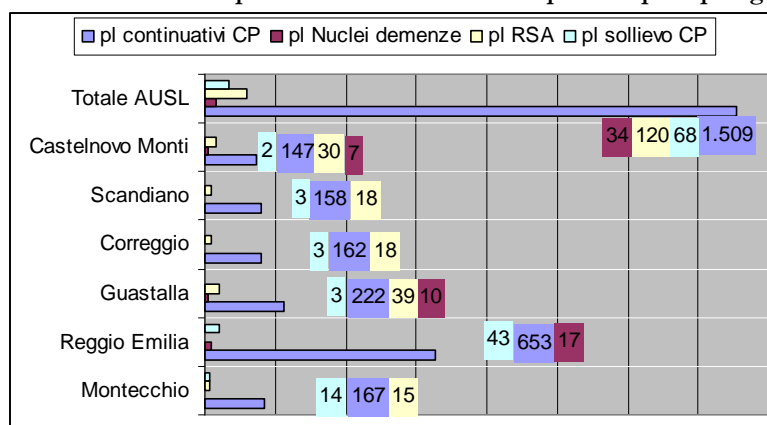
Nuove opportunità di offerta domiciliare, più flessibili e variegate, saranno oggetto di programmazione a decorrere dall'anno 2008, data di avvio delle innovazioni previste dalla nuova normativa regionale.

2. la costante qualificazione della rete “storica” (RSA, Case protette, Centri Diurni, Assegni di Cura e assistenza a domicilio), promuovendo risposte assistenziali innovative e flessibili. La risposta dei servizi residenziali convenzionati per le persone non autosufficienti ha una copertura nel 2007, del 3,4%, rispetto alla popolazione con più di 75 anni, il dato medio regionale è del 3,1% -anno 2005-. A partire dal 2006, è stata posta in essere un’azione di riequilibrio tra territori della rete storica dei servizi convenzionati residenziali. L’obiettivo posto dalla creazione del Fondo Regionale Non Autosufficienza per le strutture residenziali, Case Protette ed /RSA, riguardava il raggiungimento di un numero di posti letto pari ad almeno il 3% della popolazione =>75 anni. A quella data l’indice sulla popolazione era il 3,5%, valore medio del territorio AUSL con differenze notevoli tra Distretti (dal 3,9% al 2,8%). L’aumento della popolazione =>75 anni ha portato il valore medio al 3,4%, presentando una rete residenziale ricca e variegata. I posti disponibili assicurano interventi diversi a seconda delle intensità assistenziali, con la disponibilità di un nucleo in ambito interdistrettuale, dedicato all’accoglienza temporanea di soggetti dementi, nella fase di elevata presenza di disturbi comportamentali e cognitivi.

Graf. 37 Anno 2007 posti convenzionati % su popolazione e per tipologia di funzione/struttura



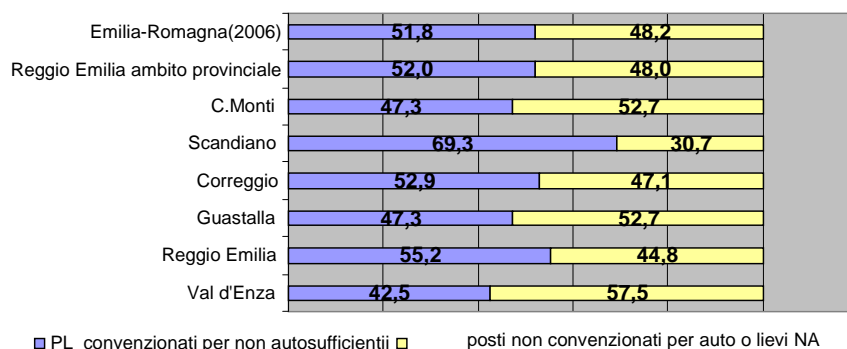
Graf. 38 Anno 2007: posti convenzionati in casa protetta per tipologia



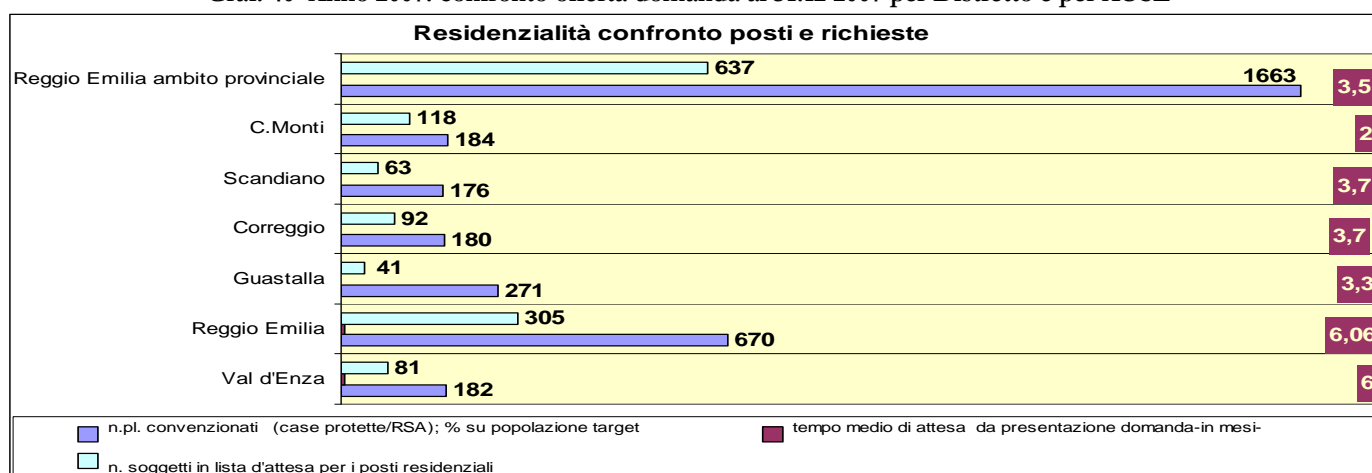
Fonte RER

I posti convenzionabili sono esclusivamente dedicati alla non autosufficienza (Casa Protetta ed RSA). Ulteriori posti non convenzionati con il Sistema pubblico, ma fruibili per cittadini in condizione di autosufficienza o lieve non autosufficienza –CP case Riposo comunità Alloggio forniscono l’offerta complessiva del territorio provinciale reggiano, offerta pari all’11,2% dei posti complessivi presenti nella Regione Emilia Romagna.

Graf. 39 Posti convenzionati -per Non Autosufficienti- su posti residenziali complessivi

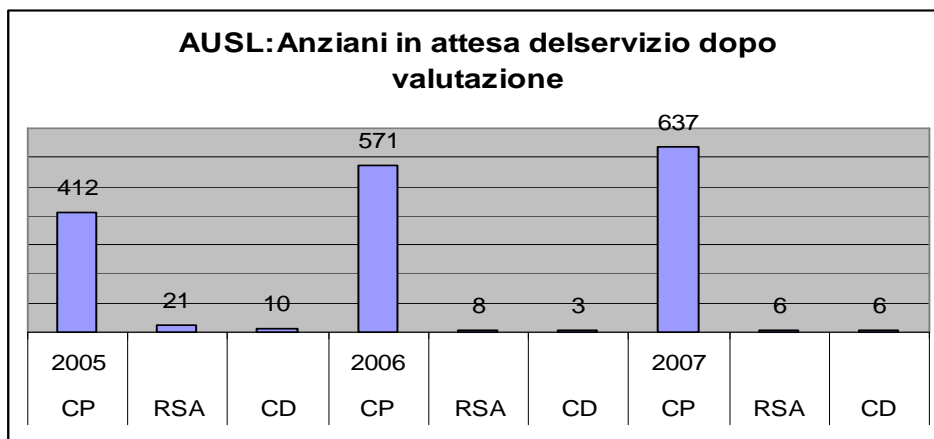


Graf. 40 Anno 2007: confronto offerta domanda al 31.12 2007 per Distretto e per AUSL

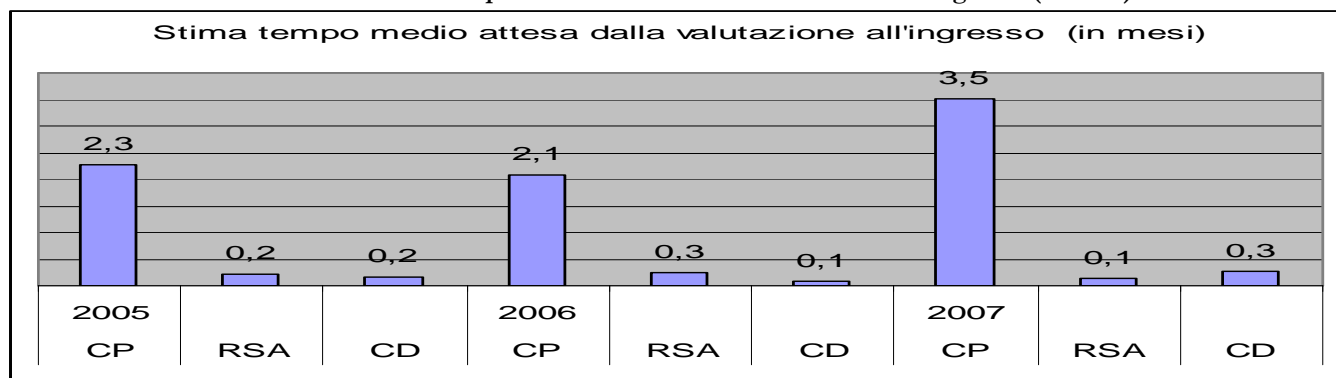


La richiesta di ingresso in casa protetta aumenta negli anni. La crescita, in numero assoluto, degli anziani ultrasettantacinquenni (più di mille persone circa l'anno), unita all'allungamento della vita ed al conseguente deterioramento funzionale e di salute, pare condurre ad una difficoltà sempre più accentuata da parte della famiglia a sostenere il lavoro di cura domiciliare. Dopo alcuni anni di calo di domande per l'ingresso in casa protetta, legate al diffondersi del fenomeno "badantato", la richiesta si ripresenta in aumento. Diversi sono i dati relativi alle RSA, caratterizzate dalla permanenza temporanea e da una gestione maggiormente improntata alla flessibilità, che mostrano un tempo di attesa quasi nullo.

Graf. 41 Serie triennale Ambito territoriale AUSL

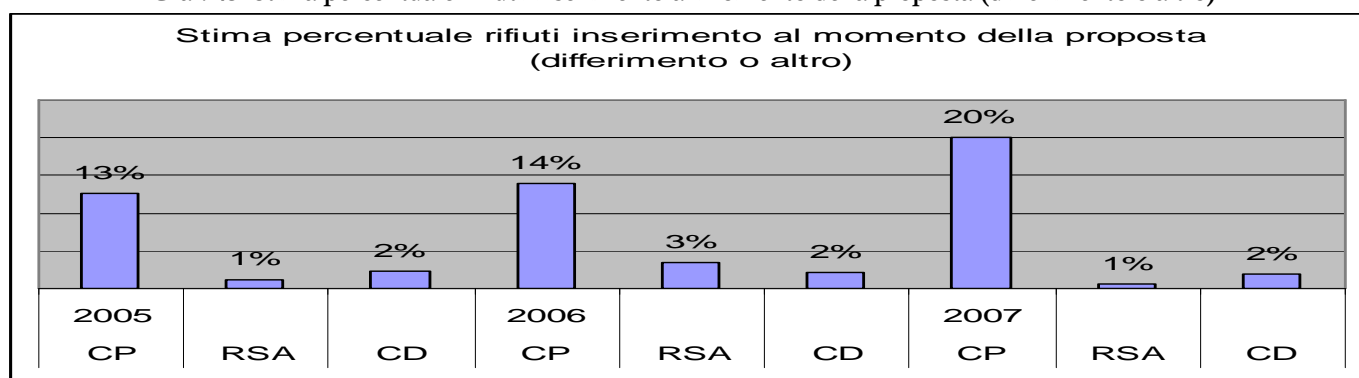


Graf. 42 Stima del tempo medio di attesa dalla valutazione all'ingresso (in mesi)



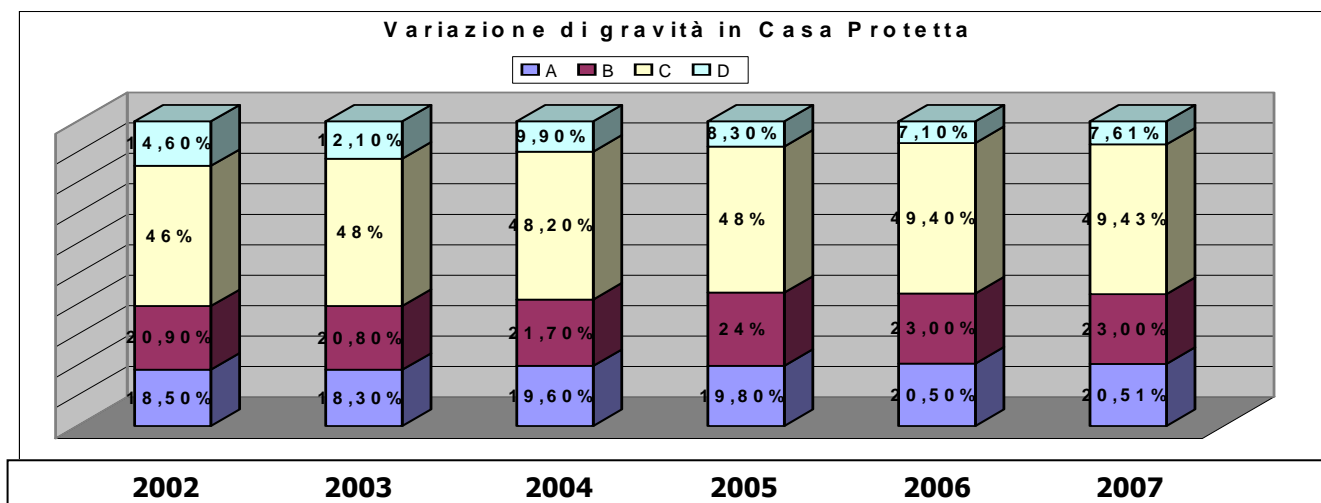
Viene riportata anche la stima percentuale dei rifiuti all'ingresso effettivo, anch'essi in crescita, che sembrano avvalorare l'ipotesi di una domanda anche legata alla garanzia di "assicurazione" futura, opzione d'ingresso da procrastinare il più possibile nel tempo come esigenza immediata.

Graf. 43 Stima percentuale rifiuti inserimento al momento della proposta (differimento o altro)



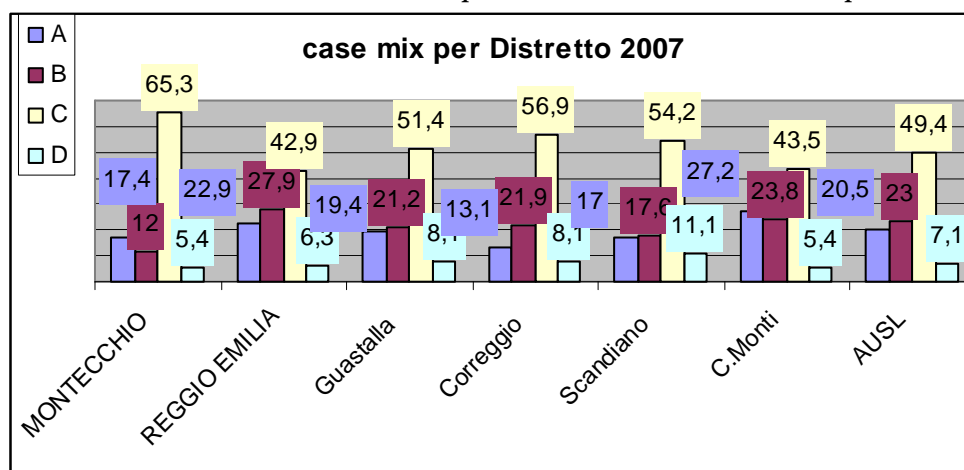
Le persone anziane ospitate nelle residenze presentano situazioni di gravità di salute e funzionali importanti. L'analisi pluriennale degli esiti delle valutazioni che ogni anno vengono effettuate -case mix- sembra confermare come l'ingresso in struttura avvenga sempre di più in concomitanza con importanti peggioramenti di salute e di autonomia, tali da rendere difficile il mantenimento al domicilio. La somma dei due livelli a più alta intensità sanitaria A e B costituisce una percentuale rilevante ed in crescita continua: dal 39,4% del 2002 al 43,51% del 2007. L'aumento della speranza di vita e il costante aumento di classi di età sempre più anziane, collegate all'evidenza delle gravità di autonomie ad essi correlate, costituisce elemento di previsione dell'offerta dei servizi per i prossimi anni.

Graf. 44 Gravità delle condizioni in case protette convenzionate: serie storica



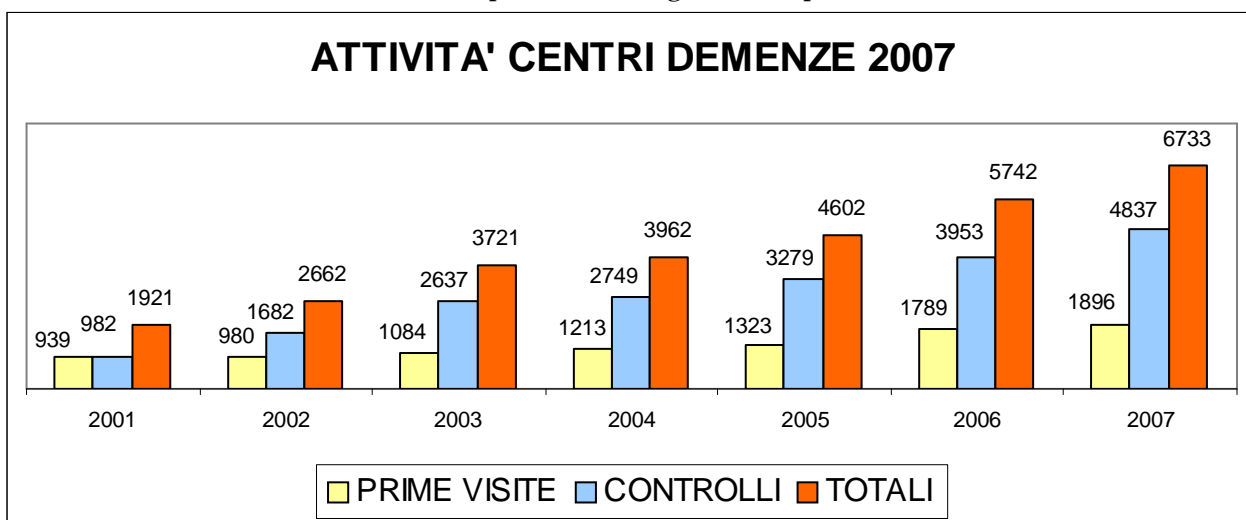
L'analisi distrettuale 2007 registra, sulla valutazione di gravità, percentuali differenziate. Poiché lo strumento di valutazione è unico le differenze possono essere messe in relazione sia alla dimensione socio-anagrafica sia alle strategie messe in campo nei differenti territori.

Graf. 45 Gravità delle condizioni in case protette convenzionate anno 2007 per Distretto



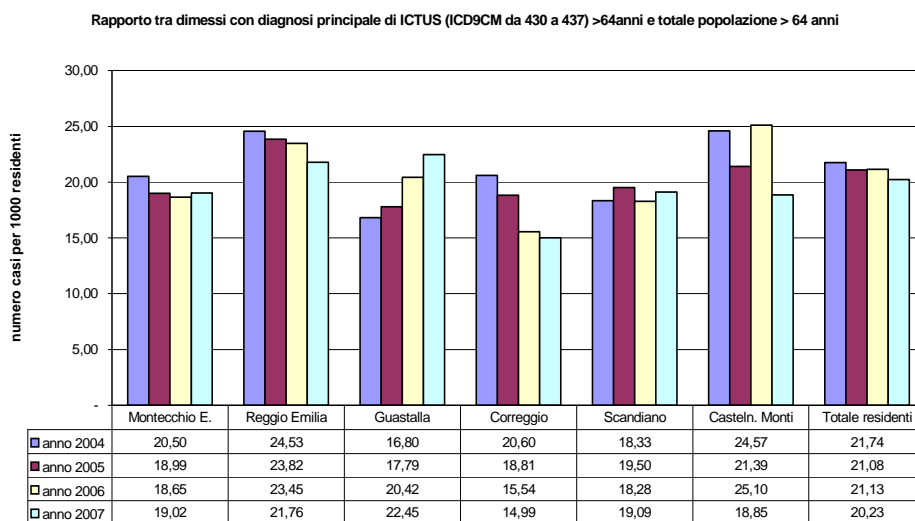
In particolare la classe A è testata in modo specifico sulla presenza di disturbi cognitivi e comportamentali. Il tema della demenza si presenta in costante crescita e riguarda sia il sistema domiciliare che quello residenziale (quest'ultimo vede la presenza sul territorio provinciale di 3 Nuclei residenziali Temporanei e di Centri diurni dedicati) Dal 2001 sono stati attivati nella Regione Emilia Romagna i Centri o Consultori per le Demenze che nel territorio reggiano sono 7, comprensivi del Centro Esperto Provinciale, e del Centro Delegato presso l'Arcispedale S. Maria Nuova. Il numero di prime visite rapportate al numero di abitanti, con età >75, è uno dei più alti in regione e il tasso di pazienti presi in carico è il più alto in assoluto. Le prime visite effettuate sono aumentate del 6/7% rispetto all'anno precedente, mentre i controlli sono aumentati del 22%. La progressione di visite evidenziate nel grafico nell'arco dei 7 anni orienta sulla diffusione della patologia e sulle necessarie azioni di rete a supporto degli ammalati e delle famiglie.

Graf. 46 Centri per i disturbi cognitivo-comportamentali



Il ricorso al ricovero ospedaliero

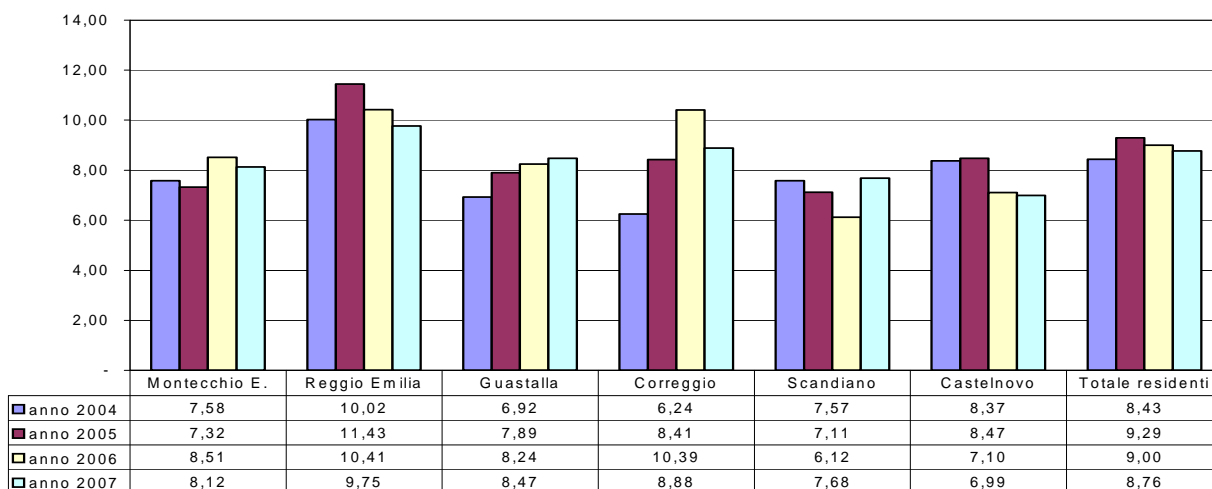
Graf. 47 Rapporto tra dimessi con diagnosi principale di Ictus >64 anni e totale popolazione >64 anni



La popolazione anziana ha un utilizzo del ricovero ospedaliero superiore rispetto alle fasce d'età più giovani. Costituiscono cause frequenti di ricovero la frattura di femore o anca e l'ictus negli ≥ 65 anni, mentre in generale aumenta il ricorso al ricovero per tutte le cause negli ≥ 75 anni. Per la frattura del femore si evidenzia un trend in leggero decremento negli ultimi tre anni, mentre per quanto attiene all'ictus si evidenzia un modesto decremento rispetto ai due anni precedenti. Si tratta degli anziani ≥ 75 anni che hanno effettuato tre o più ricoveri in ospedali della Regione Emilia-Romagna nei 12 mesi precedenti il loro ultimo ricovero nell'anno.

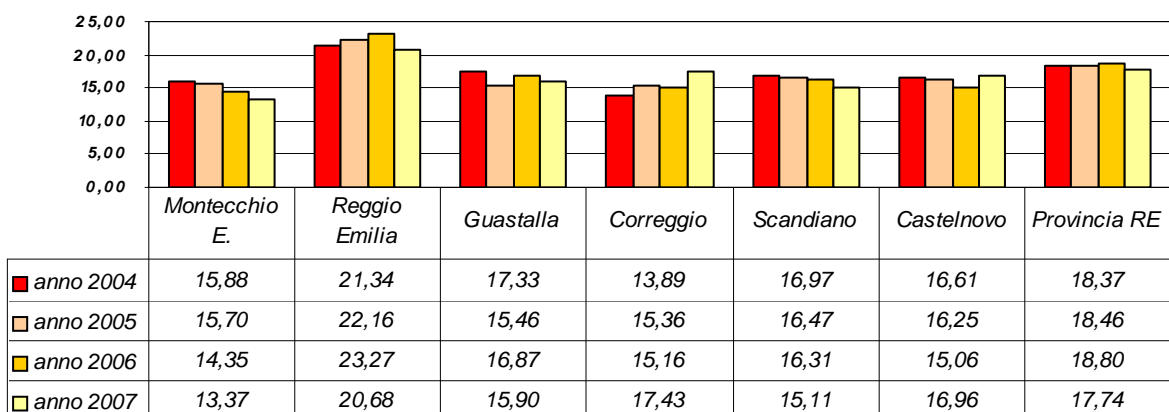
Graf. 48 Ricoveri in Regione per frattura di anca o femore - popolazione residente >64 aa. - numero casi per 1.000 residenti

Ricoveri in Regione per frattura di anca o femore - popolazione residente > 64 aa. - numero casi per 1.000 residenti



Graf. 49 pazienti >74 anni con 3 o più ricoveri nei 12 mesi precedenti l'ultima ammissione. Anni 2004-2007

pazienti >74 anni con 3 o più ricoveri nei 12 mesi precedenti l'ultima ammissione. Anni 2004-2007



1.4 Immigrati

Dai dati demografici chiaramente riportati nel II° Capitolo, si evidenziano le principali caratteristiche della presenza dei cittadini stranieri sul nostro territorio:

1. una incidenza di oltre il 10% della popolazione complessiva, la più alta in Regione e al terzo posto in Italia;
2. i ricongiungimenti che hanno portato ad un aumento della famiglie straniere (è fortemente aumentata la presenza di donne e bambini);
3. è largamente prevalente la presenza di stranieri provenienti da paesi extraeuropei con culture, religioni, tradizioni diverse da quelle italiane;
4. le dimensioni dei ricongiungimenti, assieme all'incremento negli acquisti delle abitazioni da parte degli stranieri e l'aumento dell'imprenditoria straniera, rivelano una scelta di definitivo insediamento nella nostra provincia;
5. le classi di età 45-64 sono incrementate molto. Ciò nei prossimi anni si rifletterà sul sistema di protezione e sui servizi sociali e sanitari, aggiungendosi all'attuale impatto significativo delle famiglie stabilizzate con figli piccoli;

Dai dati economico-sociali, pur non sempre chiari e di facile lettura, emerge comunque abbastanza chiaramente che molte famiglie straniere si collocano in ambiti di elevata vulnerabilità sociale, dovuta a situazioni di precarietà lavorativa e di bassi salari, sovente in nuclei monoreddituali. Il forte rialzo dei costi delle abitazioni negli cinque anni dal 2001 al 2006 ha pesantemente eroso in queste famiglie il potere di acquisto. La debolezza degli interventi nazionali di sostegno alle famiglie ha un forte riflesso pertanto sui nuclei stranieri. Il Terzo Settore a Reggio Emilia sta svolgendo in questo ambito interventi molto significativi per garantire il più possibile e con tempestività diritti di cittadinanza a chi si trova improvvisamente in situazioni difficili.

Occorre affermare il principio che le politiche di accoglienza e integrazione sociale rivolte ai cittadini stranieri fanno parte della programmazione ordinaria e strutturale dei servizi, abbandonando un approccio occasionale, temporaneo ed emergenziale. Le politiche di integrazione portate avanti in questi anni dalle istituzioni locali (Regione, Provincia, Comuni, Aziende Sanitarie, Scuole) e dal Terzo Settore hanno avuto come filo conduttore prevalente quello di garantire le pari opportunità di accesso al sistema dei servizi e delle risorse della comunità.

Gli interventi prevalenti del sistema dei servizi si sono concentrati in quattro aree:

- quella dell'alfabetizzazione e dell'apprendimento della lingua italiana da parte degli adulti, attraverso i corsi organizzati da più soggetti (Centri Territoriali Permanenti, Comuni, Associazioni, ecc.);
- quella dell'inserimento scolastico dei minori attraverso l'organizzazione di attività specifiche di alfabetizzazione per quelli di recente immigrazione nei Centri pomeridiani e in altre attività di socializzazione in raccordo con le istituzioni scolastiche;
- quella dell'accesso ai servizi e alle informazioni con la realizzazione di sportelli specializzati per lo svolgimento di funzioni di orientamento, assistenza e informazione;
- quella della mediazione linguistico-culturale, con la formazione e presenza di mediatori per l'accompagnamento e l'affiancamento nei servizi sociali e sanitari.

La Provincia, inoltre, attraverso l'Osservatorio sulla Popolazione Straniera e la realizzazione di ricerche-intervento a valenza provinciale, mirate a target specifici quali i minori, le donne e le famiglie, si è impegnata nell'approfondimento della capacità di analisi dei processi di integrazione del territorio e nella sperimentazione di azioni innovative. Parimenti negli ultimi anni, oltre alla consolidata esperienza della Consulta Provinciale per l'Immigrazione, si è registrato un aumento sia delle iniziative pubbliche finalizzate a fare incontrare i cittadini stranieri su un piano di parità, sia delle iniziative volte a promuovere la partecipazione alla vita sociale e politica (Consulte, consiglieri delegati, ecc.). In questo senso la prima Conferenza Provinciale sull'Immigrazione del 2007 ha rappresentato un importante momento di condivisione e di riflessione sul fenomeno immigrazione a

Reggio Emilia. Essa ha evidenziato, con il suo documento preparatorio, la necessità di proseguire il confronto per la realizzazione di un Patto per la coesione sociale articolato su 5 dimensioni: (I) culturale, (II) sociale, (III) economica, (IV) partecipativa e (V) conoscitiva. Sul piano sociale si nota la crescita consistente di forme associative da parte delle maggiori comunità etniche, in particolare negli ambiti culturale e sportivo. Complessivamente i rapporti tra queste associazioni e le comunità territoriali di riferimento sono positivi, anche se in alcuni casi sono presenti rischi di chiusura e di auto referenzialità. Permangono invece difficoltà di rapporti con alcune comunità particolarmente chiuse, come quella cinese.

Le caratteristiche del fenomeno migratorio e le questioni aperte in tema di immigrazione lasciano intravedere nei prossimi anni alcune linee possibili di intervento e di riorganizzazione dei servizi:

- la multiculturalità delle nostre comunità è un dato ormai stabile che richiede ai nostri servizi un approccio più integrato e più consapevole e un arricchimento continuo del bagaglio professionale degli operatori;
- i dati sull'insuccesso e il conseguente abbandono scolastico sono particolarmente pesanti per i minori stranieri, specialmente nelle scuole di 2° grado (vedi tabella allegata); stanno emergendo conflitti culturali e generazionali tra i giovani stranieri (specialmente quelli nati in Italia) e i loro genitori. Questi segnali evidenziano un incompiuto senso di identità e di appartenenza da parte degli stranieri di seconda generazione;
- le donne straniere, se escludiamo le badanti, hanno un bassissimo livello di occupazione. E' ormai acclarato anche dalle ricerche ed esperienze più mature in tema di immigrazione, che l'inclusione sociale degli stranieri ha maggior successo quando coinvolge le donne. In molti casi esse risultano l'anello ancora debole del processo di inclusione, non essendo inserite nel mondo del lavoro, non conoscendo bene l'italiano. Non avendo la patente, non possono spesso accedere autonomamente ai servizi e vivono la maternità e la gravidanza più lontane dai servizi;
- la padronanza della lingua italiana risulta il più potente mezzo di inclusione sociale e culturale. Su questo versante vanno continuati gli sforzi ad ogni livello per favorire l'apprendimento della nostra lingua;
- la condizione di legalità della presenza e della condizione lavorativa degli stranieri costituisce un prerequisito di inclusione e di integrazione. Per questo occorre una comunità che contrasti efficacemente le forme di lavoro irregolare e lo sfruttamento di questa parte della popolazione.

I cittadini stranieri sono una risorsa fondamentale per la nostra comunità, ma le difficoltà che si incontrano nei percorsi di integrazione in alcuni ambiti (le donne, le seconde generazioni) possono rischiare di frenare significativamente un potenziale dispiegamento di capitale sociale ed economico fortemente presente e stabile nella nostra provincia, a cui non si può rinunciare. Nei prossimi anni sui temi dell'immigrazione e del rapporto coi cittadini stranieri il sistema dei servizi necessiterà non tanto di investimenti in strutture o nuovi servizi, quanto in costruzione di relazioni e di reti stabili con i nuovi cittadini, in modo da prefigurare, in un quadro di valori e principi fondamentali condivisi, una nuova identità sociale in cui tutti si possano riconoscere.

Tab. 45 Tassi di insuccesso scolastico alunni stranieri a.s. 2006/2007

Ordine Scuola	allievi stranieri	media provinciale
1° Media	6,9%	2,9%
Triennio Medie	5,6%	2,2%
1° Superiore	25,6%	18,4%
Quinquennio superiori	20,5%	12,0%

Fonte: Annuario della Scuola Reggiana, anno scolastico 2007/2008

Tab. 46 Interruzioni volontarie di gravidanza e parti per nazionalità. Bienni 2003/2004 e 2005/2006.

Nazionalità	Biennio 2003/2004				Biennio 2005/2006			
	N° IVG	N° parti	Tasso	Rapp. %	N° IVG	N° parti	Tasso	Rapp. %
<i>Italiane</i>	1.650	7.676	9,5	21,5	1.582	7.788	9,1	20,3
<i>Straniere resid.</i>	743	1.829	39,1	40,6	754	2.286	32,1	33,0
STP	<i>nd</i>	<i>nd</i>	<i>nd</i>	<i>nd</i>	262	162	<i>nd</i>	161,7
Albania	72	168	42,2	42,9	60	250	25,0	24,0
Cina	85	186	48,0	45,7	84	199	39,0	42,2
Marocco	81	400	25,1	20,3	103	444	26,9	23,2
India	84	164	55,6	51,2	84	223	44,6	37,7
Pakistan	18	114	23,5	15,8	26	144	24,3	18,1
Ucraina-Moldova	70	51	46,4	137,3	54	83	24,4	65,1
Ghana	51	71	53,4	71,8	43	83	39,3	51,8
Nigeria	38	76	56,8	50,0	39	85	49,0	45,9
Romania	36	41	41,6	87,8	46	75	35,4	61,3

Fonte dati: SDO

1.5 Popolazione Sinta e Rom in Emilia-Romagna²⁴

Il "Rapporto sulla popolazione Sinta e Rom presente nei campi sosta, transito e nei centri di accoglienza della regione Emilia Romagna" analizza i dati riferiti al 30 novembre 2006. La rilevazione ha periodicità triennale e si attua con questionari rivolti ai comuni del territorio regionale. Dall'analisi dei questionari emerge l'esistenza di 54 campi di sosta, 2 campi di transito e 2 centri di accoglienza, collocati in 26 Comuni della regione, in cui vivono complessivamente 1.982 persone. I centri di accoglienza sono in provincia di Bologna e ospitano 99 persone.

Dal 1996 al 2006 la situazione non ha subito sensibili variazioni:

Tab. 47 Popolazione presente nei campi di sosta e transito in Emilia-Romagna. (valori assoluti)

Anno di rilevazione	Numero campi	Popolazione presente
1996	47	1.874
1998	40	1.851
2000	47	2.012
2003	49	1.653
2006	56	1.883

Dei campi di sosta e transito presenti in regione al 30.11.2006 35 sono pubblici, 19 sono privati, appartenenti a Sinti e Rom, 2 privati ad uso pubblico; 43 sono regolari e 13 in stato di irregolarità.

I campi sosta e transito sono maggiormente presenti a Reggio Emilia (17), Modena (14), Bologna (8) e Rimini (7).

La popolazione presente nei soli campi è di 1.883 persone distribuita principalmente a Reggio Emilia (566 persone), Bologna (469) e Modena (419), Piacenza (165).

In particolare la situazione della provincia di Reggio risulta la seguente:

Tab. 48 Numero campi di sosta e transito e popolazione presente per Zona Sociale (valori assoluti - dati al 30.11.06)

Zona	Comune	N. Campi	Popolazione presente	Di cui minori 0-17 anni
Val d'Enza	Bibbiano	7	96	46
	Castelnovo di Sotto	3	34	14
Reggio Emilia	Reggio Emilia	4	357	114
	totale	7	391	128
Correggio	Correggio	1	39	14
	Guastalla	1	20	7
Guastalla	Novellara	1	20	9
	Totale	2	40	16
provincia di Reggio Emilia		17	566	204

Di questi 17 campi, 6 sono pubblici e 11 di proprietà di Sinti e Rom.

I campi che sono in situazione di irregolarità sono 6 ed ospitano 84 persone.

Oltre ai dati emersi dalla compilazione dei questionari sui campi presenti, 12 comuni della regione hanno segnalato la presenza di popolazione Sinta o Rom sul proprio territorio di tipo occasionale o temporanea e non configurabile come un vero e proprio campo nomade.

²⁴ Contributo del Servizio Programmazione Sociale, Sanitarie e Abitativa della Provincia di Reggio Emilia.

In particolare nel reggiano sono state segnalate le seguenti aree private:

Tab. 49 Aree private e popolazione presente per Comune (valori assoluti - dati al 30.11.06)

Comune	Aree private	Popolazione presente
Reggio Emilia	24	300
Poviglio	1	32
San Polo d'Enza	1	1 nucleo familiare
Quattro Castella	4	40
Cadelbosco di Sopra	3	25
TOTALE	33	/

L'analisi dei dati dei campi sosta e transito fa emergere come sia difficile parlare di nomadismo in Emilia Romagna per le popolazioni Rom e Sinte. Gli spostamenti sono un fenomeno abbastanza limitato, infatti, l'80,3% dei nomadi è stanziale e vive nel campo tutto l'anno, mentre l'1,8% risiede nei campi quasi tutto l'anno (da 9 a 11 mesi), il rimanente 17,9% presenta invece una certa mobilità.

La comunità più diffusa in regione è quella dei Sinti (84,1%), seguita da quella Rom (14,9%) e da una piccola percentuale (1,1%) di persone che non hanno origine nomade. I Sinti sono presenti nelle province di Reggio Emilia, Modena, Bologna, Piacenza, Ferrara, Rimini e Ravenna. I Rom invece sono presenti in tutte le province ad esclusione di Piacenza e Ravenna.

In particolare tutte le persone presenti nei campi della provincia di Reggio sono cittadini italiani così suddivisi in comunità:

Tab. 50 Popolazione presente nei campi di sosta e transito della provincia di Reggio Emilia e comunità di appartenenza (valori assoluti e percentuali - dati al 30.11.06)

Sinti	%	Rom	%	Altro	%
506	89,4	50	8,8	10	1,8

Le 50 persone di origine Rom vivono in campi di proprietà.

Il 39,6% della popolazione Sinta e Rom della regione è costituita da giovani al di sotto dei 18 anni di età, mentre la classe meno rappresentata (il 2,7%) è quella dei soggetti con oltre 65 anni.

Per quanto riguarda l'istruzione e la formazione si può osservare che la percentuale dei frequentanti sugli iscritti è piuttosto alta, pari al 92,6% e che la maggioranza degli iscritti appartiene alla fascia d'età della scuola dell'obbligo, mentre formazione, nidi e scuola superiore hanno percentuali ancora ridotte.

In particolare in provincia di Reggio Emilia:

Tab. 51 Popolazione presente nei campi di sosta e transito e nelle aree di proprietà dei Sinti e Rom: iscritti e frequentanti le scuole della provincia di Reggio Emilia (valori assoluti - dati al 30.11.06)

	Scuola infanzia	Scuola primaria	Scuola sec. I Grado	Scuola sec. II Grado	Totale
Iscritti	11	53	24	7	95
Frequentanti	10	53	19	7	89

A proposito dell'attività lavorativa, si può osservare che nel reggiano, nel periodo della rilevazione, risultano essere impiegate 454 persone, mentre se si prendono in considerazione i dati di flusso per l'anno 2006, risulta che hanno lavorato 532 persone (il 45,5% della popolazione presente nei campi della medesima fascia d'età).

La situazione della popolazione 18-64 anni presente nei campi della provincia di Reggio Emilia, invece, è la seguente:

Tab. 52 Popolazione 18-64 anni presente nei campi di sosta e transito e aree di proprietà dei Sinti e Rom della provincia di Reggio Emilia e che dichiara un'attività lavorativa (valori assoluti - dati al 30.11.06)

Persone 18-64 anni	Maschi	Femmine	Totale
presenti nei campi	181	166	347
di cui dichiarano di lavorare	79	35	114

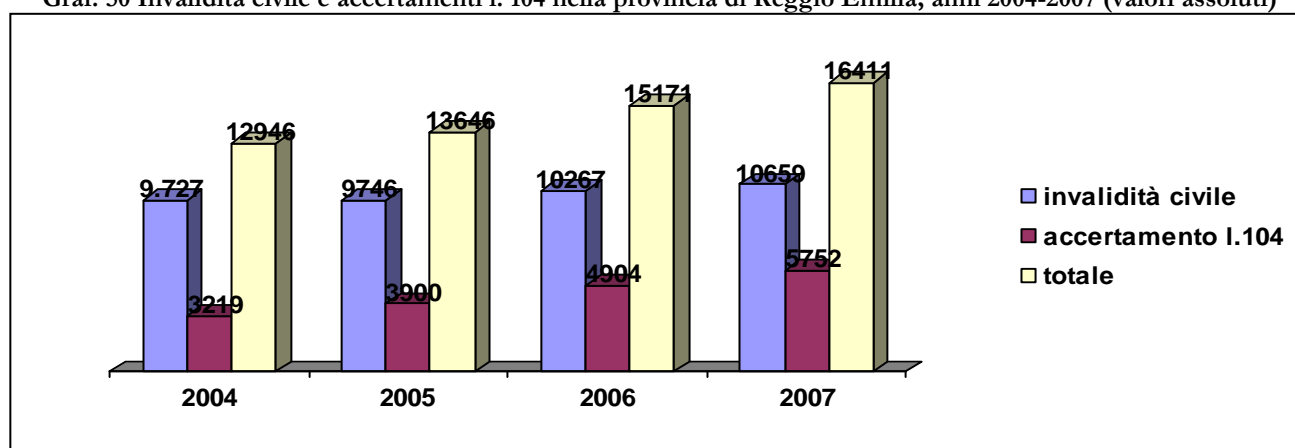
In generale dai dati del Rapporto regionale emerge che gli obiettivi che la Regione si è posta in questi ultimi anni si stanno realizzando in molte aree con il ridimensionamento dei campi verso unità familiari e/o verso un numero limitato di utenti (“microaree”), con il miglioramento della qualità della vita all’interno dei campi e ammodernamento delle strutture, con la chiusura di campi e centri di accoglienza e l’inserimento di persone in appartamenti.

1.6 La popolazione disabile²⁵

Il numero e la qualità degli interventi a favore delle persone disabili e delle loro famiglie sono in capo a soggetti istituzionali differenti e la loro ricostruzione risulta pertanto particolarmente complessa ed articolata, anche per l'assenza di un sistema univoco e condiviso di definizione delle differenti tipologie di disabilità e di lettura dei bisogni ad esse correlati.

Pur in assenza di un sistema di raccordo di tutte le informazioni in capo ai diversi Enti (Ausl, Comuni, INPS, Scuola) e di modalità condivise di valutazione dei bisogni, è presumibile che il dato complessivo sia in aumento, come si evince dalla crescita costante del numero di accertamenti.

Graf. 50 Invalidità civile e accertamenti l. 104 nella provincia di Reggio Emilia, anni 2004-2007 (valori assoluti)



La molteplicità dei soggetti coinvolti pone il problema di una integrazione tra servizi educativi, sanitari e sociali e un significativo coinvolgimento delle famiglie, del volontariato, delle associazioni, dei singoli. Le problematiche si modificano nel corso del tempo per l'evolversi delle condizioni dei soggetti seguiti, per il modificarsi del quadro epidemiologico, per l'evoluzione complessiva del contesto e necessitano pertanto di un approccio individualizzato che consenta di seguire la persona nel proprio percorso di vita superando il rischio di frammentazione degli interventi.

Bambini e ragazzi

L'accompagnamento delle famiglie con bambini disabili inizia con la nascita, con modalità di accompagnamento e sostegno congiunte da parte dei servizi coinvolti, con strumenti quali il recente protocollo "*Percorso di prima presa in carico e dimissione protetta per bambini che nascono con gravi patologie croniche*" stipulato fra Servizi sociali e sanitari.

I minori con disabilità in carico ai servizi sociali territoriali nel 2006 erano 149, pari al 2,5% dei minori in carico, con variazioni molto significative fra i distretti; il dato complessivo non evidenzia una variazione rilevante sia in relazione al dato regionale, pari al 2,9%, sia in relazione alla percentuale di alunni disabili presenti nella scuola dell'obbligo.

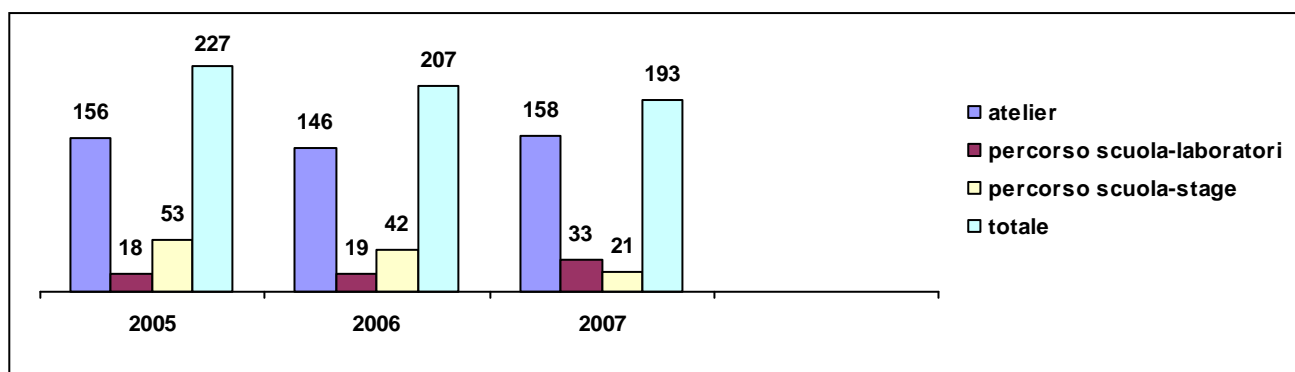
La presenza di alunni disabili nella scuola reggiana ha infatti conosciuto negli ultimi anni una crescita costante: le percentuali di alunni disabili certificati nella Scuola Primaria (2,5%), Secondaria di I° Grado (3,3%) e Secondaria di II° Grado (2,5%), sono le più elevate della regione.²⁶ Uno strumento di integrazione è l'“Accordo Provinciale di Programma per l'integrazione scolastica degli alunni in situazione di handicap”, che vede un impegno molto consistente, anche in termini di risorse, da parte delle istituzioni coinvolte (AUSL, Provincia, Comuni). Il Centro Servizi per l'Integrazione delle persone disabili svolge una funzione di coordinamento fra iniziative scolastiche ed extrascolastiche.

²⁵ Ove non indicato, le fonti dei dati riportati in questo capitolo sono l'AUSL e i Comuni.

²⁶ Annuario della Scuola Reggiana 2006/2007.

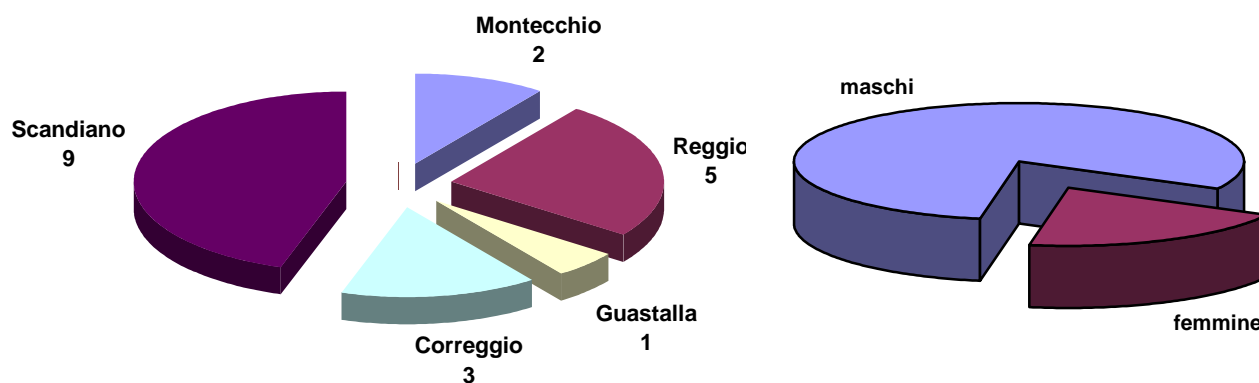
Le opportunità per il tempo libero sono riconducibili ad iniziative locali molto diversificate e con investimenti disomogenei, che vanno dal supporto all'inserimento nelle attività esistenti sul territorio tramite figure educative ad iniziative specifiche e mirate. Alle iniziative dei Comuni si affiancano gli interventi educativi sulle abilità residue a favore di minori disabili a cura del Servizio di Neuropsichiatria Infantile, tramite progetti individualizzati o attività di gruppo. Oltre alle attività indicate nella tabella sottostante, il Servizio sostiene attività educative domiciliari.

Graf. 51 Attività socio-riabilitative NPI: minori coinvolti



Un recente censimento coordinato dalla Neuropsichiatria Infantile ha fornito il quadro dei minori con gravissime patologie che richiedono interventi sanitari e sociali fortemente integrati da programmare anche in relazione alla rete dei servizi per la gravissima disabilità acquisita a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA). Il dato complessivo evidenzia una maggiore incidenza sul distretto di Scandiano ed una netta prevalenza dei maschi sulle femmine.

Graf. 52 Minori con gravissime patologie che richiedono interventi sociali e sanitari fortemente integrati (anno 2008)



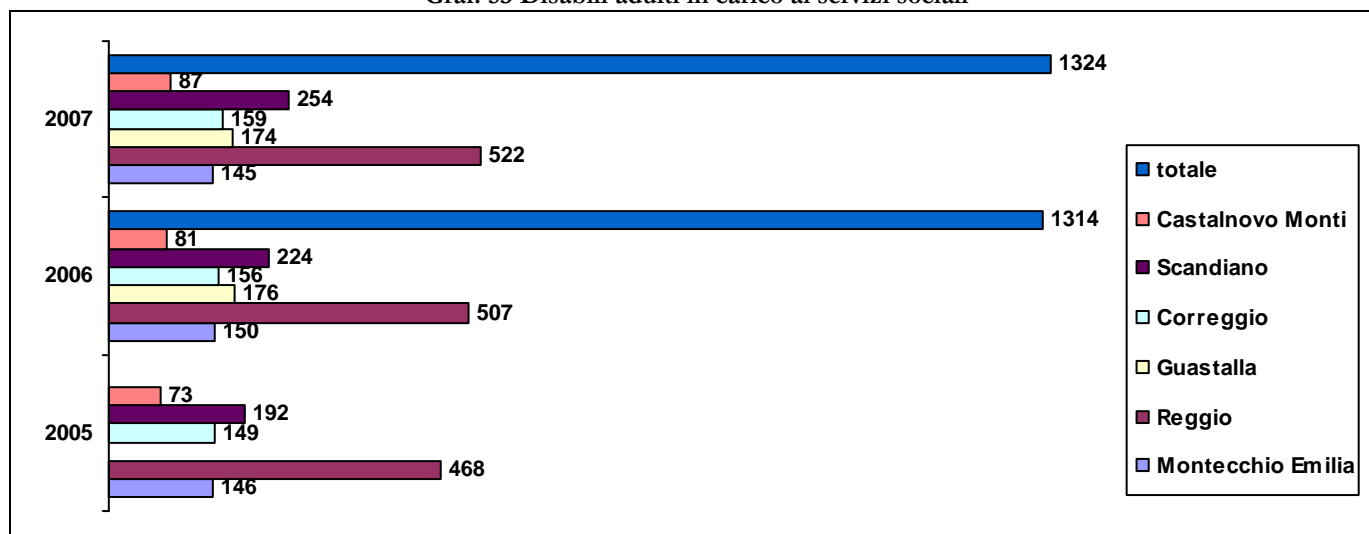
In considerazione dell'aumento del fenomeno dell'autismo sono in fase di sperimentazione a carico del FRNA e del Fondo Sanitario Regionale (FSR) ulteriori attività educative e terapeutiche sia a domicilio che presso servizi diurni.

La molteplicità di iniziative menzionate in capo ai servizi educativi e sanitari evidenzia tuttavia una frammentazione ed una complessiva carenza di servizi a ciclo diurno a supporto del lavoro di cura delle famiglie. Particolarmente critico risulta inoltre l'approccio all'adolescenza, che non trova sufficienti proposte, né opportunità adeguate alle specificità di una fascia di età particolarmente delicata, in un sistema tradizionalmente diviso fra servizi per l'infanzia e per l'età adulta che fatica ad orientarsi verso un'ottica di "progetto di vita".

Giovani e adulti

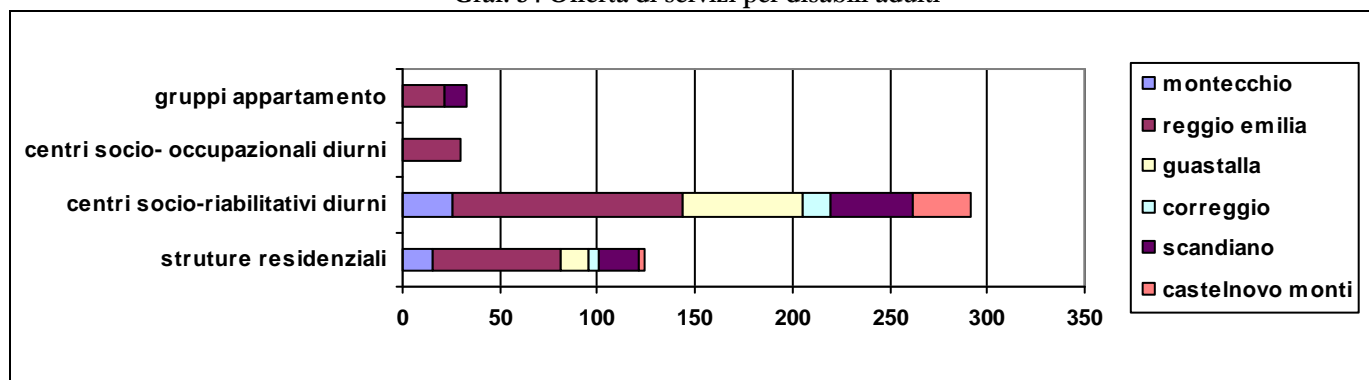
Le persone disabili adulte in carico ai servizi territoriali hanno rappresentato nel 2007 lo 0,41% della popolazione di età compresa fra 18 e 64 anni.

Graf. 53 Disabili adulti in carico ai servizi sociali



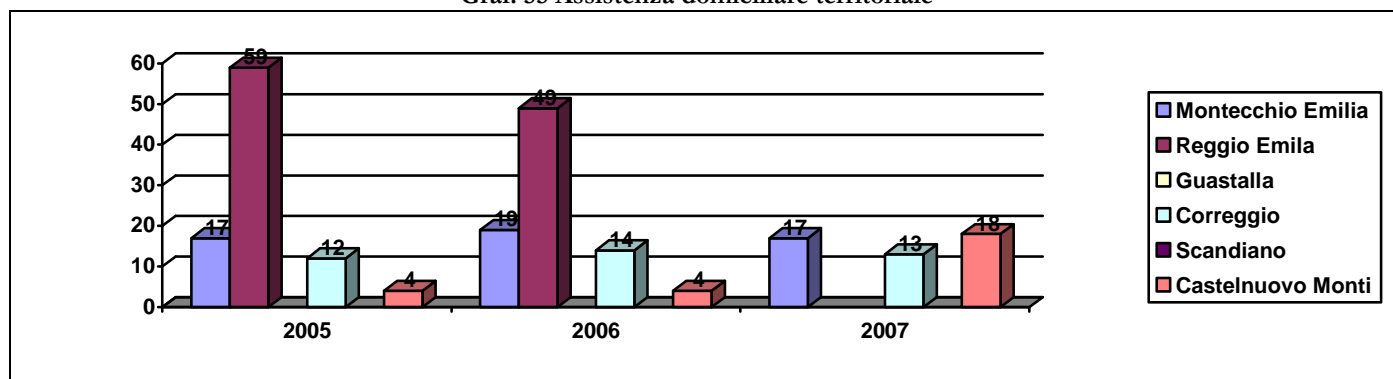
L'offerta di servizi per questa fascia della popolazione è prevalentemente articolata nelle strutture residenziali e semiresidenziali; meno rappresentate forme alternative di sostegno alla domiciliarità.

Graf. 54 Offerta di servizi per disabili adulti

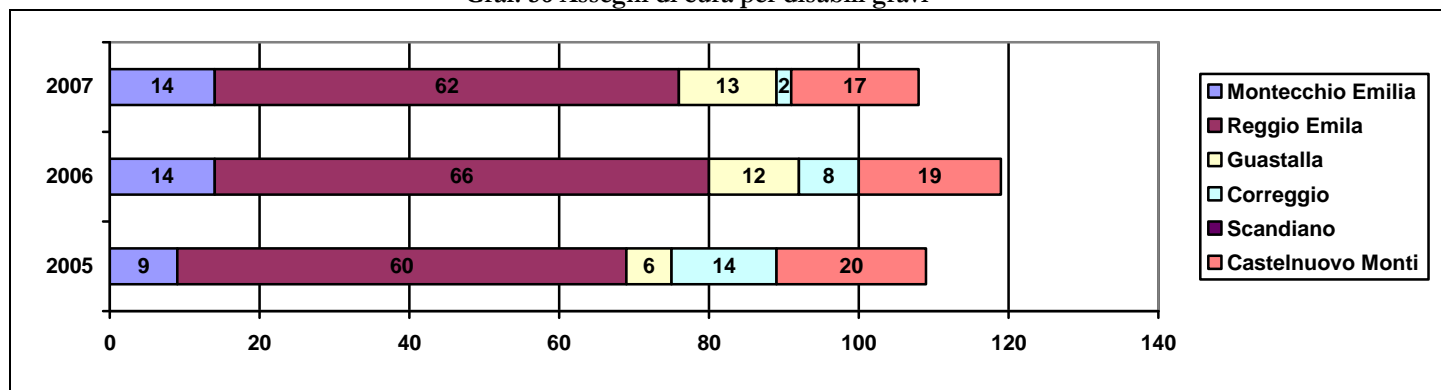


Le azioni a sostegno della permanenza a domicilio e del lavoro di cura delle famiglie, inoltre, fra cui i servizi domiciliari e gli emolumenti di carattere economico, non hanno segnalato significativi aumenti; in alcuni casi si evidenzia anzi una diminuzione.

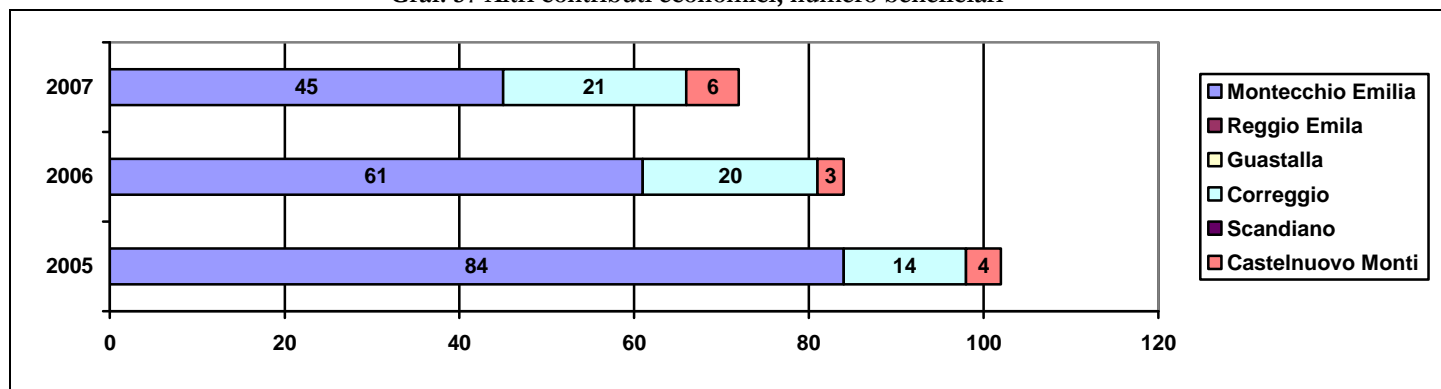
Graf. 55 Assistenza domiciliare territoriale



Graf. 56 Assegni di cura per disabili gravi



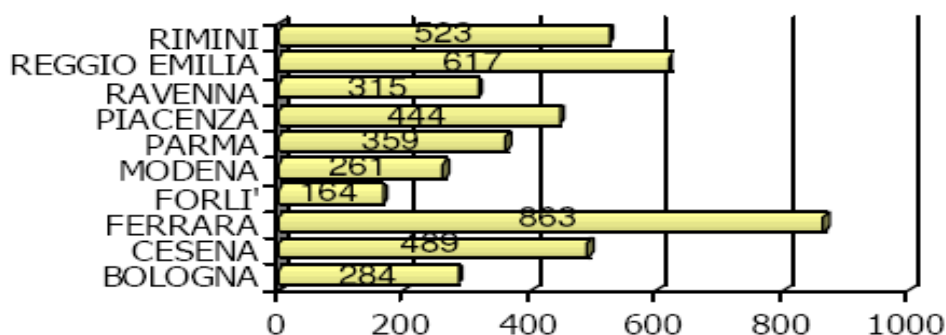
Graf. 57 Altri contributi economici, numero beneficiari



E' presente in tutti i distretti il Servizio di Aiuto alla Persona Disabile, con proposte per il tempo libero di giovani adulti sostenute da volontari.

Il Centro per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico (CAAD) rappresenta un punto unico per l'accesso a tutte le informazioni su opportunità, contributi, agevolazioni per le persone disabili messe in campo dai diversi Enti. Il Centro di Reggio Emilia, si configura come uno dei maggiormente attivi a livello regionale, anche per la peculiarità della coincidenza della sede con il Centro Regionale di Informazione sulle Barriere Architettoniche: partire da questa esperienza consolidata ha sicuramente facilitato l'operatività del nuovo centro, sul quale comunque si è investito molto in termini di risorse umane dedicate, riuscendo anche a garantire un orario molto ampio di apertura al pubblico²⁷.

Graf. 58 Interventi complessivi dei CAAD per provincia anno 2007

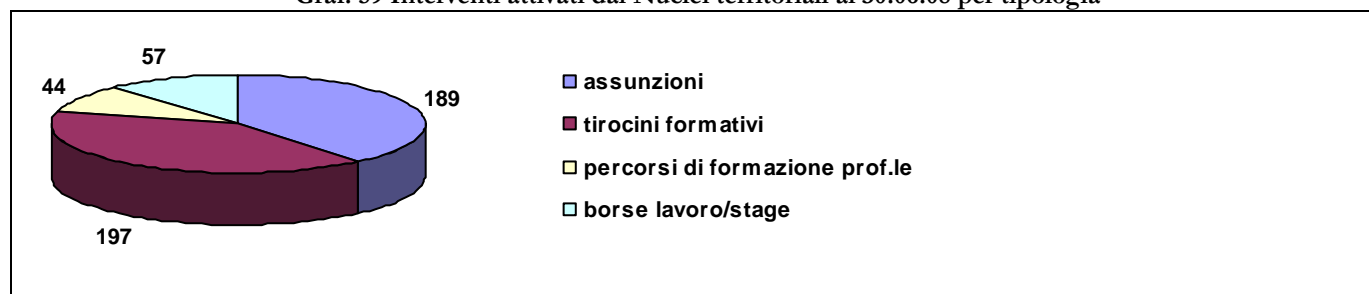


Sul tema dell'inserimento lavorativo il protocollo d'intesa tra la Provincia di Reggio Emilia, l'A.U.S.L., i Comuni della provincia di Reggio Emilia, il Consorzio dei Servizi Sociali di Correggio, i Consorzi delle Cooperative sociali, ha definito percorsi per l'applicazione della L. 68/99, attraverso la costituzione di Nuclei

²⁷ Fonte: Regione Emilia Romagna, Relazione sulla rete dei servizi di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico per anziani e per disabili, Anno 2007

Territoriali, équipe formate da operatori provenienti dai Servizi dei partner dell'intesa, il cui compito è la presa in carico degli utenti disabili e svantaggiati che necessitano di percorsi "mirati". In tre anni di attività sono stati effettuati dai Nuclei territoriali 1.086 interventi di inserimento lavorativo. Gli interventi attivati a favore delle persone in carico al 30.06.2008 risultano suddivisi come segue:

Graf. 59 Interventi attivati dai Nuclei territoriali al 30.06.08 per tipologia

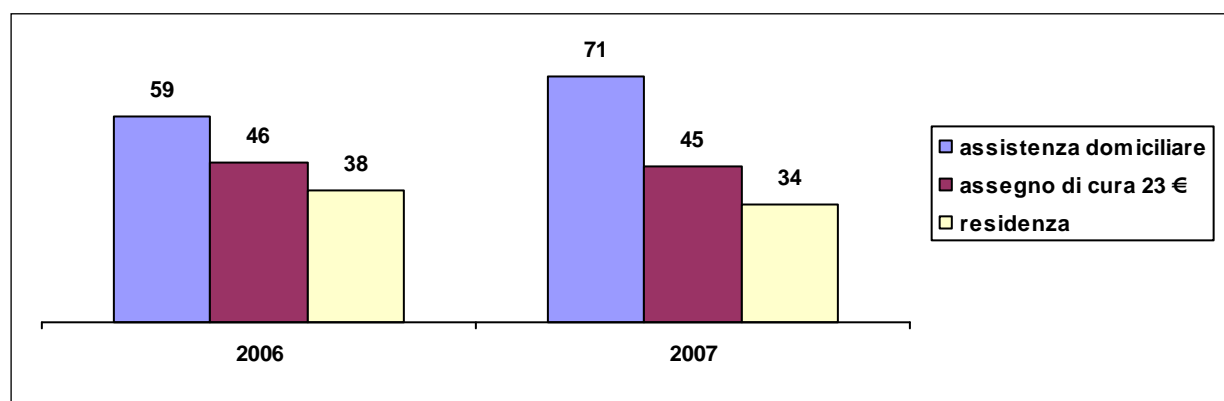


Con riferimento al collocamento mirato di persone disabili ai sensi della L. 68/99 nel 2007 sono state stipulate fra Provincia e datori di lavoro 241 convenzioni, ed altre 76 si sono aggiunte nel 2008; la previsione complessiva di assunzioni in applicazione di dette convenzioni è di 726 persone²⁸. Per i disabili con scarse prospettive di inserimento nel modo del lavoro in carico ai servizi sociali sono presenti in tutti i distretti una molteplicità di progetti socio-terapeutico-riabilitativi all'interno di cooperative sociali, Enti pubblici, aziende private, che offrono ai soggetti coinvolti opportunità di socializzazione e di acquisizione di competenze.

Gravissima disabilità acquisita

Nel 2006 e 2007 si è andata strutturando la rete integrata dei servizi rivolti a questa fascia di utenza, privilegiano ove possibile soluzioni finalizzate al mantenimento a domicilio. Di seguito il riepilogo dei servizi attivati.

Graf. 60 Rete integrata dei servizi per la Gravissima disabilità acquisita. Servizi attivati - anni 2006 e 2007



Le persone assistite a domicilio hanno prevalentemente un'età inferiore ai 50 anni (53,5%) e presentano patologie miste, mentre le persone assistite in residenza hanno un'età inferiore ai 60 anni (73,5%) e presentano, nella quasi totalità dei casi, lesioni cerebrali.

La rete dei servizi a disposizione si è andata adeguando a bisogni molto diversificati ed in veloce evoluzione, prevedendo nella fase attuale tre nuclei di 6 posti a Casalgrande, Albinea, Guastalla e progetti di inserimento individuale presso Case Protette ed RSA. La rete è già in fase di ampliamento con l'attivazione 4 ulteriori posti a Albinea e 2 posti a Campegine.

Si rilevano casi di disabili stranieri per i quali in considerazione della fragilità delle reti familiari risulta particolarmente complessa la progettazione di soluzioni domiciliari.

²⁸ Fonte: Provincia di Reggio Emilia, Servizio Lavoro, Formazione e Diritti di Cittadinanza.

2. Ambito sanitario - La salute sul territorio

2.1. Cure primarie

2.1.1 Dipartimenti e Nuclei di Cure Primarie (NCP)

Nell'A.U.S.L., il Programma Cure Primarie assicura l'unitarietà della programmazione, dell'organizzazione e della valutazione dei processi e dei percorsi nell'ambito delle Cure primarie. Si caratterizza per un ruolo di "staff" alla Direzione per promuovere l'integrazione organizzativa e tecnica, la ricerca e l'innovazione a sostegno del governo del sistema.

In ognuno dei sei distretti della provincia è presente il Dipartimento di Cure Primarie, al cui interno operano i Nuclei di Cure Primarie (NCP). Il Dipartimento Cure Primarie garantisce l'erogazione dell'assistenza primaria, è pertanto una struttura di produzione i cui luoghi della risposta assistenziale sono i luoghi della domiciliarità (domicilio, strutture e sedi ambulatoriali e consultoriali).

I suoi ambiti di pertinenza sono:

- Assistenza di medicina generale e pediatrica di libera scelta;
- Assistenza infermieristica, ostetrica e tecnica;
- Assistenza specialistica ambulatoriale;
- Assistenza consultoriale e di pediatria di comunità;
- Assistenza farmaceutica in stretta collaborazione con il Dipartimento Farmaceutico.

L'A.U.S.L. in questi anni, si è impegnata a sviluppare in senso strutturale e organizzativo gli NCP attraverso l'assegnazione di risorse specifiche e la dotazione di una sede di riferimento (preferibilmente pubblica, AUSL-Comuni) comprensiva di strumenti, personale di supporto dedicato e connettività in rete. In questo modo tutti i professionisti appartenenti al NCP (Medici di medicina generale -MMG, Pediatri di libera scelta-PLS, Medici di continuità assistenziale -MCA, infermieri, assistenti sociali, specialisti, ecc) si possono riunire in attività di formazione/informazione e confronto, sviluppando le collaborazioni e integrazioni necessarie per fare del NCP una realtà operativa e funzionante.

La provincia di Reggio Emilia è suddivisa in 23 NCP, con 340 MMG e 72 PLS. Ciascun NCP ha un coordinatore la cui nomina è avvenuta per elezione fatta da tutti i MMG, PLS e MCA del NCP.

Al fine di organizzare i nuclei e migliorare l'accessibilità alle cure primarie è stato dato grande impulso:

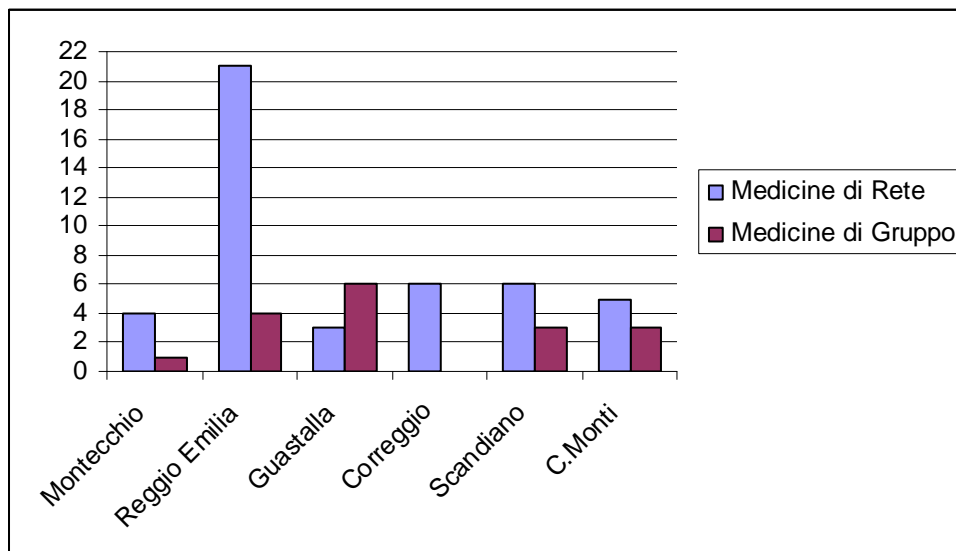
- all'associazionismo dei MMG. Infatti, le forme associative (medicine di gruppo e medicine in rete) sono lo strumento prioritario per il conseguimento dell'obiettivo di integrazione multiprofessionale, su cui si basa il modello assistenziale del NCP;
- all'aumento dell'orario dell'attività ambulatoriale del MMG;
- all'incentivazione dell'apertura dei contratti di assistenza domiciliare integrata (ADI).

La medicina di gruppo rappresenta la modalità che più di tutte può garantire risposte ai cittadini, in termini di disponibilità oraria, di tipologia di prestazioni erogate e di professionalità coinvolte. Inoltre è la forma associativa che dà maggiore visibilità e concretezza all'assistenza territoriale (sede visibile e riconosciuta). L'AUSL intende, dunque, sostenerla e svilupparla in modo particolare, incentivandola mediante l'affidamento di ulteriori attività aggiuntive (es. sviluppo di progetti di telemedicina, ambulatorio rivolto a cittadini stranieri, gestione dei pazienti in TAO mediante l'utilizzo di apparecchiature fornite dall'azienda, ecc), nonché favorendo il reperimento di sedi idonee.

Al momento si sono formate 17 Medicine di gruppo (67 MMG) e 45 Medicine in rete (235 MMG), distribuite nei vari distretti:

- Montecchio: 1 MdG e 4 MdR;
- Reggio Emilia: 4 MdG e 21 MdR;
- Guastalla: 6 MdG e 3 MdR;
- Correggio: 0 MdG e 6 MdR;
- Scandiano: 3 MdG e 6 MdR;
- C. Monti: 3 MdG e 5 MdR.

Graf. 61 Medicine di rete e Medicine di gruppo per distretto



Nelle forme associative i medici devono coordinare tra loro gli orari di ambulatorio in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso ambulatoriale per un arco di almeno 7 ore/die distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio per le Medicine di Rete, fino a 12 ore/die per le Medicine di Gruppo.

Tutte le medicine in rete hanno esteso l'orario giornaliero a 7 ore, coordinando l'apertura degli studi; quattro medicine di gruppo hanno esteso l'orario di apertura alla 12^a ora (Toano, Castellarano, Rubiera, Scandiano), tre (Poviglio, RE, Reggio) all'11^a, una (Brescello) alla 9^a e una all'8^a (Novellara).

L'offerta di una maggiore disponibilità oraria è destinata, prioritariamente, alla gestione di piccole urgenze ambulatoriali, alla ricetta di farmaci urgenti o di terapie continuative. In tal modo si garantisce una maggiore accessibilità nell'arco della giornata, in quanto un paziente, al di fuori dell'orario di ambulatorio del proprio medico, può rivolgersi ad un altro medico della stessa medicina di rete o di gruppo. Si favorisce la presa in carico degli assistiti con patologie croniche, salvaguardando nello stesso tempo il rapporto di fiducia fra paziente e medico di famiglia.

L'obiettivo del NCP è quello di arrivare a garantire il miglioramento continuo del processo assistenziale sino alla copertura nelle 24 ore die per le urgenze ambulatoriali e domiciliari mediante la messa in rete dei MMG-PLS associati e singoli fra loro e con i MCA, l'integrazione operativa delle diverse risorse tecnico-professionali e la semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni ed ai servizi.

In collaborazione con l'Agenzia Sanitaria Regionale e la Jefferson University di Philadelphia, sono stati elaborati nuovi strumenti di analisi dei profili di salute della popolazione assistita nei NCP, per favorire l'individuazione di criticità e aree di miglioramento sulle quali intervenire. Questi strumenti saranno pienamente utilizzati a partire dall'anno 2009.

2.1.2 I percorsi di cura per pazienti con patologie croniche

Nella nostra provincia sono stati elaborati i percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie croniche più frequenti, per facilitare la diagnosi, il monitoraggio e la gestione di tali malattie a domicilio, attraverso l'integrazione con gli specialisti e il servizio infermieristico territoriale. Infatti, viene incentivata e sostenuta la gestione dei pazienti cronici, soprattutto quelli oncologici, con scompenso cardiaco e con insufficienza respiratoria attraverso l'attivazione di Assistenza Domiciliare Integrata.

1. Scompenso cardiaco: il percorso è attivo su tutti i distretti, e si avvale della registrazione informatica sul programma Infoclin dei pazienti in carico. Nel corso del 2007-2008 è stato elaborato lo strumento "Piano per la buona gestione della tua salute" nell'ottica di sviluppare la capacità del paziente di gestire la propria situazione, in modo tale da fargli acquisire un ruolo sempre più attivo nella gestione della sua patologia. Sempre in quest'ottica è stata elaborata e verrà somministrata ai pazienti in carico un'intervista telefonica per valutare la qualità del servizio fornito dai professionisti dell'equipe assistenziale e il grado di comprensione delle informazioni di educazione terapeutica ricevute. Inoltre è stato organizzato un corso di formazione per personale infermieristico sulle tecniche di educazione terapeutica di pazienti cronici, in modo tale da rendere sempre più attiva e valorizzata la figura degli infermieri che intervengono nel percorso (del Servizio Infermieristico Domiciliare, dei poliambulatori, delle UU.OO. di Cardiologia/Medicina/ecc, delle Medicine di Gruppo). Infine è proseguita la collaborazione alla ricerca finalizzata "Sperimentazione di una serie di indicatori per la misura della continuità assistenziale" finanziata dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

2. Insufficienza respiratoria cronica e BPCO: tale percorso è avviato in tutti i distretti, pur con alcune differenze organizzative. Nella maggior parte dei distretti è stato costituito un ambulatorio dedicato a cui si accede tramite richiesta del MMG.

3. Insufficienza renale progressiva (progetto regionale P.I.R.P.): è stato ultimato il percorso, che prevede l'invio da parte del MMG all'ambulatorio di Nefrologia dell'Azienda Ospedaliera del paziente con determinati valori e il successivo rinvio al MMG per una gestione integrata dell'utente affetto da insufficienza renale progressiva. La sperimentazione del progetto si è avviata a maggio 2007.

4. Patologia oncologica: l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia ha avviato da alcuni anni un disegno di sistema rivolto al Governo Clinico, all'interno del quale ha rafforzato le logiche sistemiche dando risalto alle connessioni tra i diversi livelli dell'organizzazione sanitaria e alle relazioni con il sistema del tessuto sociale.

Parte della realizzazione concreta di questo disegno sono rappresentate dai Percorsi di cura dei pazienti affetti da patologie croniche ed oncologiche anche in fase avanzata di malattia; per quanto riguarda la gestione di quest'ultima si sta lavorando alla diffusione delle competenze fra i professionisti delle cure palliative e di un approccio di lavoro a rete fra i vari servizi attivabili.

Il lavoro in merito al "Percorso di cura della persona con malattia oncologica" ha perseguito i seguenti principali obiettivi di riorganizzazione:

- sviluppare un modello di riferimento congruente con la gestione dell'inguaribilità, in grado di fornire risposte non soltanto teoriche, ma anche organizzative e operative;
- migliorare l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi;
- integrazione delle risorse tra ospedale e territorio in un'ottica processuale;
- rendere l'impianto maggiormente misurabile in termini di qualità e risultati sviluppando contestualmente la rete di assistenza in cure palliative;
- assicurare al paziente un soddisfacente controllo del dolore e degli altri sintomi;
- agevolare la permanenza del paziente al domicilio e garantire a lui e alla sua famiglia la migliore qualità di vita possibile;
- ottenere una riduzione significativa dei ricoveri e facilitare i percorsi di ingresso in ospedale.

2.1.3 I percorsi integrati ospedale-territorio sono

1. Diabete mellito tipo II: si è consolidata, in tutti i distretti, l'adesione dei MMG alla gestione integrata, con i Centri Diabetologici, del paziente affetto da diabete mellito di tipo II non complicato, che ha raggiunto l'85-90% dei casi in carico. E' in corso di sperimentazione la scheda integrata SOLE di diabetologia, in modo che i MMG e gli specialisti diabetologi possano comunicare in maniera più rapida, completa e senza l'utilizzo delle schede e dei referti cartacei.
2. Terapia Anticoagulante Orale (TAO): è stato elaborato un progetto di gestione integrata tra MMG e Centro Emostasi dei pazienti in TAO. Si prevede di coinvolgere tutte le Medicine di Gruppo dotandole di un apparecchio per eseguire la misurazione del tempo di protrombina e di un programma informatizzato per la gestione del paziente e il calcolo della terapia. Questo percorso prevede che il paziente si rechi dal MMG dove viene eseguito l'esame e impostata subito la terapia in modo da ridurre al minimo gli spostamenti del paziente stesso.

Per migliorare e rendere più agevole la comunicazione tra strutture sanitarie e territorio si è utilizzato il progetto regionale SOLE (Sanità On Line) per cui tutti i MMG e i PLS sono stati messi in rete con il programma SOLE.

I servizi attivi offerti dal progetto SOLE sono:

- a) servizio di aggiornamento dell'anagrafica sanitaria e quindi delle scelte e revoche di un medico e l'aggiornamento delle esenzioni;
- b) servizio di restituzione dei referti di laboratorio, di radiologia e visite specialistiche al MMG.

Entro fine anno il progetto SOLE implementerà gli altri processi previsti, in particolar modo la notifica di avvenuto ricovero e avvenuta dimissione ospedaliera con lettera di dimissione.

2.2 Area specialistica ambulatoriale

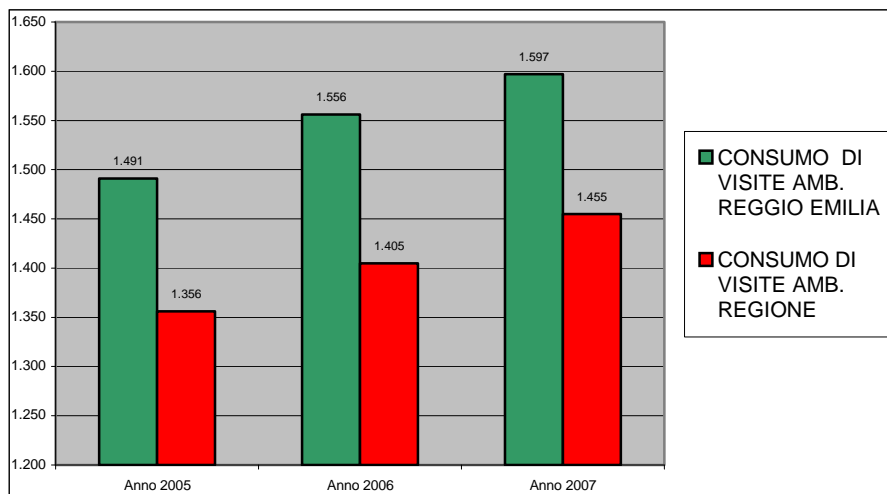
2.2.1 Il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Secondo quanto previsto dalle direttive regionali, le due aziende A.U.S.L. e A.S.M.N. condividono il Piano attuativo aziendale per il contenimento dei tempi d'attesa. Ogni anno viene redatto il piano di produzione che prevede un potenziamento dell'attività specialistica ambulatoriale per le prestazioni i cui tempi d'attesa risultano dal monitoraggio periodico superiori ai parametri regionali (tempi massimi d'attesa e indice di performance) e per le prestazioni con criticità relative agli indici di consumo e alla mobilità, mediante incremento dell'attività dei professionisti dipendenti e degli specialisti convenzionati interni. Sono inoltre definiti i contratti di fornitura con le strutture private accreditate e con l'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova con i relativi aumenti di prestazioni che presentano maggiore criticità.

Indice di consumo standardizzato per età specifico per raggruppamenti

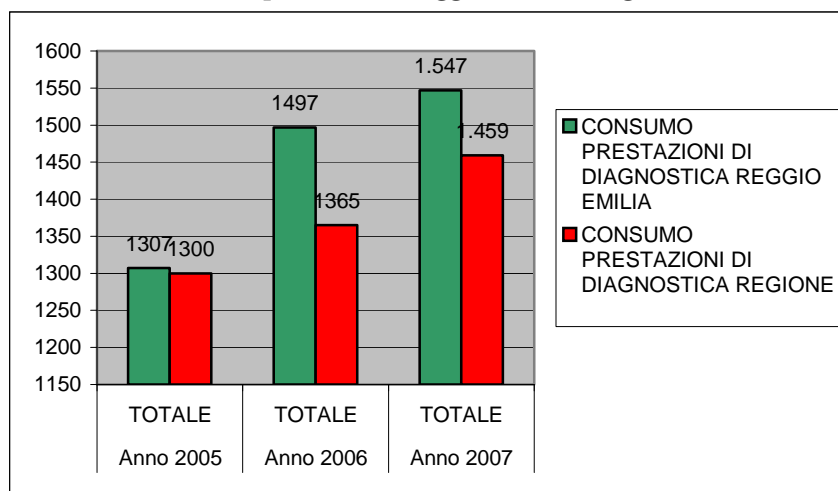
L'indice di consumo standardizzato (ICS) è una media ponderata degli indici specifici di consumo per età, rappresentati dal rapporto tra il numero delle prestazioni ambulatoriali consumate dai residenti e la popolazione residente, per 1000 abitanti, standardizzato con la popolazione di riferimento regionale al 31.12.2001. Questo indice esprime genericamente il numero di prestazioni erogate per unità di popolazione. In quanto tale, esso misura la risposta data ad una domanda di prestazioni specialistiche da parte della popolazione

Graf. 62 Visite ambulatoriali Indici di consumo standardizzati per età per visite ambulatoriali (escluso il pronto soccorso)* 1000 abitanti, residenti provincia di Reggio Emilia - Regione Emilia Romagna, anni 2005-2007



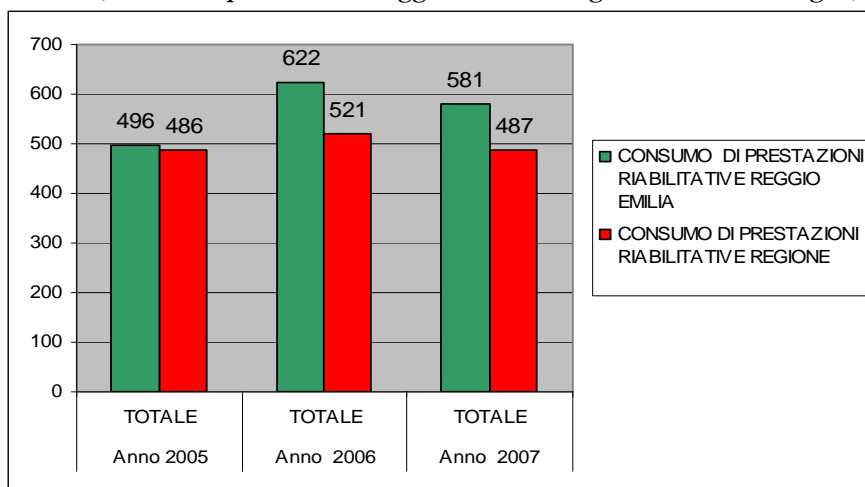
Dall'analisi del grafico si osserva come anche per il 2007 si mantiene l'andamento del biennio precedente con una più elevata domanda di visite specialistiche a Reggio Emilia rispetto alla media regionale

Graf. 63 Prestazioni di diagnostica: Indici di consumo standardizzati per età per prestazioni di diagnostica (escluso il pronto soccorso) * 1000 abitanti, residenti provincia di Reggio Emilia - Regione Emilia Romagna, anni 2005-2007



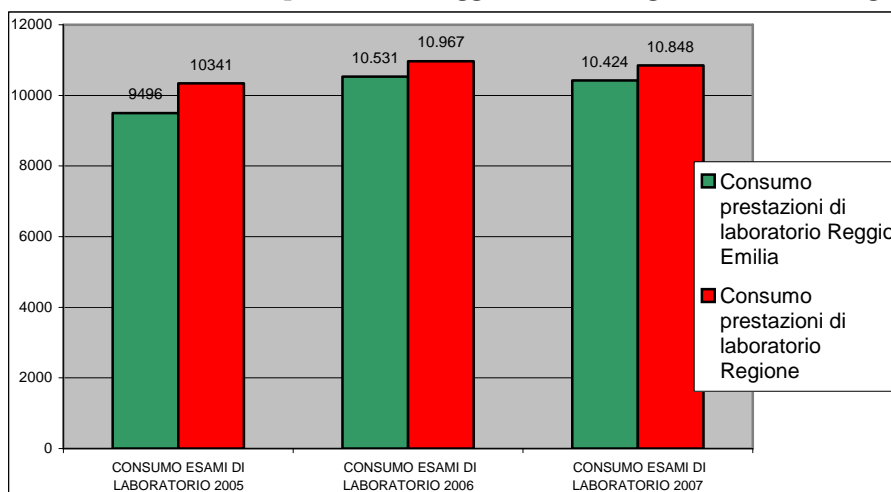
Le prestazioni di diagnostica comprendono: diagnostica senza l'utilizzo di radiazioni, diagnostica con utilizzo di radiazioni, biopsie e altra diagnostica. Il dato del 2007 conferma l'andamento osservato nell'anno precedente con un aumento, sia a livello aziendale che regionale, del consumo di prestazioni di diagnostica per immagini; il dato provinciale risulta superiore alla media regionale.

Graf. 64 Prestazioni riabilitative: Indici di consumo standardizzati per età per prestazioni riabilitative (escluso il pronto soccorso) * 1000 abitanti, residenti provincia di Reggio Emilia – Regione Emilia Romagna, anni 2005 – 2007



Le prestazioni riabilitative comprendono: prestazioni di diagnostica, recupero e rieducazione funzionale, terapia fisica e altra riabilitazione. Osservando il grafico si nota nel corso dell'anno 2007 una diminuzione dell'indice di consumo di prestazioni riabilitative nella Provincia di Reggio Emilia con una riduzione dello scostamento dal dato regionale.

Graf. 65 Prestazioni di laboratorio: Indici di consumo standardizzati per età per prestazioni di laboratorio (escluso il pronto soccorso) * 1000 abitanti, residenti provincia di Reggio Emilia – Regione Emilia Romagna, anni 2005-2007



Le prestazioni di laboratorio comprendono: prelievi, chimica clinica, ematologia/coagulazione, immunoematologia e trasfusionale, microbiologia/virologia, anatomia ed istologia patologica, genetica/citogenetica. Analizzando il grafico si osserva che nel corso del triennio considerato l'andamento della provincia di Reggio Emilia segue quello regionale con una diminuzione del consumo di prestazioni di laboratorio nel 2007. Il valore provinciale si conferma inferiore a quello medio regionale.

2.2.2 Miglioramento dell'appropriatezza

Nella nostra provincia, ormai da quasi dieci anni, periodicamente si costituiscono gruppi di lavoro interaziendali e multidisciplinari, con la partecipazione anche delle strutture private accreditate, nei quali i medici del territorio (MMG e PLS) e gli specialisti dipendenti di entrambe le aziende e convenzionati, insieme alle Direzioni Sanitarie, elaborano criteri di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali che sono poi presentati e condivisi con tutti i colleghi che li applicano nella pratica quotidiana, sia come coloro che effettuano le richieste di prestazioni, sia come specialisti che le erogano.

Negli Accordi Aziendali con i MMG è previsto, tra gli altri, l'obiettivo "Appropriatezza prescrittiva" per la corretta applicazione dei criteri di accesso ad alcune prestazioni specialistiche, definiti dai gruppi di lavoro interaziendali multidisciplinari. Il raggiungimento di tale obiettivo viene verificato mediante la valutazione della presenza del quesito diagnostico coerente con i criteri definiti, in un campione significativo di prescrizioni effettuate ogni anno.

Al fine di poter effettuare un più facile e preciso confronto (eseguibile tramite il PACS), indispensabile per valutare la evoluzione di patologie in pazienti che per vari motivi eseguono controlli nelle diverse radiologie degli ospedali provinciali, si condividono a livello del Dipartimento interaziendale di Diagnostica per Immagini, protocolli per l'ottimizzazione della qualità nell'esecuzione di TC e RMN. Tali protocolli sono i condivisi anche con le strutture private accreditate.

Relativamente alla TC, si è deciso di adottare le linee guida pubblicate dalla Regione " TC linee guida per la qualità"; per le prestazioni di RMN, il gruppo di lavoro dipartimentale sta lavorando alla stesura di protocolli riguardanti unicamente gli esami richiesti con maggior frequenza.

2.2.3 Assistenza odontoiatrica

Nel giugno 2008 è entrata in vigore la Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna di revisione del programma di odontoiatria che ha introdotto la ridefinizione dei limiti di reddito per fasce ISEE e il superamento dei limiti di età all'accesso alle cure per alcune condizioni di vulnerabilità sanitaria.

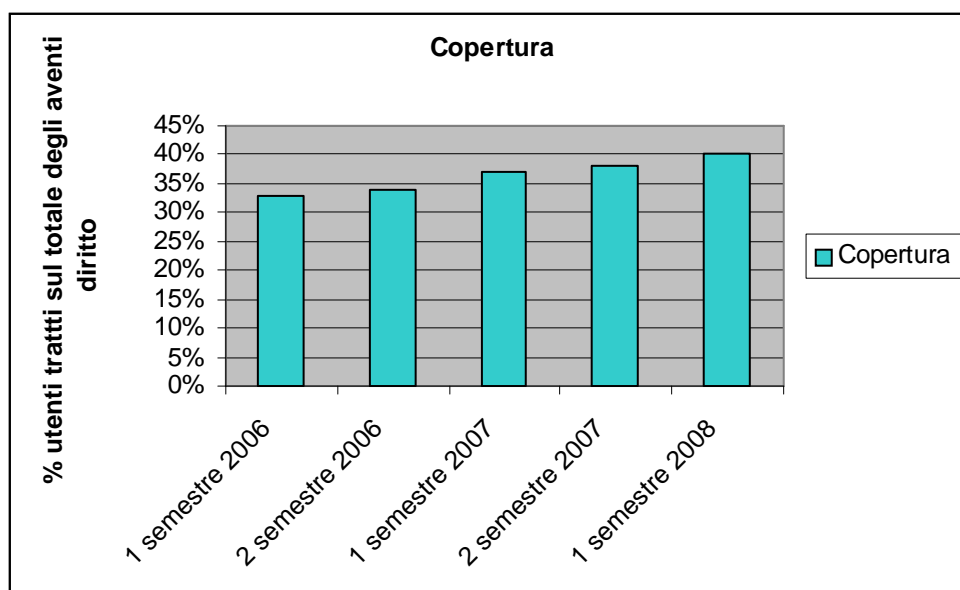
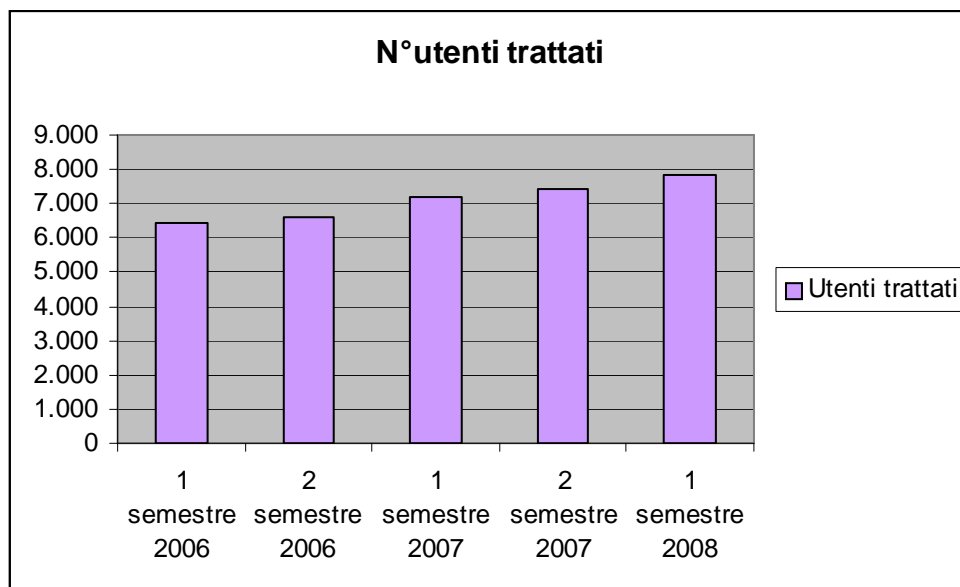
Per far fronte alle aumentate esigenze è stato predisposto un piano di incremento dell'attività, sulla base della stima della nuova popolazione destinataria del programma, da implementare in maniera graduale in base all'adesione degli utenti, che prevede il pieno utilizzo gli spazi ambulatoriali ancora disponibili.

Per dare piena applicazione alla nuova delibera è stato ridefinito il programma aziendale per l'assistenza odontoiatrica, sono state apportate le modifiche al software necessarie per adeguare il calcolo del ticket alle nuove fasce di reddito, si sta procedendo all'allineamento al Catalogo Sole. Inoltre è stato definito il piano per gli assistiti con grave disabilità, parte integrante del nuovo piano di programmazione per l'assistenza odontoiatrica.

Nel distretti di Montecchio (presso una cooperativa sociale) si sta sperimentando un progetto di sensibilizzazione, prevenzione e ricerca attiva dei destinatari del programma e a breve sarà valutata la possibilità di un'estensione anche alle altre realtà distrettuali. Si è conclusa la sperimentazione nel Distretto di Reggio Emilia di un progetto di prevenzione primaria per la promozione di corretti comportamenti di igiene orale nell'infanzia rivolto ai bambini di 2° elementare, a breve saranno valutati i risultati e l'esportabilità in tutte le 2° elementari provinciali. Nella tabella sottostante sono riportate le percentuali che esprimono il rapporto degli utenti trattati per cure odontoiatriche sul totale degli aventi diritto (la cosiddetta copertura) nella nostra provincia. Tale percentuale ha fatto registrare un costante e progressivo incremento dal 1° semestre 2006 al 1° semestre 2008.

Tab. 53 Utenti trattati per cure odontoiatriche sul totale degli aventi diritto - anni 2006, 2007, 2008 (1° semestre)

	1 semestre 2006	2 semestre 2006	1 semestre 2007	2 semestre 2007	1 semestre 2008
Utenti trattati	6.453	6.609	7.207	7.444	7.829
Copertura *% dei pz trattati sul totale degli aventi diritto (39.315 fino a giugno 2008)	33%	34%	37%	38%	40%



2.2.4 Miglioramento dei percorsi di accesso alle prestazioni specialistiche

Nel rispetto di quanto previsto dalla Circolare Regionale n.10/2007 “Linee Guida del Sistema CUP”, la separazione delle agende di prime visite e dei controlli è stata completata in una percentuale maggiore del 90% e l’obiettivo è di procedere alla stessa suddivisione anche per le agende delle prestazioni strumentali. Le agende di Mammografia sono già suddivise in primo esame e controllo da settembre 2006.

2.2.5 Call Center e Numero verde

Tramite il Numero Verde unico regionale si ricevono informazioni e si può prenotare tramite Cuptel di Reggio Emilia città; tale funzione non è ancora attiva su Correggio e Castelnovo Monti.

L'obiettivo è di predisporre e rendere operativo nel corso dell'anno 2009 un Call Contact Center, unico per tutta la provincia, che consenta di fare il salto di qualità dell'accesso tramite prenotazione telefonica alle prestazioni specialistiche erogate da A.U.S.L., A.S.M.N. e privati accreditati.

2.2.6 Prescrizione e refertazione informatizzata

Il sistema di refertazione ambulatoriale, integrato con il sistema CUP per i piani di lavoro e ricalcolo del ticket, con l'anagrafe assistiti e con il *repository* dei dati clinici per la conservazione del referto è stato completamente sviluppato e testato ed è in uso presso i reparti di tutti gli ospedali e da circa il 70% degli specialisti ambulatoriali. Inoltre, è stato realizzato e reso disponibile un sistema di prescrizione informatizzata della specialistica, fruibile in rete in tutta l'Azienda. Il sistema è stato diffusamente presentato ai professionisti ed utilizza le codifiche del nomenclatore SOLE, così come richiesto dalla Regione Emilia Romagna. Si stanno svolgendo corsi di formazione per gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni.

2.3 Area materno-infantile

Nel 2007 è stato attivato il programma materno infantile interaziendale, in staff alle direzioni sanitarie, con compiti di programmazione e valutazione delle attività e dei percorsi clinico-assistenziali con particolare riferimento ai diversi aspetti della *clinical governance*. Il programma è articolato in numerosi coordinamenti di specialità nonché in due commissioni dedicate alla salute infanzia e alla salute donna.

2.3.1 Salute infanzia

La componente pediatrica si articola in quattro ambiti: la pediatria di libera scelta, la pediatria di comunità, la pediatria ospedaliera e la neuropsichiatria e disabilità infantile. Obiettivo strategico del programma è coordinare e integrare le diverse competenze specialistiche nell'ambito dei percorsi clinico-assistenziali, di diagnosi e cura, prevenzione delle malattie e promozione della salute che riguardano i bambini e le loro famiglie.

A questo proposito nel 2007 si è consolidato il modello di presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale che riguarda l'assistenza al bambino cronico e con bisogni speciali. Per garantire uniformità ed equità di trattamento su tutto il territorio provinciale è stata implementata nel novembre 2007 una procedura interaziendale di "dimissione protetta e percorso di presa in carico dei bambini con patologia cronica e/o bisogni speciali". I percorsi integrati tra i diversi servizi territoriali ed ospedalieri sono finalizzati a garantire la valutazione multidimensionale dei bisogni, la continuità assistenziale, la facilitazione dell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie.

Nel 2007 si è consolidata l'offerta dei nuovi vaccini inseriti nel calendario vaccinale nell'anno 2006: vaccino antipneumococcico ed antimeningococcico. L'adesione dei nuovi nati alla vaccinazione antipneumococcica è stata nel 2007 del 95% e all'antimeningococcica del 91,2%. In ambito ospedaliero le pediatrie hanno consolidato i modelli organizzativi assistenziali di OBI (Osservazione Breve Intensiva) e i percorsi clinico-assistenziali diagnostici in *day service*.

Nel 2007 si conferma il dato tendenziale di un minor ricorso all'assistenza ospedaliera. Considerando tra gli episodi assistenziali il ricovero ordinario, il ricovero in *day hospital* e l'OBI, nel 2007 i casi trattati nelle due unità operative pediatriche dell'A.U.S.L. (Guastalla e Castelnovo Monti) sono stati complessivamente 1.464, rispetto ai 1.490 del 2006 e ai 1.540 del 2005. In particolare si nota il consolidamento del modello assistenziale in osservazione breve, che di fatto ha azzerato il ricorso al ricovero in *day hospital* e ridotto il ricovero ordinario. Nell'ambito della tutela della salute in età infantile, oltre alla promozione dell'allattamento al seno esclusivo, sono proseguiti i progetti relativi all'astensione dal fumo di sigaretta nei luoghi frequentati dai bambini (*baby no*

smoke), la posizione supina nel sonno nel primo anno di vita per la prevenzione della morte in culla, la lettura ad alta voce ai bambini fin dai primi mesi di vita (nati per leggere).

2.3.2. Salute donna

La componente salute donna è articolata in due coordinamenti: ginecologia-ostetricia ospedaliera e consultori familiari. Nell'ambito salute donna è rilevante inoltre l'attività di prevenzione secondaria riconducibile ai due *screening* di popolazione per la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina e della mammella.

Per quanto riguarda i parti effettuati, il presidio ospedaliero nel suo complesso si mantiene stabilmente sopra i 2.700 all'anno mentre l'A.S.M.N. ha sfiorato i 2.500. Dopo una modesta riduzione del numero complessivo dei parti nell'anno 2006, nel 2007 si è registrata una ripresa ai livelli del 2005, con una diversa distribuzione nell'ambito dei quattro ospedali del presidio.

Tab. 54 Distribuzione dei parti nel presidio ospedaliero dell'Azienda USL di Reggio Emilia

Ospedale	2005	2006	2007
Guastalla	800	850	886
Montecchio	904	866	878
Scandiano	838	756	733
Castelnovo Monti	222	238	275
Presidio ospedaliero	2.764	2.710	2.772

In ambito ospedaliero sono attivi i due audit clinici su carcinoma dell'endometrio e taglio cesareo, con gli obiettivi di valutare l'appropriatezza e l'efficacia clinica, nonché individuare azioni di miglioramento della *performance* e della qualità dell'assistenza.

Nel 2007 i professionisti delle due aziende sanitarie pubbliche della provincia hanno lavorato per la definizione di linee guida sull'appropriatezza dell'assistenza al travaglio e al parto, che verranno progressivamente implementate nell'anno 2008. L'obiettivo è quello di rendere uniformi le pratiche clinico-assistenziali a garanzia di un'equità di trattamento per la popolazione della provincia di Reggio Emilia.

Nel 2008 a seguito della D.G.R. n. 533 "Direttiva alle Aziende Sanitarie in merito al percorso nascita" le 2 Aziende devono elaborare un Piano Attuativo Interaziendale relativamente agli 11 obiettivi:

- diagnosi prenatale di anomalie cromosomiche;
- diagnostica ecografica delle anomalie morfologiche;
- ridefinizione del ruolo dell'ostetrica;
- controllo del benessere fetale in travaglio di parto;
- assistenza ai disturbi emozionali;
- promozione e sostegno all'allattamento al seno;
- processo di ascolto dell'opinione delle donne e delle coppie;
- miglioramento della prassi diagnostico assistenziale in caso di nato morto;
- assistenza qualificata al travaglio e parto fisiologico in ambiente extra - ospedaliero;
- corsi prenatali di base;
- attenzione al tema "Il dolore nel parto".

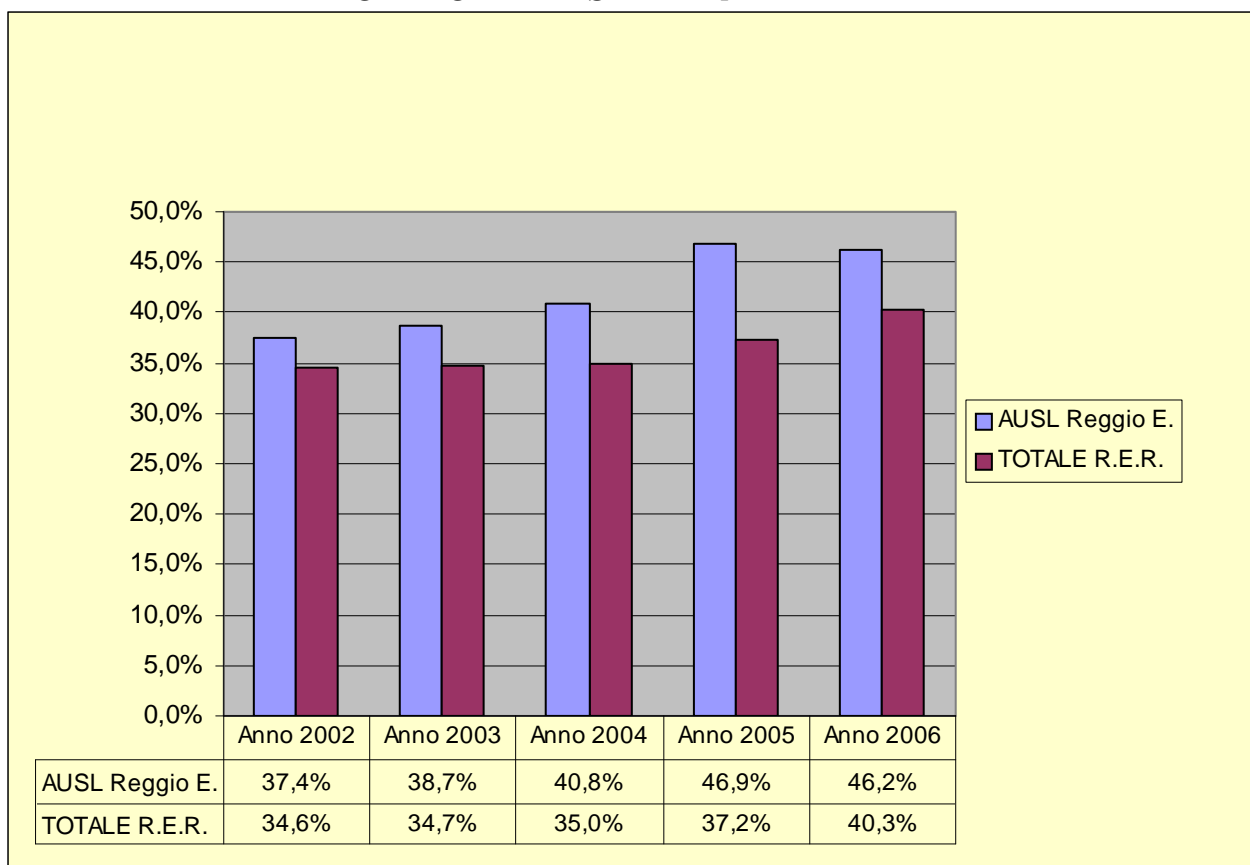
2.3.3 Consultori Familiari

In considerazione del fatto che il PSSR 2008-2010 indica "tra i percorsi ad elevata integrazione l'area materno-infantile indicando tra le forme di intervento da sviluppare le azioni promosse dai Consultori Familiari in merito all'informazione e la consulenza relativamente alla tutela della sessualità e alla procreazione responsabile, alla tutela della procreazione stessa e al sistema articolato di prestazioni in grado di fornire il complesso degli interventi afferenti la gravidanza, la nascita, il puerperio" (vedi DGR n. 533/08) si rende utile una puntualizzazione sulla attività svolta dalla rete dei Consultori Familiari nel nostro territorio.

L'attività dei Consultori si caratterizza per una presa in carico globale e un approccio multidisciplinare ai bisogni della donna. Sono aree di intervento la gravidanza fisiologica, il puerperio, la prevenzione dei tumori femminili. Altre attività importanti riguardano l'assistenza alla contraccezione, alla menopausa, l'informazione, il counselling e l'attivazione di percorsi di interruzione volontaria di gravidanza (IVG), l'attività di informazione, educazione sanitaria e promozione della salute (corsi prenatali, educazione sessuale, prevenzione AIDS e malattie sessualmente trasmesse), l'assistenza psicologica. Inoltre viene espletata un'attività ambulatoriale ostetrico-ginecologica da parte di personale medico dedicato e ospedaliero con l'effettuazione di esami strumentali ed ecografici. È stato esteso il progetto della presa in carico diretta delle gravidanze fisiologiche da parte del personale ostetrico, mediante un protocollo clinico assistenziale unico a livello aziendale.

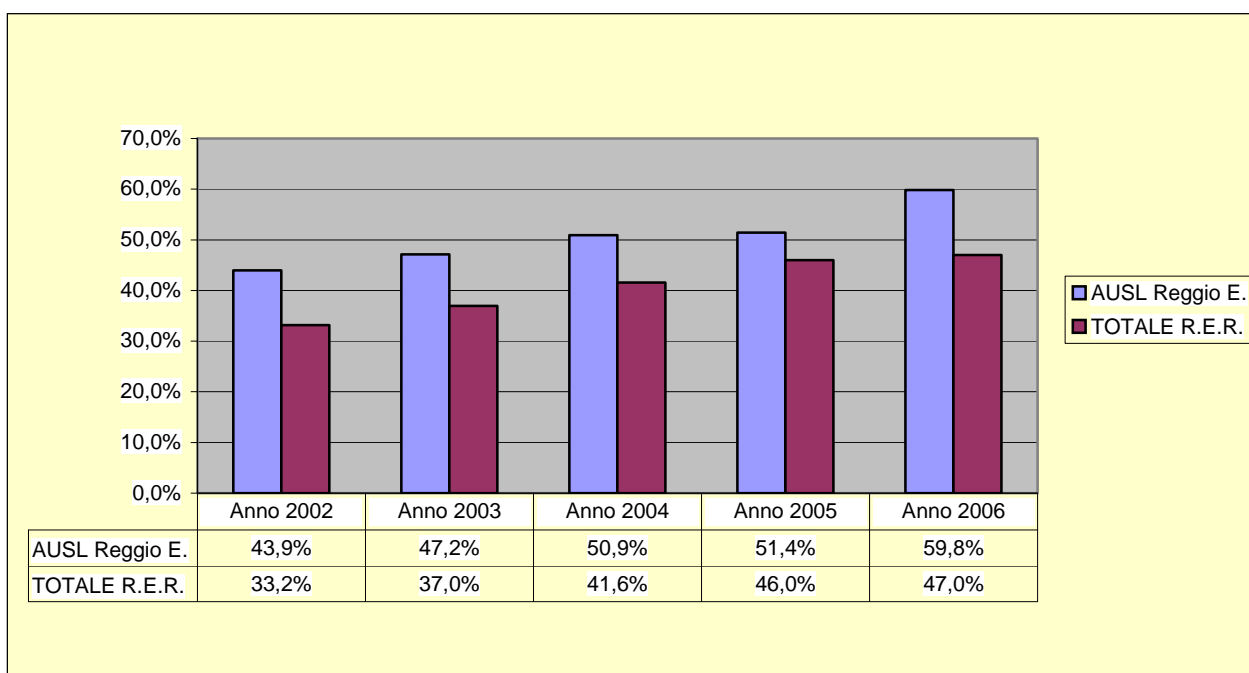
Relativamente all'utilizzo dei Consultori è rimasta sostanzialmente stabile la percentuale di donne seguite in gravidanza e prese in carico nell'anno, mentre continua il *trend* in crescita di presa in carico di donne immigrate che rappresentano ormai il 60% dell'utenza per questa categoria.

Graf. 66 Percentuale di donne seguite in gravidanza (gravidanze prese in carico nell'anno/nati da donne residenti)



Si nota uno scostamento significativo tra il dato della provincia di Reggio Emilia e quello medio regionale. Negli ultimi cinque anni il divario in termini percentuali è aumentato, passando da un +2,8% nel 2002 ad un +5,9% nel 2006.

Graf. 67 Percentuale di donne immigrate gravide in carico ai consultori familiari sul totale delle donne gravide in carico ai consultori familiari



Si nota uno scostamento significativo tra il dato della provincia di Reggio Emilia e quello medio regionale. Negli ultimi cinque anni il divario in termini percentuali è aumentato, passando da un +10,7% nel 2002 ad un +12,8% nel 2006.

Tab. 55 Parti anni 2005/2006

Anni 2005/2006		Italiane	Straniere Residenti	STP
Numero parti		7.811	2.228	140
Nazionalità %				
	Albania		11,0	9,3
	Romania		3,3	22,1
	Ucraina- Moldova		3,6	11,4
	Cina		8,8	33,6
	India		10,1	0,7
	Pakistan		6,6	0,7
	Ghana		3,5	2,1
	Marocco		19,7	5,7
	Nigeria		3,8	2,1
Età media		31,4	28,2	26,1
Scolarità medio- bassa %		29,4	58,8	67,1
Stato civile %				
	Coniugate	73,8	86,2	41,4
	Nubili	22,9	12,1	52,8
Condizione professionale %				
	Occupate	78,5	28,3	20,0
	Disoccupate	3,8	5,6	16,4
	Casalinghe	16,4	65,2	61,4
<4 Visite in gravidanza %		3,4	12,1	20,7
Età gest. alla prima visita >=12 sett. %		12,3	37,6	45,0
<3 Ecografie in gravidanza %		1,7	11,1	26,4
Indagini prenatali invasive %				
	almeno una <=35 anni	23,5	3,9	0,0
	almeno una >35 anni	66,3	18,9	0,7
Struttura prevalentemente utilizzato %				
	Privato	75,9	15,0	6,4
	Consultorio pubblico	19,3	76,6	87,1
	Ospedale pubblico	2,5	5,9	1,4
	Nessuno	2,2	2,5	5,0
Frequenza parto cesareo %		33,9	28,4	18,6

Fonte dati: Cedap

Tab. 56 Interruzioni volontarie di gravidanza e parti per nazionalità. Bienni 2003/2004 e 2005/2006.

Nazionalità	Biennio 2003/2004				Biennio 2005/2006			
	N° IVG	N° parti	Tasso	Rapp. %	N° IVG	N° parti	Tasso	Rapp. %
Italiane	1.650	7.676	9,5	21,5	1.582	7.788	9,1	20,3
Straniere resid.	743	1.829	39,1	40,6	754	2.286	32,1	33,0
STP	nd	nd	nd	nd	262	162	nd	161,7
Albania	72	168	42,2	42,9	60	250	25,0	24,0
Cina	85	186	48,0	45,7	84	199	39,0	42,2
Marocco	81	400	25,1	20,3	103	444	26,9	23,2
India	84	164	55,6	51,2	84	223	44,6	37,7
Pakistan	18	114	23,5	15,8	26	144	24,3	18,1
Ucraina-Moldova	70	51	46,4	137,3	54	83	24,4	65,1
Ghana	51	71	53,4	71,8	43	83	39,3	51,8
Nigeria	38	76	56,8	50,0	39	85	49,0	45,9
Romania	36	41	41,6	87,8	46	75	35,4	61,3

Fonte dati: SDO

Tab. 57 Gravidanze prese in carico nei Consultori per anno

Distretti	2005	2006	2007
Val d'Enza			
gravidanze prese in carico nell'anno	304	313	331
di cui di donne immigrate	146	208	151
Reggio Emilia			
gravidanze prese in carico nell'anno	834	895	1081
di cui di donne immigrate	543	600	804
Guastalla			
gravidanze prese in carico nell'anno	365	350	386
di cui di donne immigrate	244	255	283
Correggio			
gravidanze prese in carico nell'anno	273	294	372
di cui di donne immigrate	139	159	205
Scandiano			
gravidanze prese in carico nell'anno	474	510	520
di cui di donne immigrate	170	188	195
C.Monti			
gravidanze prese in carico nell'anno	91	131	134
di cui di donne immigrate	50	95	68
Totali A.USL			
gravidanze prese in carico nell'anno	2.341	2.493	2.824
di cui di donne immigrate	1.292	1.465	1.706

2.4 Salute mentale e dipendenze patologiche

2.4.1 I servizi per la salute mentale

I servizi per la salute mentale comprendono la Neuropsichiatria Infantile, la Psicologia Clinica, i Centri di Salute Mentale, le Strutture Semiresidenziali (Centri Diurni e *Day Hospital*), le Strutture Residenziali, le Comunità Alloggio, i Gruppi Appartamento e un Servizio Psichiatrico ospedaliero di Diagnosi e Cura (SPDC). Nella tabella che segue sono riportati i tassi relativi alle persone maggiorenni che hanno ricevuto prestazioni dai servizi di salute mentale nella forma della consulenza al medico di medicina generale, ad altre strutture sanitarie, sociali e giudiziarie e in tutte le diverse forme di accoglienza della domanda di valutazione clinica e anche nella forma della presa in carico continuativa.

Tab. 58 Numero di persone e tasso, per 10.000 abitanti maggiorenni, che nel 2007 hanno ricevuto prestazioni da parte dei servizi di salute mentale adulti

Servizio	Utenti	Tasso per 10.000 (pop. target: 416.133)
Psichiatria adulti	8.154	
Psicologia clinica adulti	812	
Totale	8.966	215,46

La popolazione target è costituita dalle persone maggiorenni

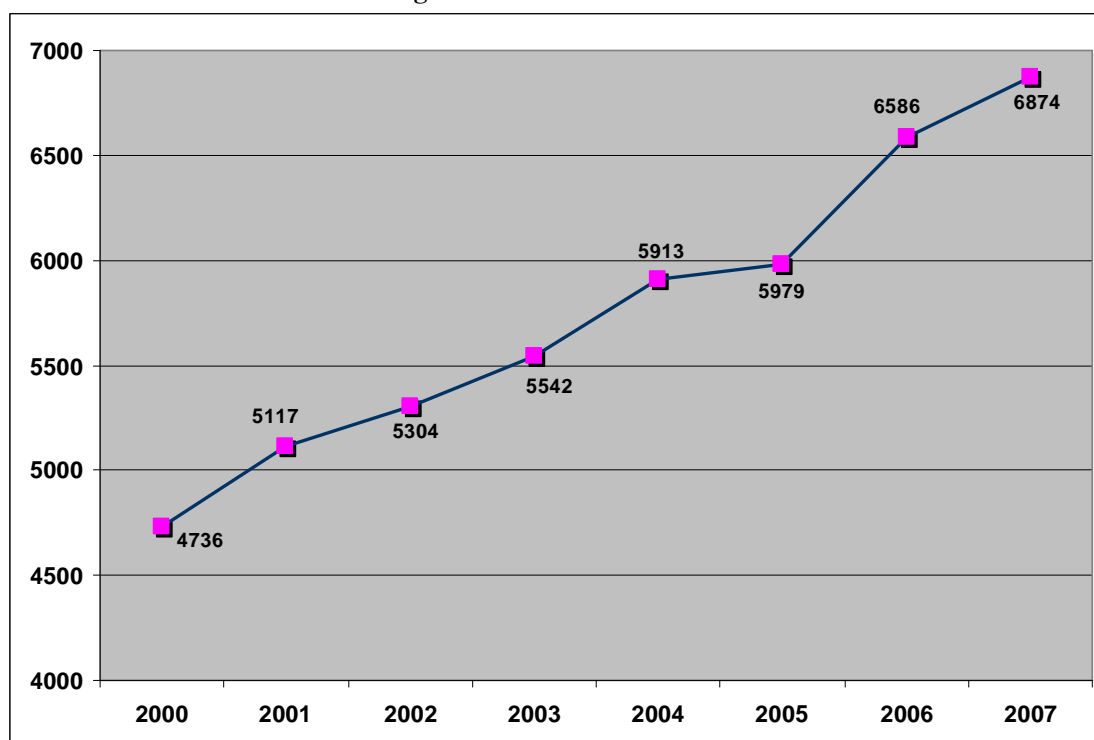
Tab. 59 Numero e tasso di persone in trattamento nel 2006 presso i Centri di Salute Mentale

Distretto	N°	Tasso per 10.000 (pop. target: 411.289)
CSM Castelnovo Monti	524	176,83
CSM Correggio	649	155,64
CSM Guastalla	643	111,45
CSM Montecchio	625	130,37
CSM Reggio Emilia	2.993	172,79
CSM Scandiano	1.152	188,53
Totale	6.586	160,13

Tab. 60 Numero di persone e tasso, per 10.000 abitanti maggiorenni, in trattamento nel 2007 presso i Servizi di Salute Mentale adulti, nei Distretti della provincia

Distretto	Utenti	Tasso per 10.000
Castelnuovo Monti	473	160,42
Correggio	701	165,11
Guastalla	666	115,25
Montecchio	632	130,35
Reggio Emilia	3.174	180,99
Scandiano	1.228	196,31
Totale	6.874	165,19

Graf. 68 Andamento 2000-2007 degli utenti in trattamento nei Servizi di Salute Mentale adulti



Fino al 2005 nel numero complessivo non erano conteggiati gli utenti adulti in cura presso il Servizio di Psicologia Clinica.

Nella tabella seguente sono riportati gli utenti che hanno usufruito del percorso lavoro e delle attività dell'area socialità.

Tab. 61 Aree lavoro e socialità, anno 2006 e 2007

Area	2006	2007
	Utenti	Utenti
Percorso lavoro	379	413
Area Socialità	234	389

Nell'ambito dei Disturbi del Comportamento Alimentare, in cui la domanda è in forte aumento, è stato aperto un nuovo servizio, dotato di due ambulatori multiprofessionali a Correggio e Guastalla, che si aggiunge al Servizio di Reggio Emilia. Entrambi garantiscono un trattamento integrato e multiprofessionale con risposte di tipo psicologico, psichiatrico, internistico e dietologico. I servizi forniscono trattamenti sia individuali che di gruppo.

Nel 2007, inoltre, è stato attuato il passaggio dei Servizi di Salute Mentale presso la Casa Circondariale di Reggio Emilia all'Azienda USL, che già gestiva il servizio per le Dipendenze Patologiche.

Nel corso degli ultimi anni è andata sempre aumentando la quota di ricoveri per trattamenti intensivi, per far fronte ai casi di urgenza e di subacuzie. Alle risorse residenziali (con progetti a termine) si aggiungono le opportunità domiciliari, con finalità di tipo abitativo, nella forma dei Gruppi Appartamento e delle Comunità Alloggio (con più di sei posti).

L'attività semiresidenziale si distingue in attività di:

- 1) Centro Diurno (frequenza diurna del Centro semiresidenziale per attività prevalentemente riabilitative e risocializzanti);
- 2) *Day Hospital* (attività prevalentemente clinica con progetti di breve durata);
- 3) Atelier (frequenza programmata in determinate fasce orarie per specifiche attività riabilitative e risocializzanti).

Anche i dati di utilizzo delle strutture semiresidenziali sono sostanzialmente costanti nel tempo; i cambiamenti qualitativi più significativi sono, anche per le semiresidenze, l'aumento degli interventi per pazienti acuti e subacuti (*Day Hospital*) e la notevole mole di attività svolta con gli utenti all'esterno del Centro Diurno (attività ricreative, tempo libero, gruppi di attività socio-riabilitative di gruppo). Questi dati quindi confermano il crescente impegno, sia in ambito residenziale che semiresidenziale, nel trattamento delle fasi acute e subacute dei disturbi psichiatrici.

Nella tabella seguente è indicata la disponibilità di posti nelle strutture semiresidenziali e residenziali e in quelle a carattere abitativo. La dotazione complessiva di posti per interventi residenziali è numericamente significativa e si è mantenuta costante nel corso del quadriennio con un aumento della disponibilità di letti per trattamenti di minore durata (intensivi e protratti) e diminuzione dei letti per trattamenti socio-riabilitativi. La disponibilità di posti in appartamento e comunità alloggio è significativamente aumentata dal 2006.

Tab. 62 Numero di posti nelle strutture residenziali psichiatriche, comunità alloggio e appartamenti

	2004	2005	2006	2007
Centri diurni	90	103	117	117
Day hospital	11	18	18	18
Residenze – intensivi	31	33	37	37
Residenze – protratti	12	16	17	17
Residenze – socio-riabilitativi	35	27	22	22
Comunità alloggio e Gruppi appartamento	35	35	50	51

Nella tabella seguente è evidenziata la disponibilità di risorse di tipo residenziale nei diversi Moduli dipartimentali (Modulo Nord: distretti di Guastalla e Correggio; Modulo Sud: Montecchio, Scandiano, Castelnovo Monti). La distribuzione è abbastanza omogenea con prevalenza di posti per trattamenti protratti e socio-riabilitativi nel Distretto di Reggio Emilia, di trattamenti intensivi negli altri Distretti.

Tab. 63 Residenzialità e domiciliarità protetta nel 2007

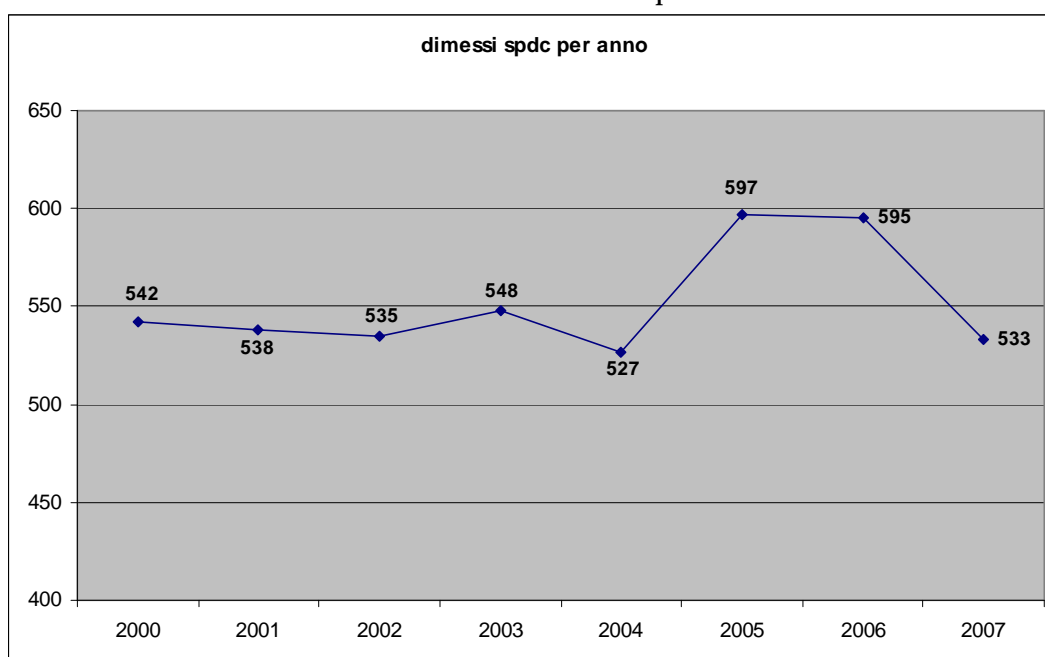
Disponibilità di posti in residenza			
	Modulo Reggio	Modulo Nord	Modulo Sud
Posti in strutture Residenziali a Trattamento Intensivo	16	8	13
Posti in strutture Residenziali a Trattamento Protratto	10	2	5
Posti in strutture Residenziali a Trattamento Socio-riabilitativo	16	1	5
TOTALE	42	11	23

Il Modulo Reggio comprende le strutture del Distretto di Reggio Emilia; il Modulo Nord comprende le strutture dei Distretti di Correggio e Guastalla, il Modulo Sud le strutture dei Distretti di Castelnovo Monti, Montecchio e Scandiano

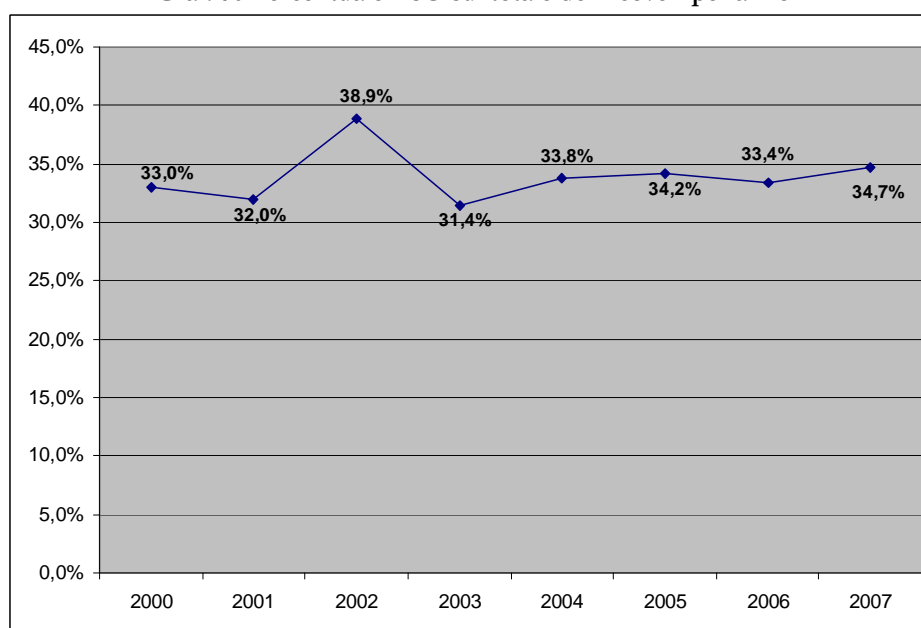
2.4.1.1 Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

I tassi di ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) a Reggio Emilia sono i più bassi della Regione Emilia-Romagna e si mantengono costanti a fronte della complessità delle situazioni cliniche e delle urgenze territoriali. La percentuale dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) è relativamente costante. La degenza media è di circa 10 giorni a conferma del ruolo del ricovero inteso come tappa, urgente e provvisoria, all'interno di un percorso più articolato. Coerentemente con l'evoluzione socio-demografica sono in aumento gli utenti stranieri, come pure quelli con disturbi da uso di sostanze associati a disturbi di natura psichiatrica. Nelle tabelle seguenti sono riportati gli andamenti dei ricoveri in SPDC e la percentuale di Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO).

Graf. 69 Dimissioni da SPDC per anno



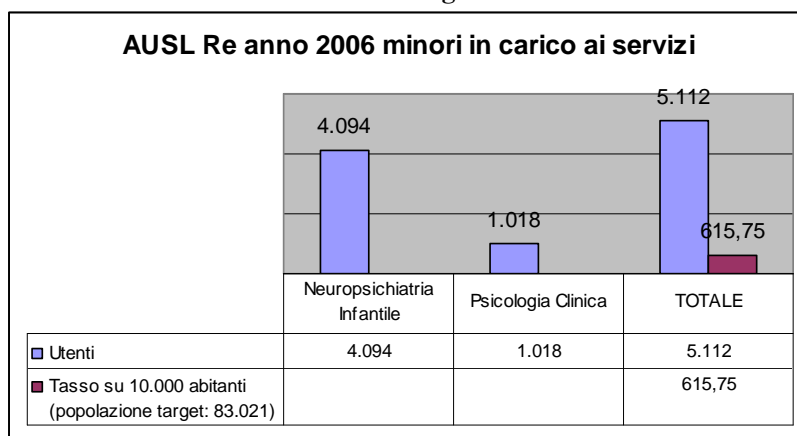
Graf. 70 Percentuale TSO sul totale dei ricoveri per anno



2.4.1.2 Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Psicologia Clinica

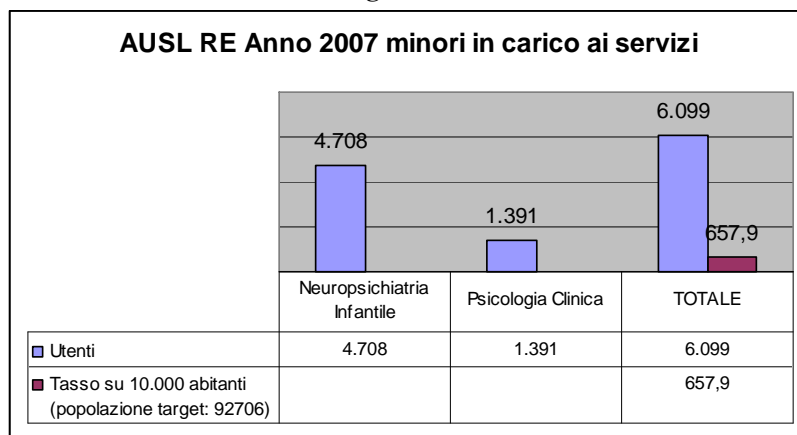
Il Servizio di Neuropsichiatria Infantile si occupa di minori dai 0 ai 18 anni, che presentano disabilità, problematiche psicologiche, comportamentali, disturbi psicoaffettivi e relazionali, psichiatrici, del linguaggio, dell'apprendimento, neuromotori, cognitivi, anche all'interno di sindromi o patologie complesse. Compiti del servizio sono l'inquadramento diagnostico, la presa in carico terapeutica e riabilitativa, le consulenze ai genitori e agli insegnanti.

Graf. 71 Numero e tasso di persone che nel 2006 hanno ricevuto prestazioni da parte dei servizi di Neuropsichiatria Infantile e di Psicologia Clinica



La popolazione target comprende i bambini di età compresa tra 0 e 18 anni

Graf. 72 Numero di persone che nel 2007 hanno ricevuto prestazioni da parte dei servizi di Neuropsichiatria Infantile e di Psicologia Clinica



La popolazione target comprende i bambini di età compresa tra 0 e 18 anni

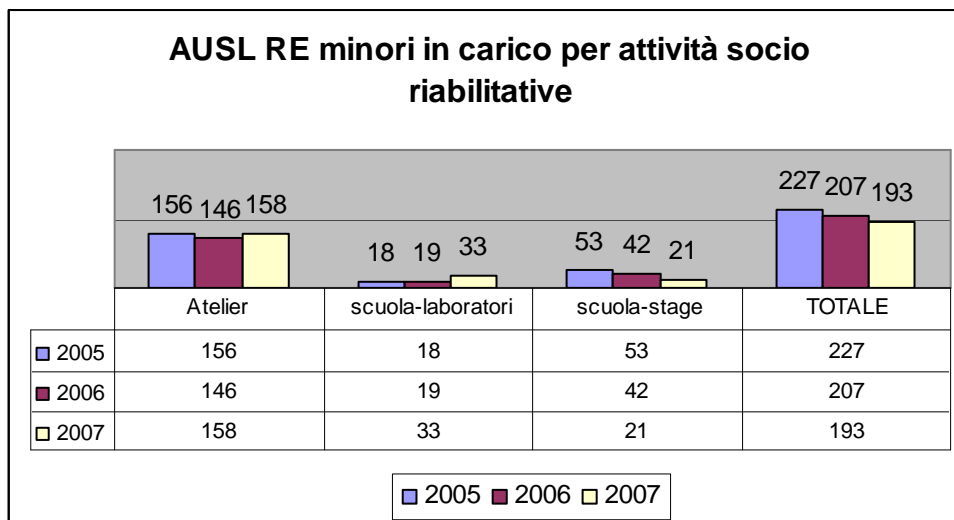
I minori disabili utenti dei servizi di NPIA sono complessivamente n. 1205, relativamente al 2007.

Tab. 64 Minori disabili utenti dei servizi di NPIA - anno 2007

Distretti	Numero di utenti disabili minori
Val d'Enza	202
Reggio Emilia	421
Guastalla	156
Correggio	88
Scandiano	246
C. Monti	92
Totale Azienda USL	1205

Fra le attività specifiche nel campo della neuropsichiatria infantile, una parte importante è costituita dall'attività di atelier rivolta a minori disabili: una risposta ai bisogni di bambini e famiglie congiuntamente al lavoro clinico e alla fondamentale integrazione con le istituzioni scolastiche e sociali, con l'obiettivo di migliorare le abilità adattive e di sostenere il progetto di vita dei bambini.

Graf. 73 Attività di Atelier socio-riabilitativi per minori disabili (n° minori inseriti per anno)



Si sono consolidate nel corso del 2007, a Reggio Emilia e a Casalgrande, le esperienze dei Centri terapeutico-riabilitativi per bambini autistici, e a Guastalla l'atelier di arti espressive "La Cometa" per bambini e adolescenti con disturbi pervasivi dello sviluppo e affetti da altre patologie, in collaborazione e con il finanziamento della Regione Emilia Romagna e dell'Associazione AUT AUT. È stato avviato, coerentemente con le indicazioni del Piano Attuativo della Regione Emilia Romagna, il progetto regionale *Hub & Spoke* per l'Autismo e i disturbi pervasivi dello sviluppo, con la costituzione del Centro di secondo livello che nei prossimi anni avrà la funzione di coordinare gli interventi per l'Area Vasta Emilia Nord.

2.4.2 Il disagio giovanile

L'Azienda USL offre numerose opportunità, in collaborazione con altri Enti quali i Comuni e le Scuole, con la finalità di fornire una risposta al problema del disagio giovanile che non sia di natura esclusivamente clinica. In particolare è consolidata l'esperienza di "Gancio Originale" e della "Stanza di Dante", esperienze in cui l'apporto del volontariato giovanile è fondamentale nella facilitazione dei percorsi e nella ricerca di un approccio innovativo e degli sportelli scolastici, quindici nel territorio provinciale (di cui uno aperto nell'anno scolastico 2007/2008). A questi si aggiungono uno sportello virtuale "www.freestudentbox.it" e lo sportello "ATUXTU" presso l'Informa Giovani in collaborazione con il Comune di Reggio Emilia. Inoltre è attivo da alcuni anni il Consultorio "Open G", rivolto ad adolescenti e giovani per informazioni, consulenze e sostegno psicologico su ciò che riguarda la salute, la vita sessuale ed affettiva. Nel 2007 gli adolescenti e giovani utenti del Consultorio "Open G" sono stati 943. E' proseguito infine il lavoro con gli operatori che vivono a contatto con giovani e adolescenti, in particolare insegnanti ed educatori, per favorire lo sviluppo di reti sociali di supporto alle problematiche adolescenziali e dove necessario, di percorsi di accesso alla relazione d'aiuto.

2.4.2.1 Minori stranieri e servizi dell'età infantile ed evolutiva

La tendenza all'aumento di popolazione straniera ed in particolare nella fascia d'età minorile comporta diverse valutazioni rispetto all'impatto delle politiche locali ed ai problemi di "presa in carico" da parte dei servizi. La presenza dei minori stranieri è divenuta strutturale e indica una dimensione nuova del progetto migratorio degli uomini e delle donne che scelgono di vivere con noi. La presenza dei minori rappresenta uno degli indicatori più significativi di immigrazione stabile, la nascita di un bambino fa spesso uscire le famiglie di immigrati da una sorta di "invisibilità sociale". Ci sono poi bambini ancora più invisibili: i bambini non accompagnati tra i quali sono presenti minorenni completamente soli, assolutamente esposti al pericolo della malavita, attratti anche dal miraggio dei facili guadagni. La nostra Regione è, insieme al Lazio, il Friuli Venezia Giulia e la Lombardia tra quelle che ne hanno registrato, nel 2006, la concentrazione più alta (il 54,5% del totale italiano).

Sono relativamente numerosi i bambini che nascono fortemente prematuri, con gravi conseguenze a livello cerebrale e generale, forse per una scarsa attenzione alle condizioni igienico-sanitarie della gravidanza e per i rapporti di consanguineità tra genitori. Il ruolo della madre è frequentemente svalutato. In molti casi sono molto responsabilizzati i fratelli o le sorelle del bambino disabile nella cura quotidiana e nell'educazione. La difficoltà di utilizzo della lingua italiana, rende impossibile definire una patologia del linguaggio e dell'apprendimento in una lingua che ancora non è conosciuta.

I diversi paesi di provenienza caratterizzano il percorso di ciascuno in termini di identità e di appartenenza, il loro profondo disagio emerge attraverso disturbi del comportamento, atti di autolesionismo e di aggressività, ritardi nell'apprendimento. Questi giovani immigrati sono già internamente divisi: due lingue, due appartenenze, due progetti di vita contesi tra desideri e doveri e per loro scegliere comporta un diventare metà. Presentano in prevalenza disturbi del comportamento, dell'apprendimento, dipendenza da sostanze stupefacenti, disturbi alimentari. Occorre trovare forme di cura sensibili alla fenomenologia della sofferenza in altri orizzonti culturali e sociali.

Nella scuola i ragazzi nati altrove e nati qui, ma provenienti da altri paesi, hanno compiti evolutivi, scolastici, ulteriori rispetto ai ragazzi reggiani. Devono ridefinirsi, far fronte al senso di provvisorietà e indefinita appartenenza, hanno aspettative diverse e maggiore vulnerabilità, devono costruire la propria identità tra e con due lingue. Questi ragazzi devono inventare strategie di meticciamiento, con il rischio – di fronte al fallimento – di ferite che incidono sull'autostima e possono innescare strategie autodistruttive, di dipendenza e tentativi di suicidio. Non hanno nessuno in grado di presentare loro "il mondo a piccole dosi". I loro genitori sono spesso invasi e sopraffatti dalla difficoltà, non in grado di filtrare e di presentare ai figli le difficoltà rispetto ai livelli di maturità del ragazzo. La lingua crea una serie di problemi tra genitori e figli: i figli hanno generalmente una maggiore competenza dei genitori e questo implica difficoltà di comunicazione e modifica dei ruoli familiari. Molto spesso chi accompagna non è il genitore, ma è il bambino che "accompagna", ad esempio, la madre dal medico, finendo per scalfirne l'autorità genitoriale.

Devono spesso schierarsi decidere se stanno da una parte, con la propria famiglia d'origine, con la propria cultura d'origine o dall'altra, con la cultura del paese ospite, lasciandosi affiliare dalla nuova cultura. Si assiste pertanto all'uso di sostanze (cocaina e alcool) come alimentatori di aggressività e falsa percezione dei limiti. Si passa dal tossicodipendente in piazza allo sballo circoscritto del fine settimana, dal minore problematico in riformatorio a molti ragazzi problematici a scuola. Le problematiche maggiormente affrontate in ambito di urgenze di adolescenti stranieri riguardano infatti l'ambito psichiatrico. Nella sofferenza psichica è molto difficile utilizzare un intermediario per comunicare. Inoltre molte culture interpretano la sofferenza psichiatrica sotto l'influenza di credenze "magico-religiose" ed è nota l'impossibilità di utilizzo di test proiettivi e cognitivi tarati in culture molto diverse.

I temi evidenziati definiscono un sistema in cui siamo tutti terapeuti, partecipiamo tutti ad un dispositivo di accoglienza, abbiamo tutti il compito di accogliere e curare, collaborando con mediatori culturali, non solo per tradurre la lingua ma per fare da ponte nelle diverse situazioni.

2.4.3 I servizi per le dipendenze patologiche

La scena del consumo di sostanze è cambiata e con essa è modificata la percezione del significato di "comportamento a rischio". I consumi di eroina sono complessivamente stabili, mentre aumenta il consumo di cocaina. La variabile più significativa è rappresentata dai policonsumatori che assumono cocaina ed altri psicostimolanti assieme a cannabis ed alcool. Diminuisce la percezione del rischio per la salute legato al consumo di alcolici e l'assunzione di sostanze stupefacenti rappresenta una forma abituale di divertimento condiviso con altri. Il sistema dei servizi ha il compito di facilitare l'accesso ai servizi ed il supporto a chi è in difficoltà, sostenendo i progetti di vita delle persone e delle rispettive famiglie, in collaborazione con l'Ente Locale per lo sviluppo di politiche integrate, in particolare rivolte ai giovani.

2.4.3.1 Supporto alle famiglie

Il lavoro dei Ser.T è orientato anche verso i famigliari, considerati bisognosi di supporto e di sostegno psicologico, ma anche portatori di competenze e risorse. La oggettiva sofferenza che la convivenza con persone affette da dipendenza genera nel contesto e l'efficacia che la strategia dell'intervento di rete ha nel coinvolgere e motivare al trattamento, sottolineano l'importanza di considerare i famigliari e i conviventi come destinatari di interventi del sistema di cura. L'offerta di interventi presso i Ser.T include gruppi di sostegno per famigliari condotti dallo psicologo e gruppi di *parent-training* secondo il modello cognitivo-comportamentale in cui si forniscono indicazioni rispetto ai comportamenti da adottare, rinforzando positivamente gli atteggiamenti più accettabili.

Nel campo della dipendenza da alcol è consolidata la collaborazione con le Associazioni che gestiscono i gruppi di auto mutuo aiuto, AA, AL/Anon, Acat. Da diversi anni operano su tutto il territorio provinciale, favorendo in collaborazione con i servizi, lo sviluppo dei programmi alcolici. Inoltre i gruppi di auto aiuto spesso intercettano precocemente situazioni famigliari problematiche e costituiscono il canale di accesso ai percorsi di cura.

I più recenti rapporti del CNR (IPSAD, ESPAD) sul territorio regionale, individuano nella provincia di Reggio Emilia la maggiore prevalenza del consumo di cocaina e cannabis nella popolazione 15/54 anni; per i consumi di alcol, tabacco ed eroina la nostra provincia si colloca nella media regionale. Per quanto riguarda il target della popolazione studentesca delle scuole medie superiori, la nostra provincia si caratterizza per la maggior prevalenza del consumo di eroina e per la minore quantità del consumo di tabacco (per le altre sostanze si conferma la collocazione nella media regionale).

In questo quadro i Ser.T dell'A.U.S.L. di Reggio Emilia hanno operato secondo le linee di indirizzo regionali (DGR 1533/06):

- attenzione non solo alla vera e propria tossicodipendenza, ma ai comportamenti legati al consumo di sostanze ed al loro impatto sulla percezione di insicurezza nelle comunità locali;
- impegno in un sistema a rete con Comuni ed organizzazioni del privato sociale, con particolare riguardo allo sviluppo di servizi di prossimità ed alla creazione di percorsi appropriati per le diverse tipologie di utenza.

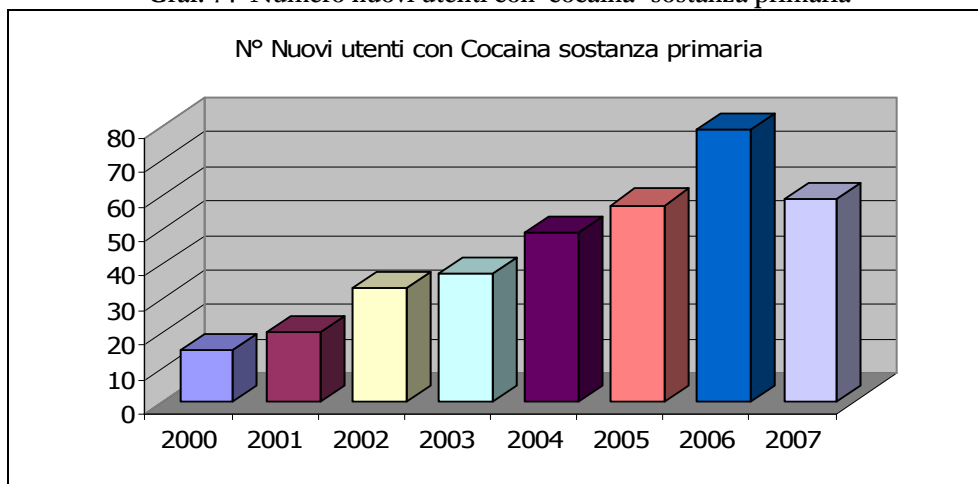
2.4.3.2 Prevenzione e prossimità

Il radicale cambiamento degli stili di vita e di consumo di sostanze d'abuso ha reso ancora più necessario il lavoro di informazione e di prevenzione, come pure lo sforzo di garantire percorsi d'accesso diversificati e facilitati, ad esempio per i consumatori di cocaina o per i più giovani, ma anche per quel che riguarda il consumo e l'abuso di bevande alcoliche. Per questo motivo sono stati effettuati interventi presso diverse scuole per informazione, prevenzione e facilitazione di accessi differenziati (compresi gli sportelli giovani e Luoghi di prevenzione)

Le stesse linee di indirizzo regionali, d'altra parte, sollecitano l'attenzione al contesto giovanile, con indicazione ai Ser.T di partecipare alla promozione di opportunità di contatto ed ascolto, da cui poter promuovere l'avvio

di prese in carico per le situazioni problematiche. Nelle sedi ambulatoriali dei Servizi per le Dipendenze Patologiche dell'AUSL sono stati realizzati interventi per circa 300 giovani in età inferiore a 25 anni. Per quel che riguarda in specifico il numero di nuovi utenti consumatori di Cocaina nel 2007 esso rappresenta un quarto del totale dei nuovi utenti. In valori assoluti esso è però stato inferiore a quello dell'anno precedente a fronte della diminuzione degli invii dalla locale Prefettura:

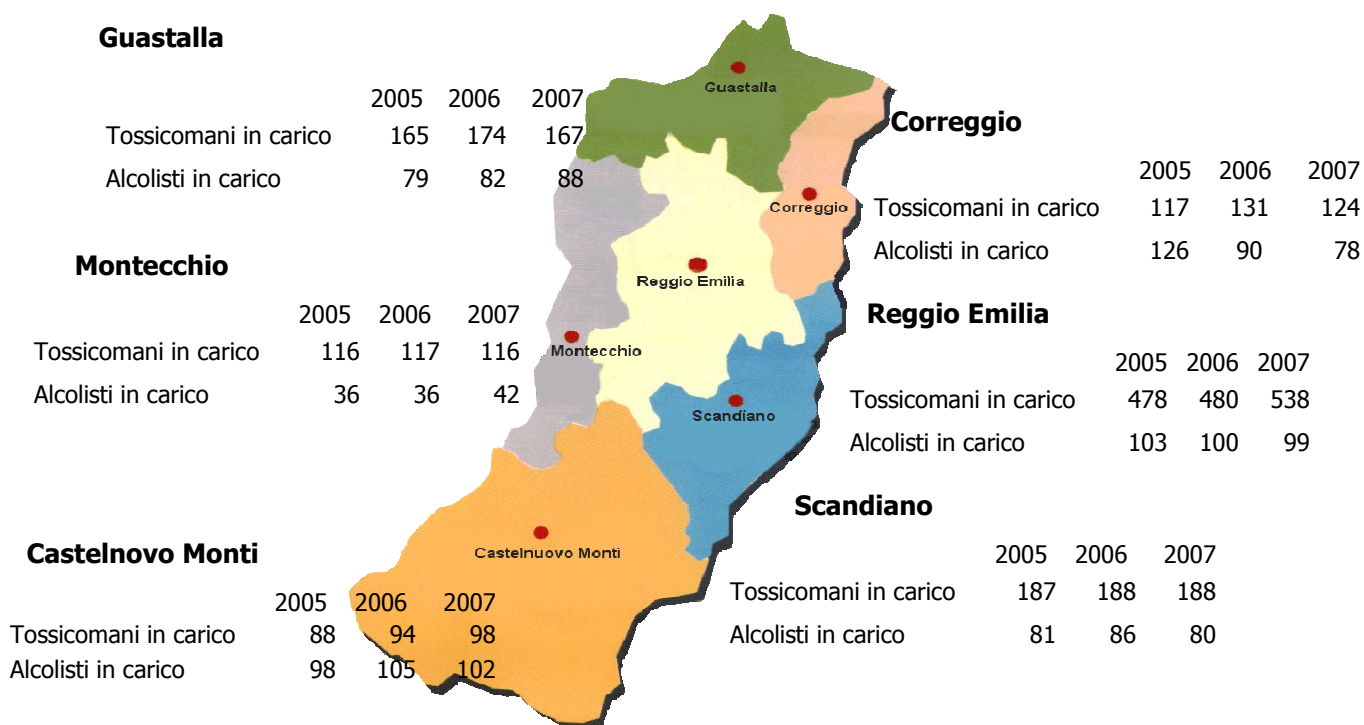
Graf. 74 Numero nuovi utenti con cocaina -sostanza primaria



2.4.3.3 Presa in cura

Per quanto riguarda la presa in cura delle situazioni di dipendenza i SerT hanno complessivamente mantenuto la propria capacità di attrazione della domanda e di ritenzione in trattamento:

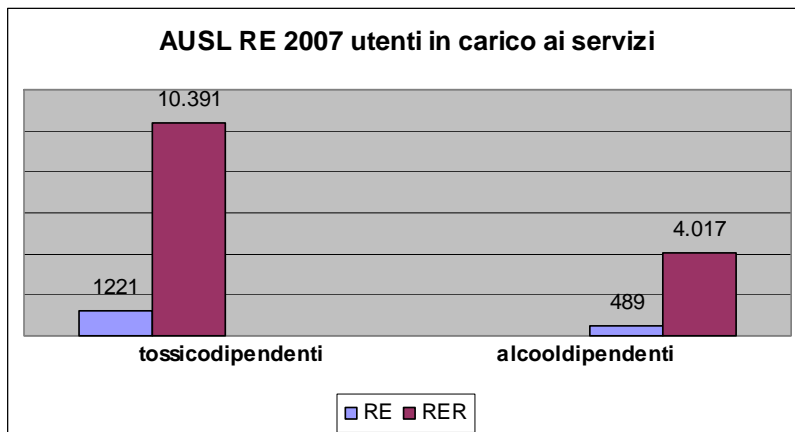
Graf. 75 Tossicomani ed alcolisti in carico ai SerT per distretto. Anni 2005, 2006, 2007



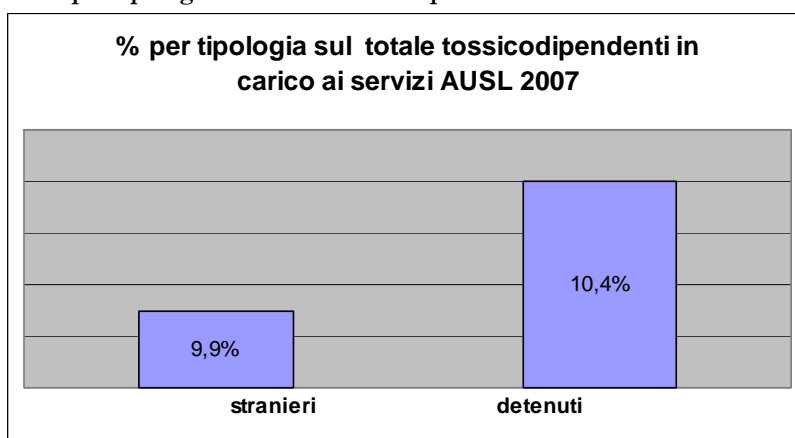
Questi dati sull'utenza in carico non descrivono completamente la quantità di persone che si sono rivolte ai SerT ed hanno ricevuto prestazioni: dall'anno 2008, in coerenza con le indicazioni ministeriali, l'utenza di questi servizi sarà misurata in base a nuovi criteri. I dati così prodotti consentiranno una lettura più realistica delle capacità di penetrazione nel fenomeno e di inclusione delle persone consumatrici di sostanze nei percorsi predisposti per gli specifici bisogni. Per quanto riguarda i consumatori di sostanze illegali ad esempio, il dato 2007 calcolato con i nuovi criteri misura in 2.005 gli utenti con prestazioni presso i SerT (vs. i 1.241 del dato tradizionale). Un impegno concretizzato dai SerT con importante impatto sulla realtà sociale territoriale ha riguardato gli interventi rivolti alla fascia marginale degli immigrati da paesi esteri (nord Africa ed est Europa principalmente) emergente nel contesto del consumo/abuso di sostanze: sono state più di 250 le persone cui sono state fornite prestazioni nelle diverse sedi (incluse la Casa Circondariale e la struttura per la riduzione del danno Villetta Svizzera).

I SerT si misurano pertanto con numerosi *stakeholder* e *partner* in azioni la cui verifica di efficacia diventa impegno prioritario.

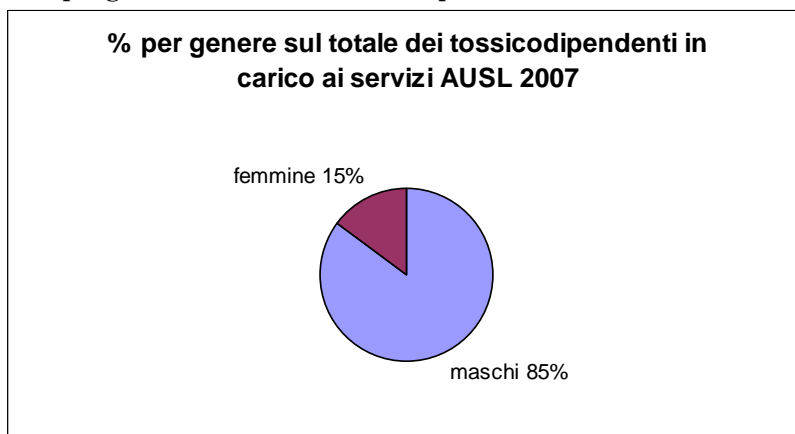
Graf. 76 A.U.S.L. Reggio Emilia utenti in carico ai servizi, anno 2007



Graf. 77 Percentuale per tipologia sul totale tossicodipendenti in carico ai servizi A.U.S.L. - anno 2007



Graf. 78 Percentuale per genere sul totale dei tossicodipendenti in carico ai servizi A.U.S.L. - anno 2007



Tab. 65 Attività/Servizi SerT/Soggetti in rete

Attività	Servizi SerT	Soggetti in rete
Facilitazione dell'accesso ai servizi	accoglienza, consulenza a familiari, struttura bassa soglia	Prefettura, Casa Circondariale, Medici di Medicina Generale
Trattamento	diagnosi, terapie farmacologiche, sostegno psicologico per utenti e familiari, inserimenti in strutture residenziali	Comunità terapeutiche, Servizi di Salute Mentale, CAT, AA
Reinserimento	borse lavoro	Cooperative Sociali, Servizio sociale AUSL, Servizio sociale comuni, Centri per l'Impiego
Tutela della salute e riduzione del danno	sostegno alle condizioni di vita, distribuzione materiale di protezione, screening	Cooperative Sociali, Caritas, Associazioni, Reparti ospedalieri, Consultori
Prevenzione	informazione	Centro Luoghi di prevenzione, Istituti scolastici; Aziende private

Il sistema locale di interventi sulle dipendenze patologiche in cui operano i SerT è reso particolarmente ricco (dal punto di vista dell'offerta terapeutica, della qualità delle collaborazioni e dell'impatto sociale) dalla presenza di Enti gestori di comunità terapeutiche. La capacità di programmare con i SerT gli interventi appropriati per l'utenza del territorio ha reso possibile destinare a questi Enti più dell'80% dell'importante *budget* annuale a disposizione per gli inserimenti in comunità (rispettando le previsioni degli accordi di fornitura). Tutte le strutture sono state utilizzate:

Tab. 66 Enti, inserimenti e giornate di presenza

Ente	N° Inserimenti da AUSL RE	N° giornate di presenza
CeIS Reggio Emilia	135	9.911
P. Giovanni XXIII Reggio Emilia	79	10.674
Nefesh Rubiera	23	5.150
La Quercia Canossa	9	2.740
La Collina Reggio Emilia	6	852
La Vigna Montecchio Emilia	6	699

3. Ambito sanitario - L'assistenza ospedaliera

La provincia di Reggio Emilia, da una recentissima indagine condotta dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero del Welfare, è fra quelle caratterizzate dal più basso rischio relativo di ospedalizzazione (standardizzato per classi d'età, sia nel sesso maschile che in quello femminile) con una dotazione complessiva di posti letto fra le più basse a livello nazionale (ca. 1 posto letto ogni mille abitanti in meno della media regionale): poiché le condizioni di salute della popolazione non sono significativamente diverse da quelle di altre province del Nord Italia, ciò rappresenta prevalentemente il risultato di una rete di servizi territoriali che hanno contribuito a preservare e ad accrescere, come già sottolineato, il ruolo dell'ospedale come luogo elettivo di cura della malattia nella sua fase acuta.

3.1 Attività di Ricovero

Tab. 67 Struttura dell'offerta: presidi pubblici e privati accreditati
Dato complessivo di posti letto – andamento dell'ultimo triennio a confronto con la Regione
Assistenza ospedaliera - struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati

	Aziende	Acuti	Riabilitazione + lungodegenza	Totale
2005	AOSP Reggio Emilia	812	82	894
	AUSL Reggio Emilia pubblico	599	148	747
	AUSL Reggio Emilia privato accreditato	54	55	109
	Totale Provincia RE	1465	285	1750
	Totale Regione Emilia-Romagna	16210	3753	19963
2006	AOSP Reggio Emilia	812	82	894
	AUSL Reggio Emilia pubblico	580	156	736
	AUSL Reggio Emilia privato accreditato	136	60	196
	Totale Provincia RE	1528	298	1826
	Totale Regione Emilia-Romagna	16075	3812	19887
2007	AOSP Reggio Emilia	822	82	904
	AUSL Reggio Emilia pubblico	574	161	735
	AUSL Reggio Emilia privato accreditato	79	64	143
	Totale Provincia RE	1475	307	1782
	Totale Regione Emilia-Romagna	16162	3821	19983

Nota: tutti i PL privati post-acuti sono accreditati

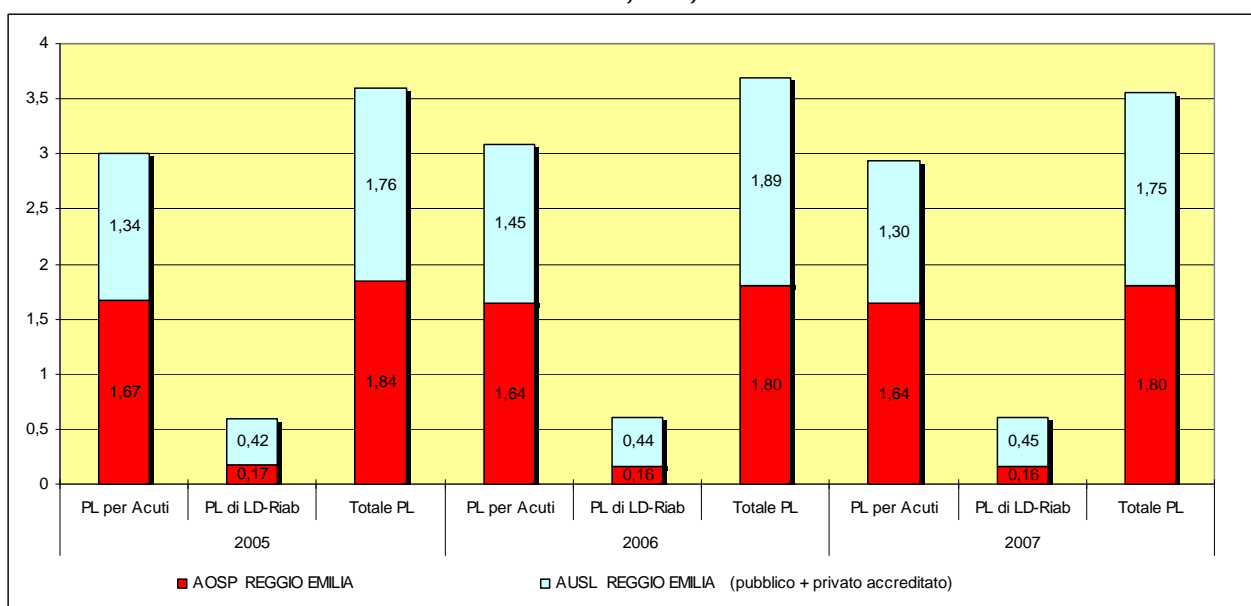
Tab. 68 Posti letto (pubblici e privati) per 1.000 residenti per acuti (ordinario e DH), lungodegenza e riabilitazione – trend 2005-2007

Assistenza ospedaliera - struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati x1000 abitanti

Tipologia di posti letto	AOSP Reggio Emilia	AUSL Reggio Emilia pubblico + privato accreditato	totale provincia Reggio Emilia	Regione Emilia-Romagna pubblico+privato accreditato
2005				
Pl per acuti	1,67	1,34	3,01	3,91
Pl di lungodegenza-riabilitazione	0,17	0,42	0,59	0,90
Totale posti letto	1,84	1,76	3,60	4,81
2006				
Pl per acuti	1,64	1,45	3,09	3,84
Pl di lungodegenza-riabilitazione	0,16	0,44	0,60	0,91
Totale posti letto	1,80	1,89	3,69	4,75
2007				
Pl per acuti	1,64	1,30	2,94	3,83
Pl di lungodegenza-riabilitazione	0,16	0,45	0,61	0,91
Totale posti letto	1,80	1,75	3,55	4,74

Nota: tutti i PL privati post-acuti sono accreditati

Graf. 79 Posti letto per acuti, lungodegenza e riabilitazione AOSP e AUSL Reggio Emilia (pubblico e privato accreditato), anni 2005, 2006, 2007



La rete ospedaliera provinciale è stata consolidata nel suo disegno programmatico e nella sua distribuzione territoriale, in linea le previsioni dei Piani Attuativi Locali, ed è stata oggetto di numerosi interventi di adeguamento strutturale. È stata realizzata un'importante riconversione e riqualificazione dei posti letto, il cui numero, sia in valore assoluto che in rapporto alla popolazione residente, si colloca abbondantemente entro gli standard fissati a livello regionale.

Tab. 69 Dimessi totali (esclusi i neonati sani)

Anni	Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia		Azienda Sanitaria Locale di Reggio Emilia		differenza Az. Osp.-Az.USL	
	deg. ordinaria	day hospital	deg. ordinaria	day hospital	deg. ordinaria	day hospital
	2005	29.813	15.566	22.748	11.637	7.065
%	66%	34%	66%	34%		
2006	30.396	15.092	22.495	11.847	7.901	3.245
%	67%	33%	66%	34%		
2007	30.910	15.021	22.243	10.668	8.667	4.353
%	67%	33%	68%	32%		

Nell'ultimo triennio, a fronte di un lieve incremento dei ricoveri presso il S. Maria Nuova, si è registrata una diminuzione dei ricoveri negli ospedali dell'A.U.S.L.. Il saldo complessivo risulta in riduzione, così come pure il tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari, anche in confronto con il dato medio regionale. Il considerevole aumento della popolazione, prevalentemente circoscritto ad una fascia di età giovane ed adulta, non ha determinato un incremento del fabbisogno di posti letto, nè di assistenza ospedaliera in regime di ricovero ordinario, mentre spiega il dato relativo al tasso di ospedalizzazione in *day hospital/day surgery*, che si mantiene più alto della media regionale, nonché del maggiore e crescente ricorso ai percorsi ambulatoriali (anche di pronto soccorso) e di *day service* in rapporto alle medie regionali (cfr. tabelle seguenti). Anche l'attivazione dell'osservazione breve intensiva nell'ambito dell'A.U.S.L. ha consentito di contenere il numero dei ricoveri ordinari e riconvertire alcune tipologie di ricovero in DH come per la cardiologia e la pediatria.

Tasso di ospedalizzazione

Il tasso di ospedalizzazione esprime quanti ricoveri si osservano ogni 1000 abitanti.

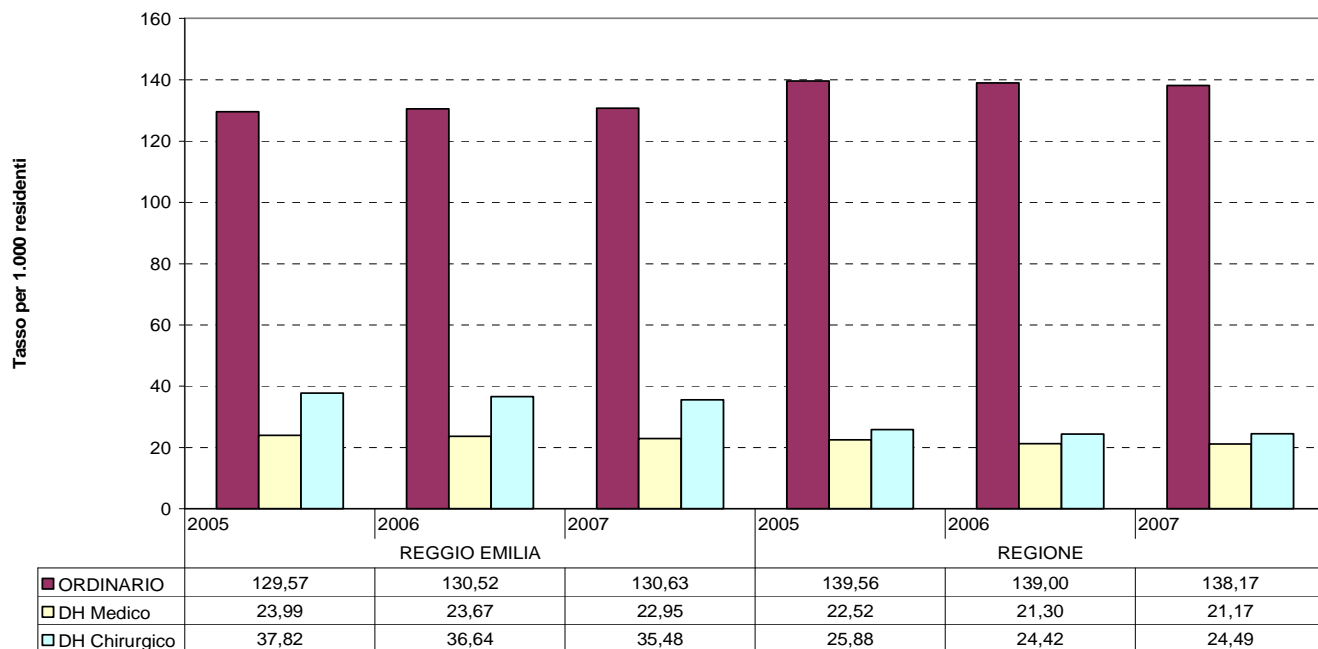
Il tasso considera tutti i ricoveri effettuati da cittadini residenti nelle strutture ospedaliere pubbliche e private presenti in Italia. In base alla sede ospedaliera, avremo ricoveri in ambito provinciale:

- presso ospedali dell'Azienda USL;
- presso l'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia;
- presso le strutture private della provincia.

A questi vanno aggiunti i ricoveri presso strutture pubbliche e private di altre province della Regione Emilia Romagna (cosiddetta mobilità infraregionale) e di altre regioni (cosiddetta mobilità interregionale).

Il tasso di ospedalizzazione è influenzato dalla composizione per età della popolazione: più la popolazione è anziana, maggiore sarà il tasso osservato, come puntualmente si verifica per i residenti del distretto montano.

Graf. 80 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età, confronto tra Reggio Emilia e Regione. Ospedali pubblici e privati in Regione e fuori Regione. Regimi di ricovero Ordinario, DH Medico, DH Chirurgico. Anni 2005-2007



Note:

la popolazione tipo usata per la standardizzazione è quella regionale residente al 01/01/2005;
non essendo ancora disponibile il dato di mobilità extraregionale 2007, è stato utilizzato quello relativo all'anno 2006;
sono esclusi dal calcolo i neonati sani.

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna e mobilità passiva extraregionale.

E' interessante notare che:

- negli ultimi anni il tasso di ospedalizzazione ordinario si è mantenuto significativamente inferiore alla media regionale;
- nello stesso periodo i tassi di ospedalizzazione del DH medico e chirurgico si sono mantenuti superiori alla media regionale, consolidandosi però a livelli significativamente inferiori rispetto agli anni precedenti, grazie all'attivazione dei percorsi di *day service* e osservazione breve.
- per quanto riguarda il DH chirurgico si osserva come il dato provinciale si mantenga superiore alla media regionale. Contrariamente a quanto avviene per il DH medico, questo dato va letto come una maggiore appropriatezza organizzativa per il trasferimento alla *day surgery* di interventi chirurgici eseguiti in passato in regime di ricovero ordinario. Inoltre nel 2007 si è completato in tutti gli ospedali del presidio dell'A.U.S.L. il trasferimento al regime ambulatoriale degli interventi chirurgici di tunnel carpale e cataratta. Questo giustifica il calo nel tasso di ospedalizzazione in DH chirurgico che si è registrato nel 2007 rispetto al 2006.

Tab. 70 Tassi di ospedalizzazione grezzi distrettuali per 1.000 abitanti nell'ultimo biennio

		Ospedale AUSL del distretto	Altri ospedali AUSL	Azienda Ospedaliera ASMN	Case di cura della provincia	Ospedali pubblici e privati di altre province	Ospedali pubblici e privati di altre regioni *	Totale
Montecchio	2006	70,6	6,2	53,5	10,1	26,5	8,7	175,6
	2007	68,5	6,0	55,2	11,7	26,5	9,1	177,0
Reggio Emilia	2006	0,0	18,5	128,8	16,2	17,8	10,0	191,3
	2007	0,0	16,4	125,0	17,4	17,3	10,7	186,8
Guastalla	2006	95,2	11,2	26,3	3,3	24,1	19,8	180,0
	2007	92,7	10,2	27,9	4,1	24,0	22,1	181,1
Correggio	2006	48,9	26,2	40,4	4,5	44,2	11,7	175,9
	2007	45,0	24,1	43,5	4,6	41,6	14,5	173,3
Scandiano	2006	71,2	6,2	44,3	8,0	35,7	7,1	172,5
	2007	65,7	5,1	43,7	8,6	37,0	6,6	166,5
Castelnovo Monti	2006	118,5	7,8	43,0	8,5	15,2	10,9	204,0
	2007	117,8	5,9	45,5	9,5	16,1	11,2	206,0

*I ricoveri in ospedali pubblici e privati di altre regioni sono quelli dell'anno 2006.

Questa tabella consente di evidenziare per ciascun distretto le sedi ospedaliere di riferimento per i residenti (ospedale del distretto, altri ospedali del presidio dell'A.U.S.L. di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Case di cura private della provincia, strutture extraprovinciali ed extraregionali).

Analizzando il tasso grezzo 2007 nei diversi distretti rispetto all'anno precedente, si nota un andamento alterno con una diminuzione nei distretti di Reggio Emilia, Correggio e Scandiano ed un aumento nei restanti.

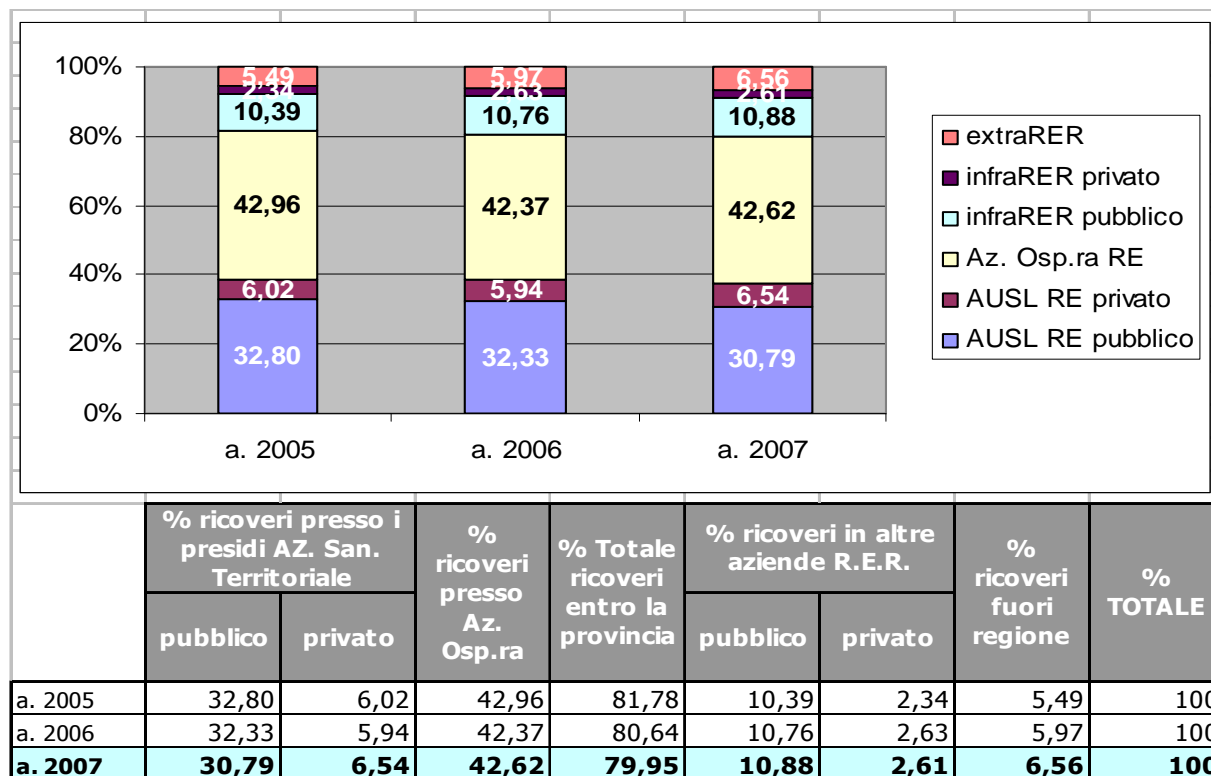
3.2 Indici di dipendenza della popolazione residente dalla struttura per prestazioni di ricovero ordinario/diurno

L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere esprime, percentualmente, a quali strutture/Aziende una data popolazione si rivolge per l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero ordinario o diurno (*day hospital*). Da un altro punto di vista, tale indice esprime in che percentuale le diverse strutture/Aziende contribuiscono alla formazione del tasso di ospedalizzazione delle A.U.S.L. (sono esclusi dal calcolo i neonati sani).

Analizzando tale fenomeno per il 2007 nel contesto territoriale della provincia di Reggio Emilia, si osserva che il 79,95% dei residenti con necessità di ricovero, sono stati accolti nelle strutture ospedaliere provinciali, in particolare il 42,62% presso l'azienda ospedaliera provinciale (42,37% nel 2006), il 30,79% presso gli ospedali territoriali (32,33 nel 2006) ed il 6,54% presso le strutture private (5,94% nel 2006). Il restante 20% dei cittadini residenti si è rivolto a strutture extraprovinciali.

Il trend di dipendenza della popolazione residente dall'azienda ospedaliera di riferimento territoriale è stato in progressivo aumento fino al 2003-2004, arrestandosi nel 2005 e riducendosi nel 2006 per effetto degli accordi provinciali di riconversione dell'attività di ricovero in regime ambulatoriale. Nel 2007 si evidenzia una lieve ripresa, riconducibile principalmente all'attività di ricovero ordinario ed è comunque assolutamente positivo se confrontato con i valori delle province sedi di aziende ospedaliere universitarie.

Graf. 81 % ricoveri presso i presidi Az. San. Territoriale, Azienda Ospedaliera, in altre aziende RER, fuori regione

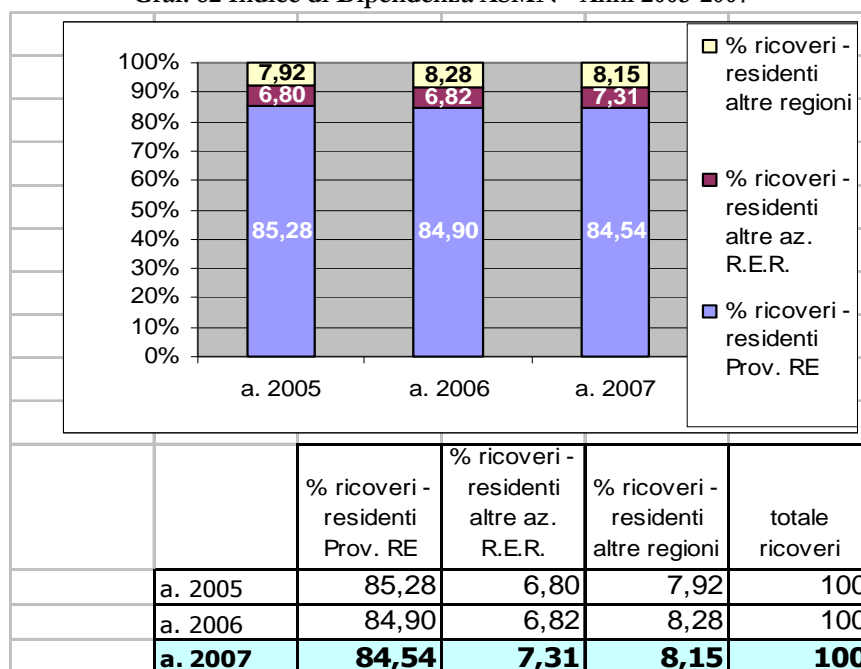


3.3 Indici di dipendenza della struttura dalla popolazione per prestazioni di ricovero ordinario/diurno.

L'indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione delle A.U.S.L. (IDSP) esprime percentualmente, per ciascuna struttura/Azienda produttrice, la provenienza dei propri dimessi, ed è un indicatore della capacità di attrazione di una struttura ospedaliera (sono esclusi dal calcolo i neonati sani).

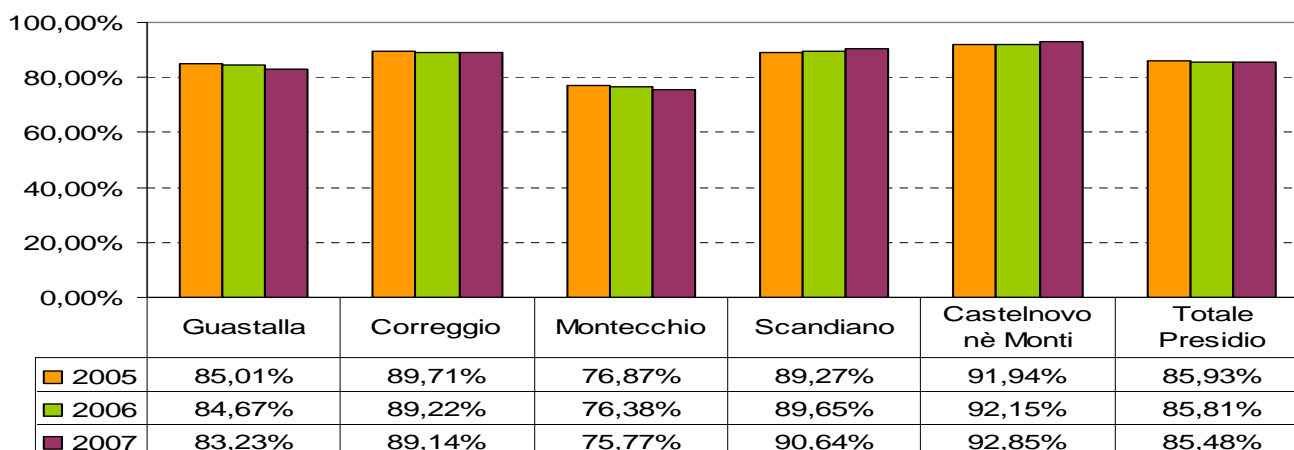
Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliera ASMN il bacino d'utenza è principalmente provinciale (84,5% dei ricoveri nell'anno 2007, in leggero calo rispetto al 2006), ma è progressivamente in aumento, negli ultimi anni, la percentuale dei pazienti infraregione sul totale dei pazienti seguiti. Sostanzialmente stabile l'attività erogata a favore di residenti extraregione.

Graf. 82 Indice di Dipendenza ASMN - Anni 2005-2007



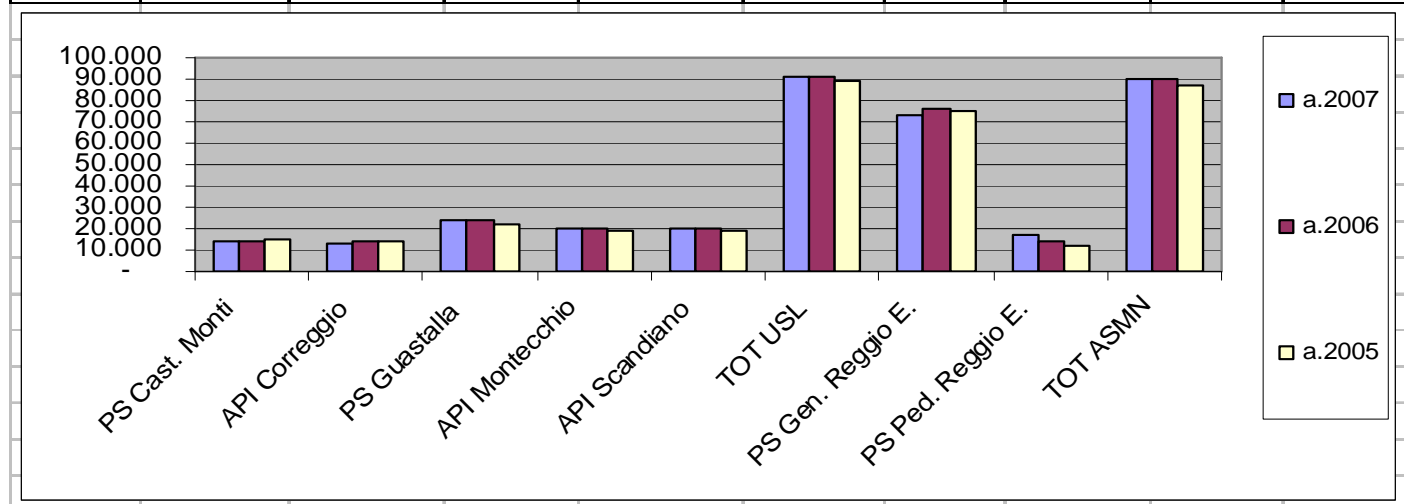
Sul versante dei Presidi Ospedalieri Territoriali, la percentuale aziendale di ricoveri relativa alla popolazione residente della provincia è 85,5% nel 2007, con un valore minimo per l'ospedale di Montecchio (75,8%) e un valore massimo per l'ospedale di Castelnovo Monti (92,8%). Pertanto è possibile affermare che l'ospedale di Montecchio è quello con la quota maggiore di utenza proveniente da altre province (mobilità attiva).

Graf. 83 Indice di Dipendenza AUSL di Reggio Emilia - Anni 2005-2007



Tab. 71 Andamento degli accessi ai Pronto Soccorso della provincia di Reggio Emilia

anno	PS Cast. Monti	API Correggio	PS Guastalla	API Montecchio	API Scandiano	TOT USL	PS Gen. Reggio E.	PS Ped. Reggio E.	TOT ASMN
a.2007	14.054	13.112	23.629	20.460	19.693	90.948	73.075	16.931	90.006
a.2006	14.216	13.652	23.581	20.382	19.556	91.387	76.167	14.022	90.189
a.2005	14.582	13.793	22.471	19.035	19.309	89.190	74.989	11.812	86.801



Negli ultimi anni si e' assistito ad un utilizzo crescente delle strutture dedicate all'emergenza-urgenza ed in particolare del Pronto Soccorso che ha portato ad un incremento in valore assoluto degli accessi di circa il 50%, nel nostro Paese e nella maggior parte dei Paesi industrializzati, così come nella nostra realtà locale.

Tab. 72 Accessi PS Arcispedale S.Maria Nuova:

1995 n. accessi 49.767
2007 n. accessi 74.989 + 51%

Dopo un periodo di sostanziale stabilità del numero degli accessi per 1000 abitanti, si sta ora assistendo ad un consistente incremento.

Tab. 73 Popolazione, accessi PS e tasso utilizzo PS - serie storica 2002-2008 (1° trim.)

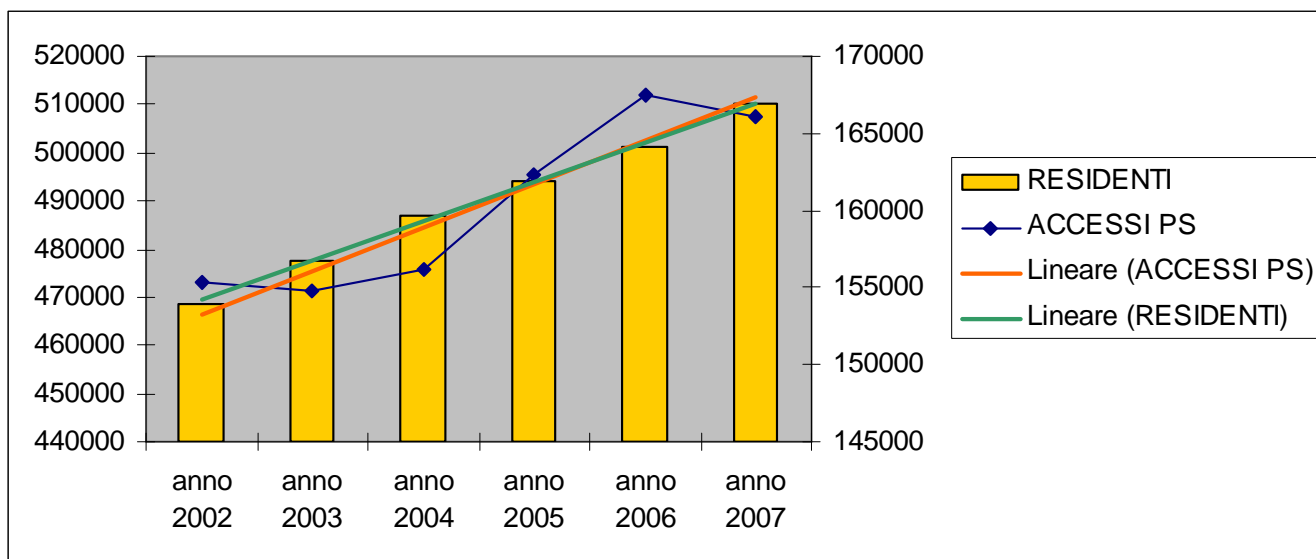
	Popolazione	Accessi PS	TASSO UTILIZZO PS/ 1000 abitanti
anno 2002	468552	155285	331,4
anno 2003	477534	154709	324,0
anno 2004	486961	156143	320,6
anno 2005	494212	162265	328,3
anno 2006	501364	167554	334,2
anno 2007	510124	166137	325,7
1° Trim. 08	512497	45787	Proiezione2008 357,4

Le cause che possono essere indicate per spiegare il fenomeno sono:

- il maggior bisogno del cittadino di ottenere, in tempi brevi, dal servizio pubblico, una risposta ad esigenze urgenti, o comunque percepite come tali;
- l'informazione sanitaria diffusa e convinzione dei cittadini di potere autonomamente gestire le proprie esigenze di salute;
- il ruolo di rete di sicurezza rivestito dal Pronto Soccorso per categorie socialmente deboli;
- l'incremento dei traumatismi in generale;

- la possibilità di ricevere prestazioni qualificate, a basso costo ed in tempo reale ventiquattrore su ventiquattro;
- la consapevolezza da parte degli utenti di trovare in Pronto Soccorso risposte tecnologiche e professionali di alto livello;
- l'incremento della popolazione (vd.tabella seguente)

Graf. 84 Residenti e accessi al PS anni 2002-2007



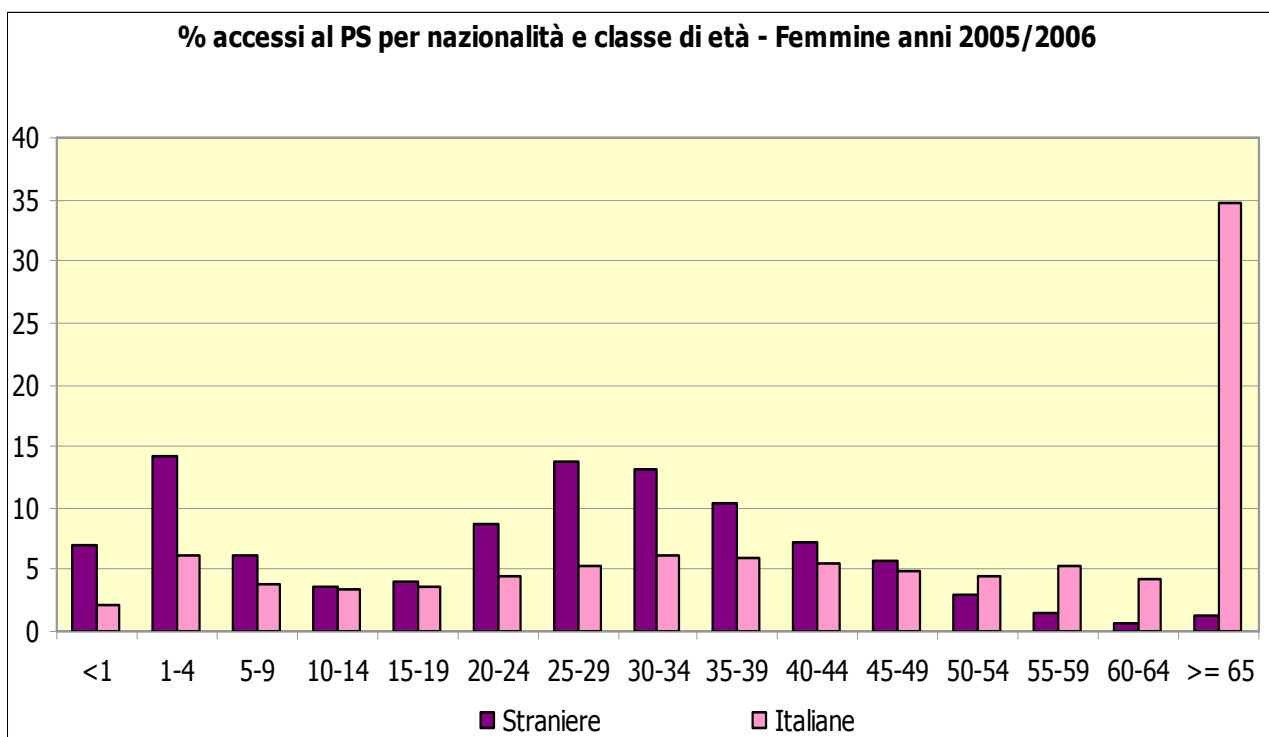
Gli accessi di Pronto Soccorso negli anni 2005/2007 evidenziano un incremento percentuale di stranieri, coerente con il loro progressivo aumento demografico a livello provinciale.

Tab. 74 Accessi al PS per anno di accesso, genere e cittadinanza - Anni 2005/2007

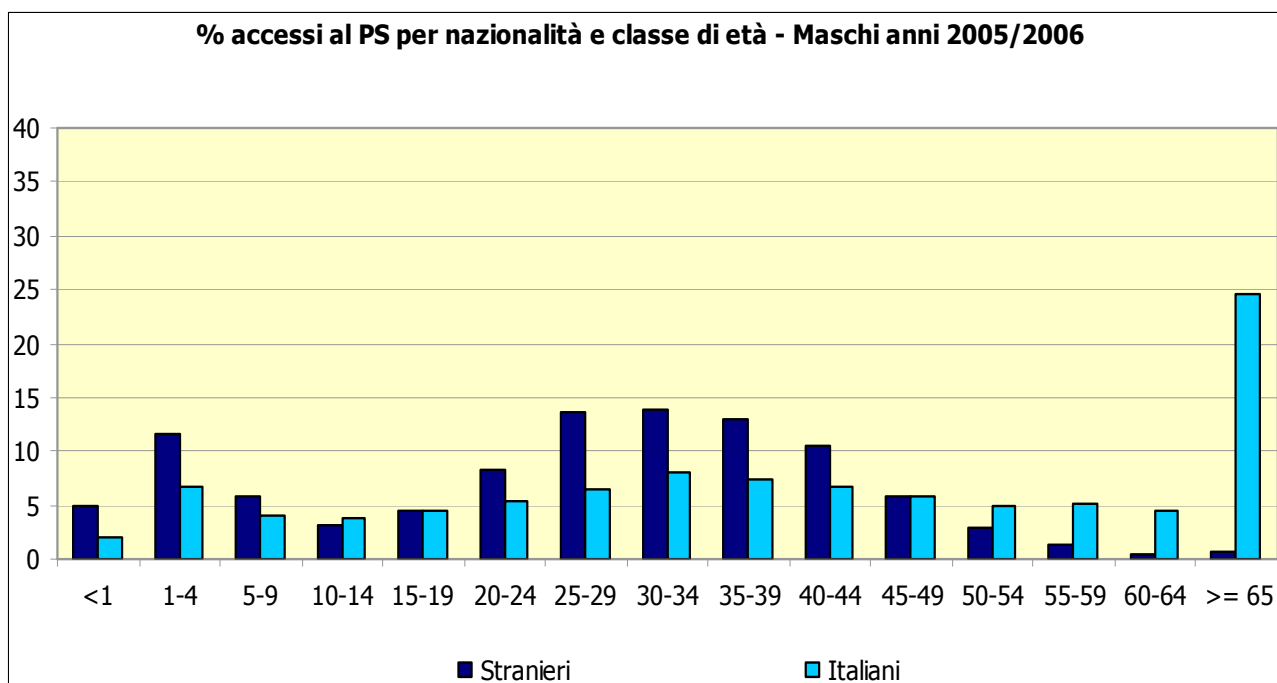
	2005	2006	2007
Maschi	%	%	%
Italiani	86,8	85,8	84,3
Stranieri	13,2	14,2	15,7
Totale	100	100	100
Femmine	%	%	%
Italiane	90,1	88,8	87,7
Straniere	9,9	11,2	12,3
Totale	100	100	100

Il Pronto Soccorso, per la popolazione straniera, nella fascia di età 0-49, costituisce il principale riferimento per le prestazioni di 1° livello, come confermano le tabelle seguenti, in cui viene evidenziata anche la composizione degli accessi in base al Paese d'origine ed al genere. Da notare che, nel triennio 2005/2007, sono in aumento gli accessi di PS di cittadini stranieri con codice bianco.

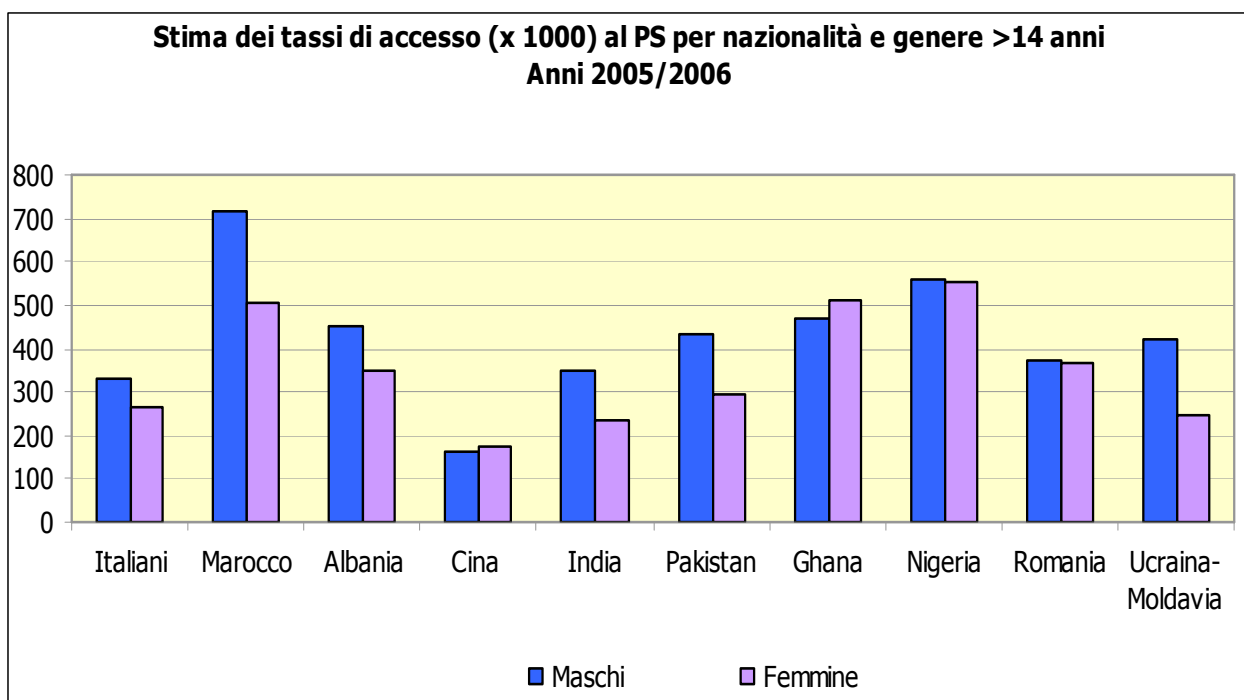
Graf. 85 % accessi al PS per nazionalità e classe di età - Femmine anni 2005/2006



Graf. 86 % accessi al PS per nazionalità e classe di età - Maschi anni 2005/2006



Graf. 87 Stima dei tassi d'accesso (*1.000) al PS per nazionalità e genere >14 anni. anni 2005/2006



4. Ambito educativo e socio-educativo²⁹

Tra il 1997 e il 2007 la provincia di Reggio Emilia ha avuto un incremento percentuale di popolazione doppio (+ 15,4%) rispetto alla crescita media che si è avuta in Emilia-Romagna (+7,2%)³⁰. Quanto alle caratteristiche della popolazione, Reggio Emilia si configura come una provincia "giovane": la variazione percentuale nell'ultimo decennio dei residenti nella fascia d'età 0-14 anni è del 2,8%, la più alta in regione, ma nella fascia 0-2 anni l'aumento è addirittura del 49,8%. Quest'ultimo dato risente dell'aumento del numero di nati che ha caratterizzato l'ultimo decennio, portando la provincia di Reggio Emilia, già a partire dal 2004, ad invertire la tendenza registrata negli anni '90 di calo delle nascite, giungendo ad avere un saldo naturale³¹ di +470 nel corso del 2006 (il saldo regionale risulta invece ancora negativo).

In tale contesto, la domanda sempre crescente delle famiglie in termini di servizi per l'infanzia fatica a trovare una risposta adeguata, benchè nella nostra provincia il sistema educativo integrato dei servizi (costituito da nidi d'infanzia, servizi integrativi come "spazi bambini" e "centri per bambini e genitori", servizi sperimentali come l'educatrice domiciliare e sezioni primavera aggregate a scuole dell'infanzia, il sistema delle scuole dell'infanzia statali, private paritarie e comunali), abbia visto aumentare nel tempo i posti disponibili, dando una risposta a circa il 30% dei bambini da 0 a 2 anni, a fronte di una media regionale del 25%, avvicinandosi all'obiettivo europeo del 33% di copertura e dando risposta ad oltre il 90% dei bambini da 3 a 5 anni.

Inoltre, la provincia di Reggio Emilia è anche quella, in Emilia-Romagna, con la più elevata incidenza di popolazione straniera sul totale della popolazione residente, con oltre 9 stranieri su 100 residenti; nella fascia d'età 0-14 anni, poi, più di un abitante su 5 è di cittadinanza non italiana. Per incidenza di alunni con cittadinanza non italiana sul totale della popolazione studentesca, Reggio Emilia, si colloca abbondantemente al di sopra della media (nell'anno scolastico 2007-08 la media regionale è del 11,7% mentre a Reggio Emilia gli alunni stranieri sono il 14,6% del totale) e il *trend* è in costante aumento da più di un decennio. Benchè il forte aumento delle iscrizioni degli immigrati si registri in ogni ordine e grado di scuola, con un ampio numero di nazionalità rappresentate ed una presenza diffusa sul territorio, sono le scuole del primo ciclo che affrontano per prime l'impatto con i bambini stranieri, in particolare nei distretti di Reggio, Correggio e Guastalla, dove può accadere che un alunno su tre sia straniero.

E' significativo anche l'aumento degli adolescenti figli di immigrati iscritti negli istituti secondari (in particolare istituti professionali) o di altri che si iscrivono in corso d'anno concorrendo a determinare, all'interno di tali scuole, situazioni emergenti di difficile gestione da parte dei docenti. La difficoltà di arrivare a definire un modello riproducibile determina la percezione diffusa dell'emergenza continua, da gestire sul posto, con le singole forze a disposizione, reinventando ogni volta, faticosamente, strumenti che, se messi a sistema, potrebbero essere riproposti in molteplici contesti. L'integrazione scolastica di bambini e ragazzi stranieri, presenta infatti numerosi elementi di criticità sui quali diversi soggetti sono impegnati a dare risposte spesso analoghe ma non organiche: alfabetizzazione linguistica, alfabetizzazione sociale, valorizzazione delle diversità culturali, dispersione ed insuccesso scolastico, etc.. La scuola, pur essendo un importantissimo luogo di integrazione sociale, a volte può diventare, luogo di disagio, di conflittualità, di difficoltà di inserimento e di relazione, di prevaricazione che necessitano di importanti interventi di formazione degli operatori, di sostegno e qualificazione didattica, di prevenzione e di promozione del "benessere".

Anche la presenza crescente di alunni disabili rappresenta un dato significativo della scuola reggiana. Le percentuali di alunni disabili sul totale dei frequentanti ogni ordine e grado della scuola statale sono tra le più elevate della regione. Nell'anno scolastico 2007-08 sono il 2,5% nella scuola primaria, il 3,3% nella scuola secondaria di 1° grado e il 2,5% nella scuola secondaria di 2° grado. E' in particolare significativo il dato

²⁹ Contributo del Servizio Programmazione scolastica ed educativa della Provincia di Reggio Emilia.

³⁰ Fonte: Quadro demografico dell'Emilia-Romagna al 1/1/2007

³¹ Saldo naturale: differenza tra nati vivi e morti.

relativo alla scuola secondaria di 2° grado, che dà il segnale della qualità delle politiche locali per l'integrazione, costruite su una pluralità di risorse e interventi, e delle quali è testimonianza l'"Accordo Provinciale di Programma per l'integrazione scolastica degli alunni in situazione di handicap" (ex L. 104 del 5/2/1992) stipulato in data 31/5/2006.

Gli alunni frequentanti il tempo pieno nelle scuole primarie sono il 22,8% sul totale delle classi e quelli frequentanti il tempo prolungato nelle secondarie di 1° grado il 19,9%. Mentre le percentuali di diffusione del tempo prolungato sono abbastanza in linea con la media regionale (23,2%), quelle relative al tempo pieno rimangono abbondantemente sotto la media (43,8%). Se in passato questo si spiegava più con motivazioni legate alle tradizioni civili, pedagogiche e culturali del territorio (che ha investito piuttosto sui servizi educativi per l'infanzia) che non alle condizioni socio-lavorative della popolazione, negli ultimi anni la richiesta di estensione del tempo pieno da parte di istituzioni scolastiche e famiglie è sempre più ampia e, nonostante la risposta solo parziale in termini di risorse ministeriali, questo si sta espandendo con un tasso di crescita sempre maggiore: nel 2006-07 è stato del 5,8%, nel 2007-08 dell'8,7%. Da valutare, sarà l'impatto sul tempo scuola (di tutte le scuole) e sull'organizzazione di servizi a supporto dell'inserimento scolastico che potranno/dovranno essere messi in campo dagli Enti locali, a seguito delle nuove disposizioni normative nazionali in fase di approvazione. Nell'ambito della scuola dell'obbligo emerge la criticità rappresentata dalle scuole sotto dimensionate (plessi sotto i 50 alunni e istituti sotto i 300), che funzionano prevalentemente nel distretto montano. Tale criticità nasce come conseguenza delle nuove disposizioni nazionali in merito alla riorganizzazione della rete scolastica che si scontrano con la necessità/opportunità di garantire un presidio educativo in un territorio altrimenti votato allo spopolamento.

Rispetto alla scuola secondaria di 2° grado si evidenziano alcuni aspetti cui prestare particolare attenzione:

- la necessità, nel medio periodo, di fare fronte alle previsioni di crescita della popolazione scolastica, facendo diventare strategica l'attività di progettazione ed esecuzione di interventi di nuova costruzione di fabbricati scolastici (a Reggio Emilia, Guastalla, Correggio, Scandiano, Montecchio E.) e di nuovi impianti sportivi;
- la pluralità, spesso disarmonica, degli indirizzi di studio, laddove si registrano duplicazioni di indirizzi simili, presenti sia in scuole tecniche che in istituti professionali, che disorientano le scelte dei ragazzi e delle famiglie e la conseguente necessità di prevedere accorpamenti, aggregazioni di scuole, razionalizzazioni, soppressioni;
- fondamentale risulterà perciò l'attività di orientamento scolastico, di consulenza orientativa, di informazione che potrà essere svolta dai servizi provinciali preposti (Polaris) e dalle scuole.

In coerenza con la necessità di rispondere positivamente alla crescente domanda sociale d'istruzione e costruire un sistema di rapporti stabili tra istruzione e contesto socio-economico, la Provincia di Reggio Emilia ha fatto propria sin dal 2000 la logica del decentramento e del rafforzamento dell'offerta formativa nei poli scolastici distrettuali. Ciò ha determinato una diminuzione del 13% nel triennio che va dal 2003/04 al 2005/06 del saldo negativo, peraltro strutturale, della mobilità scolastica interprovinciale.

Un ultimo elemento da considerare è il fatto che, nonostante la Provincia di Reggio Emilia metta in campo molteplici azioni per favorire il successo formativo e l'integrazione scolastica, gli esiti di seguito riportati lasciano ampi margini di analisi ed elaborazione. Infatti, mentre gli strumenti di controllo della dispersione scolastica e formativa messi in atto in provincia riescono, ad oggi, a mantenere il fenomeno entro parametri contenuti (il tasso di scolarizzazione dei giovani tra i 14 e i 17 anni – età dell'obbligo formativo – è del 99,2%, con una media regionale del 98%), sono invece preoccupanti i dati sulle ripetenze e le bocciature, soprattutto nel biennio della scuola secondaria di II° grado ed in particolare negli istituti professionali. Tra le province dell'Emilia-Romagna, Reggio Emilia presenta un tasso di regolarità inferiore alla media regionale alla fine del ciclo di scuola secondaria di I° grado, mentre si colloca leggermente sopra la media per la scuola secondaria di II° grado. Per quest'ultima, un altro significativo indicatore dello stato di salute è il debito formativo,

fenomeno tutt'altro che marginale: infatti, nell'anno scolastico 2005-06 coinvolgeva in provincia di Reggio Emilia il 42,1% del totale dei promossi, secondo valore più alto della regione. In linea con il contesto regionale è la distribuzione del fenomeno tra le varie tipologie di istituto, come anche la differenza tra maschi e femmine.

Non si può non rimarcare come questi indicatori siano influenzati, nella realtà specifica della provincia di Reggio Emilia, dall'elevata incidenza di studenti stranieri sul totale della popolazione scolastica. Dall'esame dei risultati dell'anno scolastico 2006-07, si evidenzia infatti come il percorso scolastico degli alunni stranieri presenti ancora forti problematiche: riguardo alle bocciature, nel triennio della scuola secondaria di I° grado la percentuale di alunni stranieri respinti è stata del 5,6% a fronte di una media provinciale del 2,2%, nel quinquennio della scuola secondaria di II° grado tale percentuale è stata del 20,5% a fronte di una media provinciale del 12%. Ad ulteriore conferma della lettura proposta, nella scuola secondaria di II° grado la percentuale più elevata di bocciature si registra negli istituti professionali, frequentati dal 55,6% degli studenti stranieri. In questi istituti risulta particolarmente alto anche il numero dei ritiri in corso d'anno (10,3%), che spesso sfociano in ingressi precoci nel mondo del lavoro o della formazione professionale.

5. Ambito formativo e lavoristico³²

Per quanto concerne la situazione del mercato del lavoro nella Provincia di Reggio Emilia, il 2007 si è chiuso con dati occupazionali confortanti: il tasso di occupazione pari al 70,6% (di cui oltre l'80% quello maschile e quasi al 61 % quello femminile, ben oltre gli obiettivi di Lisbona per il 2010) ed il tasso di disoccupazione pari all'1,9% (di cui 1,8% quello maschile e 1,9% quello femminile) fortemente al di sotto di quelli fisiologici o frizionali. L'anno 2008 si presenta con forti problematiche. Innanzitutto si assiste ad un progressivo rallentamento dell'occupazione che da + 0,9 e +1,9% dei primi 2 trimestri, cresce solo del 0,2% nel terzo trimestre; la perdita di posti di lavoro si concentra soprattutto nell'industria in senso stretto che rappresenta una parte preponderante dell'economia provinciale (essa occupa il 43% dei lavoratori, rispetto ad una media regionale del 34% a fine 2007). La perdita di posti nell'industria è compensata dall'incremento nel settore terziario anche se si sta assistendo ad un consistente rallentamento nel comparto commerciale dovuto anche ad un progressivo calo dei consumi.

Aumentano significativamente le ore di cassa integrazione, sia ordinaria che straordinaria, a fronte di un calo costante della produzione industriale negli ultimi 3 trimestri (rispettivamente -0,2; - 2,2 e -1,4). Il fenomeno di rallentamento dell'economia reggiana, ed in particolare dell'industria manifatturiera non è recente; da diversi mesi in alcuni distretti industriali la situazione presenta fenomeni di forte preoccupazione, come nella zona delle ceramiche, dove il settore sta vivendo una profonda ristrutturazione paragonabile solo a quella vissuta pochi anni fa dal comparto tessile-abbigliamento. In quest'ultimo comparto gli esiti del significativo riposizionamento produttivo si sono concretizzati nella presenza sul nostro territorio delle produzioni di punta, di "eccellenza", di altissima qualità mentre sono state delocalizzate nei paesi dell'Est (europeo ed estremo) le attività di livello più "ordinario". E' degno di assoluta attenzione il fenomeno "particolare" dei laboratori cinesi, la cui produzione locale si colloca nella zona di confine del lavoro "grigio" se non "nero".

Anche la zona montana vive fenomeni sempre più crescenti di deindustrializzazione marcata non sempre compensata dall'incremento delle attività terziarie che potrebbero maggiormente evidenziarsi nel settore turistico-alberghiero. Paradigmatica è la recente vicenda della chiusura dello stabilimento ceramico "Dual" di Carpineti. Essa rappresenta uno degli esiti più significativi delle scelte operate nei decenni scorsi che favorivano la presenza di insediamenti produttivi di aziende di medie/grandi dimensioni in area montana, sostenuta anche da incentivi economici specifici, ma che non ha mai rappresentato la vera vocazione produttiva di quel territorio, pur divenendo, per alcune specifiche realtà locali, considerando anche l'indotto, la principale fonte di occupazione. Così, anche se sicuramente con caratteristiche completamente diverse, va interpretata la crisi della Tecnogas di Gualtieri: in questo caso è entrata in forte difficoltà un'impresa multinazionale che non è riuscita ad innovare la propria produzione ed il proprio assetto proprietario, confrontandosi con forme di concorrenza non più sostenibili determinate dalla globalizzazione dei mercati. In quel territorio, forse più di altri, occorrerebbe interrogarsi sulla coerenza e soprattutto sulla tempestività degli investimenti infrastrutturali rispetto alla domanda delle imprese ed alle trasformazioni ben più rapide dell'economia reale. Situazioni locali di questa natura potrebbero essere gli indicatori di una crisi più profonda dell'economia e dello sviluppo reggiano.

Questi eventi non possono che interrogarci sul tipo di sviluppo che si è realizzato nella nostra provincia, caratterizzato da produzioni più quantitative che qualitative, da consolidati investimenti su produzioni più tradizionali come la meccanica, la ceramica, l'edilizia, introducendo pochi elementi di innovatività e di attrazione per investimenti di maggiore qualificazione scientifica e tecnica. Le caratteristiche intrinseche del nostro sistema produttivo hanno sicuramente contribuito al consolidamento di un fenomeno difficilmente governabile di forte incremento demografico, con flussi sempre più accelerati di immigrazione da paesi stranieri, in particolare dal sud e dall'est del mondo. La presenza significativa di forza-lavoro proveniente dall'estero ha indubbiamente favorito l'occupazione di manodopera a basso costo e per svolgere professioni non più "appetibili" per i giovani reggiani. In relazione a ciò è interessante notare che negli ultimi decenni i

³² Contributo dell'Area Welfare Locale della Provincia di Reggio Emilia.

giovani reggiani hanno sempre più investito su una formazione superiore ed universitaria "lontana" dalle professioni qualificate inerenti la vocazione produttiva e manifatturiera della nostra provincia con la conseguenza che, spesso, la forte richiesta di profili tecnici specializzati non trova adeguata risposta.

E' indubbio che i fenomeni di recessione e di deindustrializzazione che investiranno inevitabilmente anche le fasce più deboli degli occupati reggiani (con meno strumenti personali economici e culturali) potranno far scaturire problemi di coesione e di tensione sociale inediti per la nostra comunità locale. Per questo motivo è giusto leggere con la dovuta preoccupazione i segnali di allarme che provengono dalle crisi aziendali, cercando di trovare le possibili soluzioni per un progressivo cambiamento di rotta verso uno sviluppo che abbandoni "il metro" prevalente della quantità, per rivolgersi piuttosto alla qualità, compreso una maggiore sostegno alle risorse umane in termini di competenze e di preparazione professionale. Probabilmente questa potrebbe essere la strada da percorrere affinché l'economia provinciale possa mantenere alti i livelli che la collocano tra le aree più competitive e sviluppate in Europa.

E' necessario un nuovo Patto per la qualità dello sviluppo di questo territorio, tra istituzioni locali, forze economiche e sociali che oltre a migliorare la situazione economica e sociale esistente, possa rappresentare polo di attrazione di investimenti e cervelli ad alto contenuto innovativo. Sempre più dovremo stringere alleanze con i territori limitrofi, in un'ottica di specializzazione/complementarietà sostenendo la creazione e lo sviluppo dei poli di specializzazione produttiva e di innovazione e ricerca, come quello della meccatronica per Reggio Emilia. Nella stessa direzione dovrebbero focalizzare maggiormente gli obiettivi anche l'istruzione e la formazione superiore, l'università e la ricerca reggiana. In questo sforzo la Provincia ha operato e continuerà ad operare, da un lato favorendo l'inserimento lavorativo delle fasce più deboli presenti e che si presenteranno sul mercato del lavoro a seguito delle crisi che si produrranno, dall'altro incentivando l'investimento formativo finalizzato a far crescere, a partire dai lavoratori più deboli ma anche dei giovani con più elevata preparazione culturale, le competenze e la preparazione professionale specialistiche, uniche in grado, insieme ad investimenti mirati, di produrre un salto di qualità nell'economia provinciale, garantendo al contempo una forte coesione sociale.

5.1 La discriminazione di genere nell'ambiente lavorativo: le Consigliere di Parità.³³

Il cuore del ruolo delle Consigliere di Parità³⁴ è il presidio rispetto alle discriminazioni in ragione del sesso. L'ufficio delle Consigliere diventa pertanto anche un osservatorio del fenomeno discriminatorio, sebbene di tipo parziale, in quanto una significativa serie di casi, che possono costituire discriminazione, certamente si manifestano ai delegati/e sindacali o agli uffici di consulenza di cui i sindacati dispongono.

Altro luogo presso il quale è possibile intercettare il fenomeno discriminatorio è il Centro per l'Impiego in quanto, nella fase di orientamento e pre-selezione, può capitare che accolga lavoratrici alla ricerca di un nuovo lavoro, perché intendono abbandonare un luogo di lavoro dove sono oggetto di un comportamento discriminatorio, oppure perché cercano lavoro dopo essere state costrette a lasciarlo per ragioni discriminatorie. In questo senso sarebbe auspicabile incentivare la collaborazione già esistente, tra i tre soggetti

³³ Contributo delle Consigliere di Parità di Reggio Emilia. Estratto da: "Quadrare il cerchio: tra eguaglianza e differenza. Casi di Discriminazione di genere nel lavoro a Reggio Emilia" Anno 2009 A cura delle Consigliere di Parità di Reggio Emilia, ricerca di Anna Colli.

³⁴ La Consigliera di Parità è la figura istituzionale individuata per intervenire in modo specifico sulle tematiche delle pari opportunità per donne e uomini nel mondo del lavoro. E' nominata dal Ministero del Lavoro di concerto con il Ministero per le Pari Opportunità. Il mandato dura 4 anni ed è rinnovabile una sola volta. In particolare le attività della Consigliera riguardano: (I) la rilevazione delle situazioni di squilibrio di genere nel mercato del lavoro; (II) la promozione di progetti di azioni positive e sostegno delle politiche attive del lavoro; (III) la promozione dell'attuazione delle politiche di pari opportunità da parte dei soggetti pubblici e privati; (IV) attività di informazione/formazione sui problemi relativi alle pari opportunità; (V) la promozione di azioni in giudizio l'intervento in giudizio "ad adiuvandum" nel caso di condotte discriminatorie da parte del datore di lavoro. La Consigliera di Parità è pubblico ufficiale ed ha l'obbligo di segnalare all'autorità giudiziaria eventuali illeciti di cui sia venuta a conoscenza nello svolgimento del proprio ruolo. L'accesso all'Ufficio avviene attraverso appuntamento; sono consentiti anche accessi diretti, in caso di urgenza.

citati, per favorire una più esauriente mappatura del fenomeno attraverso l'utilizzo comune di una scheda condivisa di raccolta dati.

Andamento dell'utenza dell'ufficio delle Consigliere di Parità' anni 2002-2008

Considerando gli anni fra il 2002 ed il 2008 compresi, il totale degli utenti che si sono rivolti alle Consigliere di Parità è di **396**, suddivisi nello specifico in 353 donne, 27 uomini e 16 rappresentanti di enti/società.

Tab. 75 Utenti dell'Ufficio delle Consigliere di Parità, Anni 2002-2008

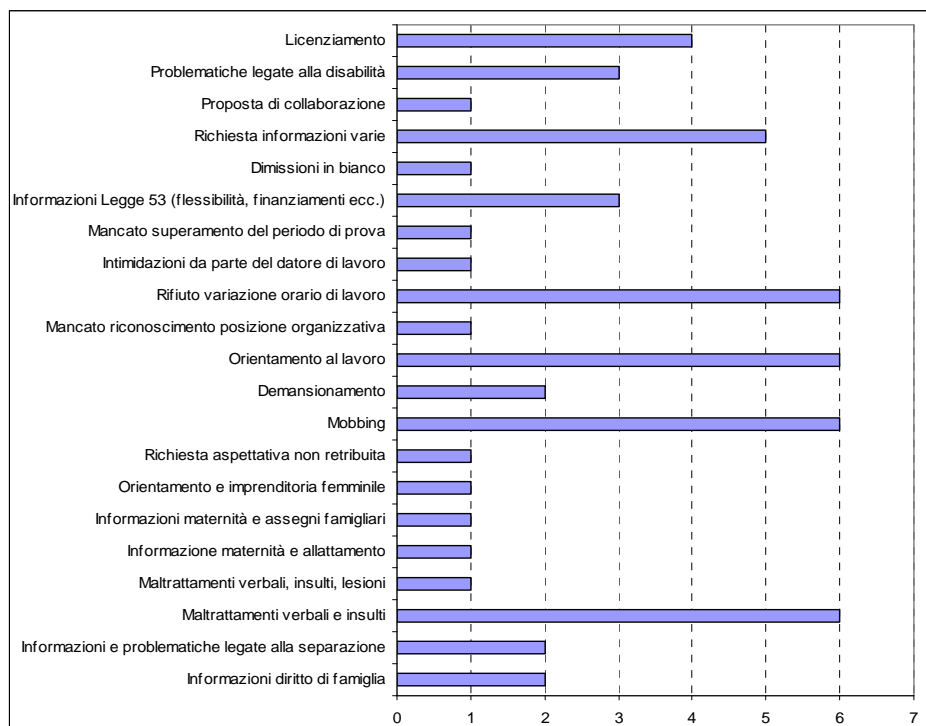
Anno	N° utenti	Femmine	Maschi	Enti
2002	26	26	0	0
2003	54	48	5	1
2004	70	61	8	1
2005	72	55	3	14
2006	51	50	1	0
2007	55	49	6	0
2008	68	64	4	0
Totale	396	353	27	16

L'incremento, che è stato costante dal 2002 al 2005 grazie ad una continua attività di sensibilizzazione, nel 2006 ha subito un evidente calo circa del 30%. La motivazione di questo significativo decremento dell'utenza non è di facile analisi: si può in parte azzardare una motivazione interna, di segno non positivo, dipendente da un assetto organizzativo che può aver inciso sulla visibilità del servizio, in parte una motivazione esterna, di segno positivo, consistente nel favorevole effetto sul mondo delle imprese che potrebbe essere stato generato dai numerosi contatti prodotti dalla diffusione della conoscenza della normativa legata alla conciliazione tra tempi di vita di lavoro (Legge 53/00) ed alla tutela antidiscriminatoria.

Negli anni 2007-2008 si assiste nuovamente ad un graduale aumento dell'utenza, che vede per tutte le sette annualità prese in esame una netta prevalenza della presenza femminile rispetto a quella maschile che oscilla da un minimo dello 0% ad un massimo del 11,5% del totale. Nel 2005 si assiste ad un significativo aumento dell'utenza costituito anche dai referenti di aziende ed enti del territorio che, con 14 unità, rappresentano il 19,5% del totale; la motivazione di tale incremento è probabilmente da ascrivere all'opera di sensibilizzazione culturale effettuata presso i datori di lavoro, attraverso incontri e sotto forma di convegni e seminari, e tramite la produzione di materiali informativi.

A questo proposito è stato inoltre particolarmente significativo il progetto "Equilibrare i piani" che si è articolato in varie azioni tutte tese a far conoscere le opportunità offerte dalla L 53/00 non solo ai genitori, quanto ai congedi parentali, ma anche ai datori di lavoro, quanto ai finanziamenti ex art 9 della stessa legge; ciò è stato possibile attraverso la realizzazione e la diffusione di un fascicolo contenente la normativa di riferimento e alcuni esempi di progetti già realizzati, distribuito in 150 copie a tutte le aziende tenute alla compilazione del rapporto biennale sulla situazione del personale maschile e femminile ai sensi della 125/91 recepita poi dal Dlgs 198/06 c.d.Codice delle Pari Opportunità.

Graf. 88 Motivazioni all'accesso - anno 2007



Tra le prime cinque motivazioni di accesso ai servizi forniti dalle Consigliere di Parità, nell'anno 2007, (costituenti il 53% del totale delle motivazioni di accesso) vediamo 2 motivazioni legate ad una attività di consulenza e dunque di potenziamento delle conoscenze e delle informazioni delle donne nel mondo del lavoro (richiesta informazioni varie ed orientamento al lavoro) e 3 legate invece a patologie della relazione lavorativa (*mobbing*, rifiuto variazione dell'orario di lavoro, maltrattamenti verbali e insulti).

Osservando le motivazioni si può dedurre che la funzione della Consigliera di Parità si polarizza, attraverso la lettura dei più frequenti motivi dell'accesso al Servizio, da un lato c'è l'attività consistente nel potenziamento delle conoscenze delle donne per prevenire il fenomeno discriminatorio e il gap nell'accesso al mercato del lavoro e dall'altro l'affiancamento delle donne nella tutela dei propri diritti nel mondo del lavoro. Nel residuo 47% risultano più significativi numericamente gli accessi determinati da licenziamenti, informazioni sulla legge 53/00 e a demansionamento.

Non sfugge alla lettura del grafico, che elenca le motivazioni e la loro rilevanza percentuale, il fatto che l'accesso al Servizio avviene anche per motivazioni apparentemente non congruenti, quali la richiesta di informazioni sulla separazione o su tematiche inerenti il diritto di famiglia. Le utenti mostrano di considerare il Servizio come un luogo in cui a "tuttotondo" si può ottenere un supporto su questioni che ineriscono la vita al femminile, all'interno delle quali oggi risulta significativo anche il tema del fallimento del rapporto coniugale.

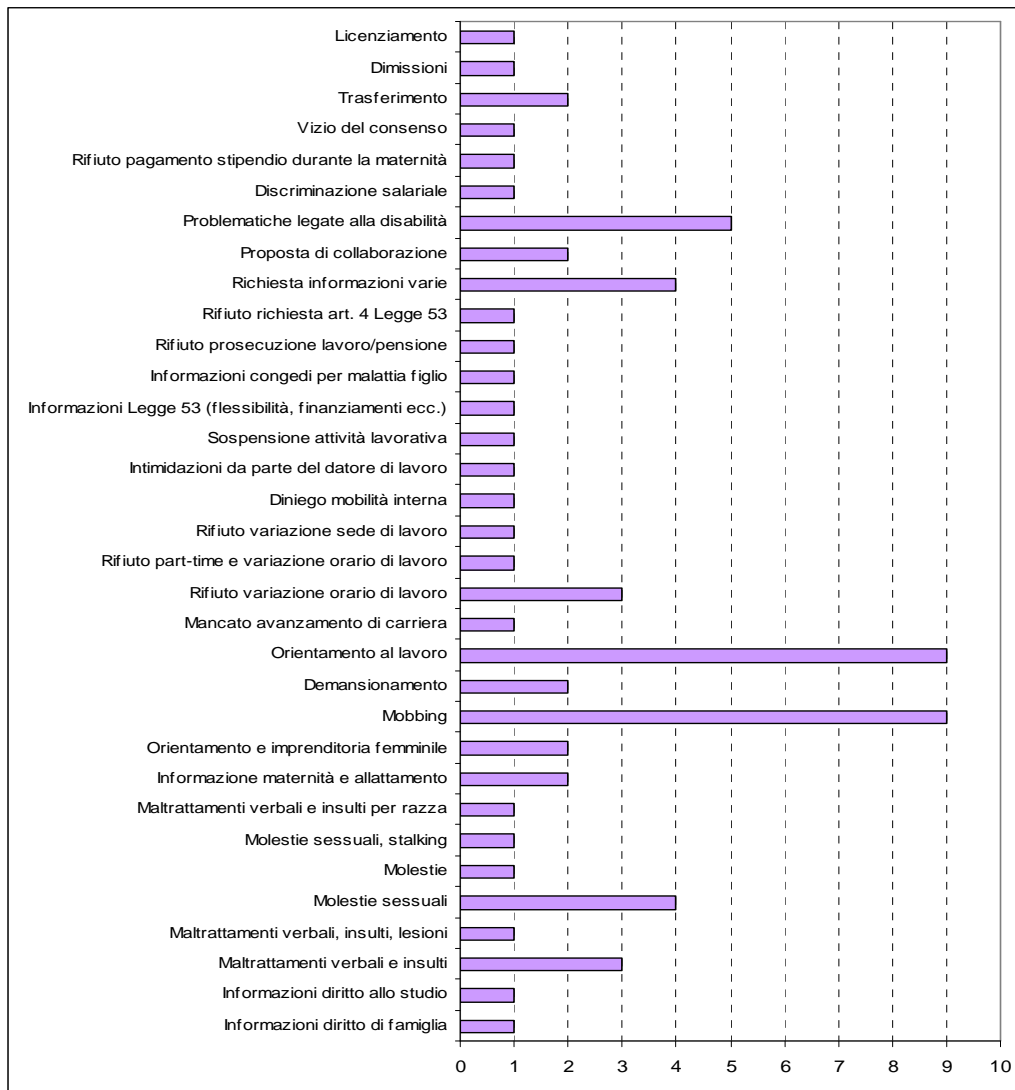
L'Ufficio in questi casi assume un ruolo di orientatore, mediatore tra la donna e i Servizi esistenti nella città per dare risposte congruenti anche a quelle domande che, pur non essendo di stretta competenza delle Consigliere, vengono poste ed esigono risposte, quanto meno nel senso di rendere accessibile a chi le formula il servizio pubblico coerente. Può, volta per volta, trattarsi della Casa delle Donne contro la Violenza, dello Sportello di consulenza in materia di diritto di famiglia gestito da SpazioDonnaDove del Comune di Reggio Emilia, oppure può trattarsi dell'Ordine degli avvocati per poter ricorrere al gratuito patrocinio.

Analizzando le motivazioni in base alle quali le utenti si sono rivolte alle Consigliere nel 2008, si evidenzia un aumento percentuale dei casi di *mobbing* e di consulenza per l'orientamento al lavoro, che costituiscono un quarto delle motivazioni di accesso totali. Rispetto al 2007 c'è poi un aumento delle problematiche legate alla disabilità, un permanere (in valore assoluto) delle richieste di informazioni varie, e un 5,8% di utenti che hanno

chiesto informazioni e sostegno per casi di molestie sessuali, motivazione che non era presente nel 2007.

Non si può non rilevare che la caratteristica delle motivazioni dell'accesso nel 2008 è quella della polverizzazione delle richieste, ossia si individualizzano le richieste delle utenti che presentano problemi nuovi e non condivisi da altre lavoratrici, per fare alcuni esempi si può citare il "debutto" della discriminazione salariale, del vizio del consenso nel rapporto contrattuale di lavoro, il rifiuto della richiesta di prosecuzione dell'attività lavorativa al raggiungimento dell'età pensionabile ecc..

Graf. 89 Motivazioni all'accesso - anno 2008



Casi di discriminazioni (2002-2008) sul totale degli/Ile utenti

Il totale delle/degli utenti che si sono rivolti alle Consigliere di Parità per problemi di discriminazione nel periodo 2002-2008 è di 102 persone:

Tab. 76 Casi di discriminazione 2002-2008 sul totale degli utenti

Totale utenti 2002-08	Totale casi discriminazione 2002-08	% casi discriminazioni su totale utenti
396	102	25,75 %

Se prendiamo in considerazione il dato totale delle/degli utenti nello stesso periodo di tempo, di 396 persone, si può notare che il 25,7% degli utenti, cioè un quarto degli stessi, si è rivolto alle Consigliere per un caso di

discriminazione. Da un'analisi di genere emerge che tutte le persone che hanno segnalato casi di discriminazione sono donne: questo dato non può non essere ritenuto altamente significativo del fatto che tuttora il fenomeno discriminatorio coinvolge in modo quasi esclusivo il genere femminile, spesso in concomitanza con l'evento della maternità.

Tab. 77 Incidenza dei casi di discriminazione nei singoli anni (2002-2008) sul totale degli accessi

Anno	Casi di discriminazione	Totale accessi	%
2002	10	26	38,5
2003	15	54	27,8
2004	15	70	21,4
2005	15	72	20,8
2006	14	51	27,5
2007	14	55	25,5
2008	19	68	27,9

La tabella ci mostra come nonostante il calo degli accessi dal 2005 al 2006, il valore assoluto del numero di utenti con casi di discriminazione non cambi. Questo è motivabile con una maggiore conoscenza ed autorevolezza della figura delle Consigliere nel territorio che, grazie alle campagne informative e alle iniziative realizzate durante il loro mandato, hanno instaurato forme di collaborazione sempre più radicate con le organizzazioni sindacali, i Centri per l'impiego della Provincia ed alcuni servizi comunali (sportello SpazioDonnaDove) che hanno cominciato a riconoscere e segnalare i casi di discriminazione.

Tab. 78 Evoluzione storica dei casi di discriminazione per gli anni 2002-2008

Anno	Casi di discriminazione	%
2002	10	9,8
2003	15	14,7
2004	15	14,7
2005	15	14,7
2006	14	13,7
2007	14	13,7
2008	19	18,6
Totale	102	100

Quanto all'identikit dell'utente tipo dell'Ufficio può essere descritta come una donna di età compresa tra i 33 e i 44 anni, dunque in età fertile, di cultura medio alta, ossia diplomata o laureata, con un rapporto di lavoro stabile, ossia a tempo indeterminato, dipendente di un'azienda medio grande, sposata o convivente e madre. Quali deduzioni fare in base al profilo identitario dell'utente tipo dell'Ufficio? Innanzitutto la presenza di relazioni familiari, contraddistinte dallo stato matrimoniale o dalla convivenza e dall'aver figli, sottolinea come nel lavoro i problemi per le donne siano principalmente generati dal loro c.d. "doppio ruolo", che richiede un faticoso e costante equilibrismo tra lavoro e famiglia.

Quanto poi al fatto che si tratti di lavoratrici con un rapporto di lavoro consolidato e di aziende medio grandi ci porta a due riflessioni: la prima riguarda il fatto che si rivendicano diritti solo se ci si può permettere di farlo, cioè accade raramente in un rapporto di lavoro precario dove si è perennemente esposti al ricatto della mancata riconferma, inoltre si ha più predisposizione a far valere i propri diritti nelle aziende medio grandi probabilmente perché il loro grado di sindacalizzazione condiziona favorevolmente le dipendenti, nel senso di un'abitudine alla dialettica aziendale basata sul riconoscimento del proprio diritto.

6. Caratteri e dinamiche del sistema abitativo³⁵

Dal dopoguerra ad oggi in Italia, il numero degli alloggi in proprietà è aumentato in modo considerevole (nel 1961 il 46% degli alloggi è in proprietà, nel 2001 si arriva al 71,4%), anche a causa di politiche abitative pubbliche che hanno volutamente privilegiato l'accesso alla proprietà rispetto all'affitto. L'aumento del valore degli immobili, dalla seconda metà degli anni '90, ha generato, nei grandi come nei piccoli proprietari, aspettative di rendita sempre più alte, che si sono subito tradotte nell'aumento dei canoni d'affitto. Chi risente maggiormente di questa situazione sono gli strati sociali più deboli ovvero coloro che, impossibilitati ad accedere alla proprietà, anche tramite le consuete forme creditizie (mutuo), ricorrono all'affitto (circa il 20% del totale³⁶).

A fronte di questa situazione di evidente disagio abitativo, le politiche pubbliche appaiono molto diversificate, sia riguardo i destinatari degli aiuti (inquilini, proprietari, costruttori), sia riguardo gli enti finanziatori (Stato, Regioni, Comuni). Se da un lato la molteplicità delle politiche abitative aumenta la gamma dei possibili destinatari ed elimina il rischio di concentrare grandi risorse in iniziative poco efficaci, dall'altro espone al rischio di dispersione dei finanziamenti in iniziative minori, incapaci di incidere stabilmente sul sistema. Gli aiuti diretti alla persona³⁷, infatti, pur alleviando situazioni di disagio immediato, hanno effetto nullo, se non controproducente, sui prezzi del libero mercato, poiché non creano concorrenza tra i locatori e aumentano il potere d'acquisto della domanda.

Le iniziative di sostegno alla costruzione di nuovi alloggi popolari si sono recentemente concentrate sulle case in locazione (programma 20.000 abitazioni in affitto), dimostrando l'attenzione della Pubblica Amministrazione per un mercato dalle dinamiche sempre più critiche. Altro carattere distintivo di tali politiche è il coinvolgimento delle imprese private. Esse possono ricevere finanziamenti e agevolazioni fiscali (come avveniva per IACP e cooperative) a fronte della stipula di una convenzione, nella quale vengono stabiliti preventivamente gli affitti massimi praticabili dai proprietari degli alloggi (edilizia convenzionata). Tali convenzioni, però, riguardano generalmente una piccola parte dei nuovi alloggi costruiti e, inoltre, hanno validità temporanea: allo scadere della convenzione, che in media dura 15/20 anni, gli alloggi destinati all'affitto possono essere venduti in regime di libero mercato. Tuttavia l'esistenza di una porzione di mercato immobiliare destinata agli affitti è da considerarsi fisiologica, tanto nel breve quanto nel lungo periodo.

Pertanto, malgrado si sia compresa l'importanza dell'intervento pubblico nel settore della locazione, le attuali iniziative rischiano di dimostrarsi miopi se non puntano alla creazione di uno *stock* duraturo di abitazioni ad affitto agevolato, capace di coprire buona parte del fabbisogno, innescando un processo di abbassamento concorrenziale dei prezzi del mercato libero. Per garantire il mantenimento di valore del patrimonio immobiliare, sia pubblico che privato, destinato all'affitto, è cruciale la scelta della struttura di gestione. Essa dovrebbe essere in grado di autofinanziarsi (non dipendere interamente da finanziamenti pubblici) e al tempo stesso essere svincolata dalle logiche speculative che caratterizzano gli operatori privati. Si pensi ad esempio alle cooperative di abitazione a proprietà indivisa o al modello francese degli organismi pubblici o privati *Habitation Loyer Modéré* (HLM).

È possibile individuare alcuni punti di debolezza del sistema abitativo, così riassumibili:

- Progressivo aumento del numero delle famiglie, sia a causa dell'immigrazione straniera, maggiormente propensa alla procreazione, sia dei cambiamenti di costume dei cittadini (aumento delle convivenze, delle famiglie monoparentali, ecc.). Tale incremento genera automaticamente un aumento della domanda di alloggi.

³⁵ Contributo del Servizio Pianificazione Territoriale della Provincia di Reggio Emilia, tratto da: Relazione "Il sistema economico, sociale e abitativo" Allegato1QC PTCP 2008.

³⁶ Dato valido sia a livello nazionale che provinciale (fonte Rapporto ORSA 2005, Rapporto CRESME 2005).

³⁷ Fondo sociale per l'affitto e Buoni casa.

- Aumento dei prezzi degli immobili e conseguentemente degli affitti. La crescita della domanda di alloggi sia in vendita che in affitto e la sostanziale stabilità dell'offerta, genera un aumento dei prezzi e, dunque, delle situazioni di disagio abitativo.
- Aumento dei tassi di interesse. L'aumento dei tassi di interesse potrebbe provocare un impoverimento delle famiglie e, nel caso di correzioni significative delle quotazioni, una situazione di razionamento del credito da parte delle banche. Le famiglie pesantemente indebitate potrebbero diventare inadempienti, con la conseguenza di accrescere le vendite "a prezzo di realizzo" ed innescare un deprezzamento degli immobili residenziali che potrebbe, nell'ipotesi più estrema, produrre delle minusvalenze patrimoniali qualora il valore dell'immobile scenda al di sotto del debito in essere.
- Coinvolgimento e finanziamento dei privati. Con le attuali forme di accordo pubblico-privato, si corre il rischio di finanziare la costruzione di alloggi che in un primo tempo svolgono la loro funzione sociale, per poi essere riassorbiti nel mercato privato della vendita o dell'affitto.

Per contro sono definibili punti di forza:

- La diversificazione delle politiche abitative, aumenta la gamma dei possibili destinatari di tali politiche ed elimina il rischio di concentrare grandi risorse in iniziative poco efficaci.
- Il coinvolgimento dei privati nella costruzione di alloggi a basso costo permette alla Pubblica Amministrazione e soprattutto ai comuni, di non sobbarcarsi l'intero costo di tali iniziative, così come avviene già per i servizi pubblici di vario genere.
- Dinamicità del settore edilizio e conseguenti effetti positivi sulle attività economiche ad esso legate e sull'occupazione.
- Patrimonio ERP ancora consistente. L'Acer di Reggio Emilia gestisce un patrimonio di 3.972 alloggi di proprietà pubblica. Tale risorsa deve essere valorizzata ed ampliata il più possibile, in modo da costituire una concreta alternativa al mercato libero degli affitti.
- Le nuove ipotesi di edilizia sociale come dotazione territoriale nelle trasformazioni urbanistiche.

6.1 Elementi per l'individuazione degli ambiti territoriali con problematiche insediative omogenee

L'analisi svolta ha consentito di ricavare uno scenario sintetico delle dinamiche abitative prevalenti per ambiti sovracomunali. Questa sintesi ha lo scopo di fornire degli indirizzi utili all'auspicata attività di coordinamento delle politiche comunali per l'edilizia residenziale sociale senza, per questo, costituire un riferimento rigido. Le aggregazioni sovracomunali proposte di seguito, infatti, rappresentano una prima individuazione, di massima, di ambiti omogenei per le variabili analizzate (andamento demografico, immigrazione, mercato immobiliare, spostamenti sistematici) e costituiscono base di riferimento per l'individuazione degli ambiti sovracomunali di concertazione. Tale individuazione ha inoltre tenuto conto, per quanto possibile, delle forme di cooperazione amministrativa già statuite (Distretti socio sanitari e Associazioni e Unioni di Comuni).

L'Ambito di Reggio Emilia (Cadelbosco di Sopra, Bagnolo in Piano, Reggio nell'Emilia, Quattro Castella, Albinea, Vezzano sul Crostolo, Viano) è quello che, a livello provinciale, sopporta la maggior pressione abitativa. Nell'ultimo periodo tale fenomeno si è manifestato maggiormente nei comuni di prima cintura piuttosto che nel capoluogo, il quale ha registrato tassi di incremento residenziale più contenuti. Ciò è da imputare, in primo luogo, ai prezzi elevati degli alloggi e, secondariamente, ad una diffusa domanda di tipologie abitative a bassa densità ed in contesti più vicini alla ruralità. La prima istanza descritta riguarda, in maggior misura, le fasce sociali meno abbienti e trova risposta nei comuni della cintura nord, che hanno prezzi di vendita e canoni d'affitto più accessibili. La seconda istanza riguarda, principalmente, il miglioramento di situazioni abitative non critiche (fasce sociali benestanti) e trova risposta nei comuni della zona collinare, caratterizzati da un contesto paesaggistico e ambientale più attraente e alti valori immobiliari. L'alta percentuale di abitazioni in affitto mette in evidenza una domanda crescente di residenze ad uso temporaneo. Essa è legata all'alta percentuale di famiglie unipersonali giovani e di giovani coppie che scelgono il capoluogo per le

opportunità formative e lavorative nel settore terziario. L'incidenza della popolazione straniera sul totale dei residenti ha valori molto alti nel comune capoluogo, medio-alti nella cintura nord e valori bassi nei comuni della fascia collinare. Ciò rispecchia l'andamento dei valori immobiliari appena descritto, ed evidenzia la presenza nel capoluogo di aree considerate degradate, dove tali valori scendono notevolmente, attirando la popolazione meno abbiente. Sono queste le aree a maggior rischio di segregazione sociale e culturale, considerata anche l'alta percentuale di cittadini immigrati che vi abitano. Si evidenzia, infine, che nonostante l'alto reddito medio procapite, nell'Ambito di Reggio aumentano gli sfratti per morosità, segno di un evidente divario tra la capacità di spesa delle categorie più deboli e le condizioni del mercato immobiliare.

L'Ambito del Comprensorio ceramico (Rubiera, Casalgrande, Scandiano, Castellarano, Baiso) manifesta innanzitutto, la forte influenza di Sassuolo e dei comuni del distretto ceramico modenese, testimoniata dall'elevato numero di spostamenti sistematici in tal direzione, sia per motivi di lavoro che di studio. L'ambito è caratterizzato, inoltre, da redditi medio-alti, alti valori immobiliari e un'alta percentuale di popolazione giovane (la più alta della provincia). Oltre ad una presenza consistente di residenti stranieri di origine prevalentemente marocchina e albanese (cittadinanze straniere prevalenti anche a livello provinciale) è da rilevare un aumento considerevole delle situazioni di grande povertà e difficoltà di accesso alla casa, soprattutto per le giovani coppie e per le donne sole con figli.

Per quanto riguarda l'Ambito di Correggio (Rolo, Fabbriico, Campagnola Emilia, Novellara, Rio Saliceto, Correggio, S. Martino in Rio) i comuni di questo ambito, gravitanti principalmente su Correggio e Carpi, sono caratterizzati da un'alta percentuale di popolazione attiva su quella dipendente e una forte presenza di popolazione straniera proveniente da India e Pakistan (da rilevare anche un gruppo consistente, ed isolato, di cittadini cinesi a Novellara). Il reddito medio è in linea col valore provinciale, mentre i valori immobiliari, ad esclusione di Correggio, sono leggermente sotto la media. A ciò fa eco un elevato indebitamento pro capite legato, nella maggior parte dei casi, all'acquisto dell'abitazione. Si rileva, dunque, per le classi deboli, la difficoltà di accesso alla casa e a mantenere l'alloggio in affitto, specialmente nel comune di Correggio. Il rischio di episodi di segregazione sociale, invece, è più rilevante nei comuni della zona nord dell'ambito, dove si registrano le percentuali più alte di popolazione straniera sul totale dei residenti.

L'Ambito della Bassa pianura (Reggiolo, Luzzara, Guastalla, Gualtieri, Boretto, Brescello, Poviglio, Castelnovo di Sotto) coi comuni della bassa pianura che si affacciano sul confine settentrionale della provincia, è caratterizzato da redditi medio-bassi e bassi valori immobiliari, la concentrazione di popolazione straniera assume anche qui caratteri assai rilevanti toccando il valore record del 7,7% di popolazione di origine indiana a Luzzara (8805 abitanti di cui 1.399 stranieri di cui 680 di provenienza indiana). Il rischio di formazione di *enclaves* e di processi di segregazione sociale è, in tale contesto, molto elevato. Si rilevano, anche qui, difficoltà di accesso alla casa, in particolare per le giovani coppie e per le donne sole.

L'Ambito della Val d'Enza (Gattatico, Campegine, Sant'Ilario d'Enza, Montecchio Emilia, Cavriago, Bibbiano, San Polo d'Enza, Canossa) non trovando nel versante parmense centri attrattori del calibro di Sassuolo e Carpi, è caratterizzato da un forte legame con il capoluogo, testimoniato da un elevato numero di spostamenti giornalieri in tale direzione. Il reddito medio procapite è in linea con l'ambito di Correggio, mentre i valori immobiliari sono leggermente superiori. La presenza di residenti di origine straniera è leggermente più bassa (in valore assoluto) rispetto agli altri ambiti di pianura ed è caratterizzata dalla prevalenza di cittadini marocchini e albanesi. Un dato rilevante riguarda l'elevata presenza di famiglie unipersonali sia giovani che anziane e la difficoltà, soprattutto per le prime, di reperire un alloggio a costi sostenibili.

L'Ambito della Montagna (Casina, Vetto, Castelnuovo ne' Monti, Carpineti, Toano, Ramiseto, Busana, Villa Minozzo, Collagna, Ligonchio) vede nel comune di Castelnuovo ne' Monti il centro attrattivo principale per l'intero ambito montano (i dati ad esso relativi si discostano notevolmente dai comuni limitrofi). Ciò detto, si osserva che la generalità della montagna reggiana è caratterizzata da bassa densità abitativa, redditi medio-bassi, bassi valori immobiliari ed un'alta percentuale di popolazione anziana. Ciò comporta problemi di isolamento geografico, difficoltà di accesso ai servizi e, per le fasce più deboli, anche isolamento sociale.

7. Ambito culturale e ricreativo

7.1 Attività culturale a Reggio Emilia³⁸

La realtà territoriale di Reggio Emilia è tradizionalmente “impegnata” e ricca di fermenti dal punto di vista delle iniziative e opportunità culturali. Un impegno, una partecipazione uniti a importanti investimenti di risorse che dal Dopoguerra a oggi l’hanno collocata tra le realtà più vivaci e ricche di eccellenze del Paese, portatrice di figure e operatori dell’arte e della cultura che sono stati capaci di recitare e recitano ruoli da protagonisti nei rispettivi ambiti disciplinari. Una cultura prodotta, erogata e attivamente cercata e vissuta dalla popolazione, grazie a una serie di presupposti infrastrutturali e grazie anche a una sensibilità diffusa che trova le sue radici in una tradizione secolare di creatività, di impulso realizzativo e concretezza progettuale.

7.1.1 I teatri e lo spettacolo

La provincia di Reggio Emilia è caratterizzata da una estrema vivacità teatrale, peculiarità che ha radici profonde nella storia del territorio reggiano, fin dal periodo barocco, quando la vita mondana in riva al Crostolo, legata al genere del melodramma allora agli albori, era nota per superare in intensità e sfavillio quella della capitale del ducato, la vicina Modena.

Il comune capoluogo è contraddistinto dalla compresenza su di un’unica grande piazza di tre spazi come il Teatro Municipale Valli, il Teatro Ariosto e l’Auditorium Cavallerizza, gestiti dalla Fondazione “I Teatri” in una programmazione ad ampissimo raggio e di livello internazionale. Sempre in città numerose altre sale polivalenti e strutture anche religiose sono idonee ad ospitare iniziative e sono spesso attive in cartelloni ed eventi che spaziano dal teatro per ragazzi alla musica, alla prosa anche in vernacolo, ecc., come il Teatro San Prospero, il Teatro Piccolo Orologio, l’Oratorio Don Bosco – Sala Regiò, il Teatro di S.Agostino, la Chiesa di San Francesco da Paola con annessa sala polivalente, il Mauriziano (che è anche sede dell’Istituto Banfi – Centro Studi Filosofici). Si tratta di una rete infrastrutturale che propone un’attività legata allo spettacolo, agli eventi convegnistici e culturali che con la stagione estiva si amplia utilizzando spazi all’aperto come i Chiostri di San Domenico (ex Stalloni), cortili interni di enti (Musei Civici, Biblioteca “Panizzi”, Palazzo Magnani) e residenze private, piazze, parchi pubblici, ecc.

Anche tutta la provincia di Reggio Emilia è fittamente costellata di strutture teatrali delle quali molte anche storiche e di grande pregio architettonico: il teatro Ruggero Ruggeri di Guastalla, il teatro della Rocca di Novellara, il teatro Asioli di Correggio; altre in attesa di restauro: il teatro Gonzaghesco di Luzzara, il teatro Comunale di Gualtieri e altre in fase di restauro: il teatro Comunale di Reggiolo. Accanto alle strutture di tradizione storica, sono poi presenti in provincia altri numerosi teatri di più recente concezione: l’Altro Teatro di Cadelbosco di Sopra, inaugurato nel 2007, il teatro De Andrè di Casalgrande, i teatri di Bagnolo in Piano, di Brescello, di Boretto, di Rio Saliceto, di Fabbriico, di Castelnovo ne' Monti, di Vezzano sul Crostolo, il teatro Herberia e l’Ospitale di Rubiera e spazi adibiti sia alla programmazione cinematografica che teatrale, quali: il cinema-teatro Metropolis di Bibbiano, la Multisala Novecento di Cavriago, il cinema-teatro Zacconi di Montecchio Emilia, il cinema-teatro Eden di Puianello-Quattro Castella, il cinema-teatro Boiardo di Scandiano, il cinema-teatro Forum di Sant’Ilario d’Enza. In diversi Comuni della provincia (Campegine, Castellarano, Gattatico, Gualtieri, Rolo, San Martino in Rio), dove non esiste una struttura teatrale vera e propria, vengono organizzate rassegne e spettacoli anche in sale polivalenti che contribuiscono ad incentivare l’offerta di programmazione teatrale del territorio.

Questa rete provinciale ha trovato un elemento catalizzatore e di armonizzazione e visibilità nel progetto di Coordinamento dei teatri della provincia di Reggio Emilia, nato dall’idea di creare una rete di scambio e confronto tra le varie realtà presenti sul territorio per valorizzare al meglio le attività e i patrimoni rispettivi nell’ambito di una politica culturale d’insieme. Il Coordinamento, che fa capo all’Assessorato Cultura e

³⁸ Contributo del Servizio Cultura della Provincia di Reggio Emilia.

Paesaggio della Provincia, offre un utilissimo strumento di conoscenza in tempo reale delle attività di tutte queste strutture, delle caratteristiche architettoniche e scenotecniche ad uso delle compagnie teatrali.

7.1.2 Eventi

Segnatamente alla città, si citano numerosi eventi periodici di ampio respiro proposti dalla Fondazione I Teatri come “RED”, il festival di danza espresso da Reggio Emilia Danza e Reggio Parma Festival, “REC”, un festival che incrocia le sollecitazioni provenienti dalla contemporaneità delle esperienze teatrali, letterarie e artistiche in una formula capace di coinvolgere ogni anno pubblici eterogenei e vocati a un atteggiamento attivo e aperto verso le discipline dello spettacolo. Inoltre il Concorso per quartetti d’archi “Paolo Borciani”, il Festival internazionale quartetto d’archi o il cartellone Estate in provincia. Attivi anche i gruppi privati come la Famiglia Artistica Reggiana, il sodalizio “Amici del Teatro”, esempi questi ultimi di una vivacità del territorio che si auto organizza in campo culturale con proprie iniziative, come anche la Società Dante Alighieri, l’Università della terza Età e una vera miriade di altre associazioni, compagnie teatrali e gruppi musicali impegnati sui temi dell’arte e della cultura da soggetti protagonisti e produttori di progettualità e idee. Reggio Emilia è poi sede della Fondazione Nazionale della Danza - Aterballetto, uno degli organici italiani più importanti, con attività di rilievo internazionale nel panorama del balletto contemporaneo.

La “Settimana della Fotografia Europea” è un altro evento che dal 2006 pone Reggio Emilia al centro dell’attenzione internazionale della cultura legata a questa disciplina espressiva, che nel nostro territorio vanta radici antiche, per l’attività pionieristica di alcuni grandi fotografi già in evidenza tra la seconda metà dell’Ottocento e i primi decenni del Novecento, attività seguita e consolidata nel Dopoguerra da altri importanti maestri.

Ancora un evento annuale da citare è il Festival OST - Original SoundTrack, dedicato alla migliore musica da film del presente e del passato, che tra concerti e proiezioni in spazi aperti del centro storico porta a Reggio il meglio della produzione musicale legata al cinema, con i suoi protagonisti. Anche in campo cinematografico Reggio Emilia vanta del resto una tradizione impegnata assai vitale che ha visto negli anni d’oro del cinema d’essai Capitol la semina di una cultura specifica forte, che nei periodi successivi ha generato importanti esperienze, grazie a una presenza costante di operatori capaci di proporre programmazioni di qualità in posizione complementare e dialettica con le strutture private. Punti di riferimento da anni di questo ambiente sono ad esempio il cinema Rosebud del quartiere Rosta nuova e la programmazione estiva ai Chiostrì di San Domenico.

In un’area di attività trasversale alle discipline artistico-culturali va poi segnalata la Biennale del Paesaggio di Reggio Emilia, un grande contenitore di progetti e iniziative che partendo dai temi della *governance* del territorio, della sua tutela, sviluppo compatibile e presa di coscienza identitaria si diffonde utilizzando occasioni e discipline molteplici per sensibilizzare la comunità a vastissimo raggio. In essa nulla che possa contribuire a tali processi virtuosi viene tralasciato, dalle infinite fiere locali che valorizzano i prodotti tipici e l’artigianato ai momenti convegnistici e di progettazione concreta degli architetti e urbanisti, dalle mostre alle *performance* teatrali, dalla *land art* agli interventi sui luoghi, dall’abbattimento di ecomostri alla creazione di aree tematiche come il Parco culturale dell’Ariosto e Boiardo, che riunisce in un unico ambito virtuale ma anche estremamente concreto i luoghi ascrivibili al *genius loci* espresso dai due grandi autori reggiani dell’epica cavalleresca. Cartelloni di attività ricorrenti ogni anno sono ad esempio “Gli Ori della terra reggiana”, “TraMonti”, “Mundus”, “Un Po”.

7.1.3 Palazzo Magnani, sale mostra, musei, vestigia

Il luogo espositivo per eccellenza di Reggio Emilia è Palazzo Magnani, con una storia ormai pluriennale di mostre ed eventi sempre collocati all’interno di una linea artistico-culturale capace di offrire forti e significativi contenuti, fuor da logiche di ricerca dell’evento necessariamente clamoroso e tesi all’individuazione nello sconfinato panorama dell’arte del passato e del presente dei fili conduttori più pregnanti sul piano del pensiero e dell’estetica dell’arte.

Di assoluto rilievo sono le tre recenti acquisizioni infrastrutturali rappresentate dal restaurato Museo Diocesano, dall'apertura della Collezione d'arte contemporanea Maramotti e del nuovo centro espositivo "Spazio Gerra". Nel comune capoluogo si citano anche tra gli altri i grandi Civici Musei, il Museo del Tricolore e del Risorgimento, la Galleria Parmeggiani, il Centro di documentazione di storia della psichiatria "San Lazzaro", il Museo Francese Missionario, la Sala storica della Cavalleria italiana.

Altri spazi espositivi periodicamente utilizzati sono i Chiostrini di San Domenico, il ritrovato Palazzo Casotti, Palazzo Bussetti e numerose sono poi le gallerie private capaci di una proposta artistica selezionata che dà spazio agli artisti contemporanei locali e non locali di maggior rilievo, fino a esperienze affatto originali come la Biblioteca galleria Prandi, nota in Italia e all'estero, o lo Studio di incisione Mavida. Da ricordare anche l'esperienza dell' "Officina delle arti", facente parte dei Civici Musei: non solo sede espositiva, ma un vero e proprio centro di produzione artistica contemporanea dotato di 6 atelier.

Numerosi sono poi in tutta la provincia i luoghi che per pregio storico-architettonico e vivacità della proposta vanno a costituire una ricca offerta sul piano delle iniziative espositive: da Palazzo dei Principi a Correggio al ritrovato Castello di Montecchio, dalla Rocca del Boiardo di Scandiano al Museo della Tarsia di Rolo, passando per il Museo "Antonio Ligabue" a Gualtieri nello splendido Palazzo Bentivoglio, al Museo Nazionale di Arti Naive "Cesare Zavattini" di Luzzara, o ancora il Museo Cervi di Gattatico con l'annesso Fondo "Emilio Sereni" e i tanti musei legati al lavoro contadino e alle tipicità locali.

Elementi forti del patrimonio culturale, identitario reggiano sono poi tutte le vestigia legate alla presenza matildica in periodo medievale, con la rete dei castelli, dei monasteri e la permanenza nella cultura locale, popolare e artigianale dei riflessi e del risuonare di quel prestigioso periodo. Così come quelle derivate dalla dominazione estense, da ciò che resta della Reggia di Rivalta alla rete di ville e annessi strutture rurali.

7.1.4 Le biblioteche, l'editoria

La provincia di Reggio Emilia accoglie un sistema bibliotecario capillare ed estremamente attivo in termini di prestiti di volumi e progetti e iniziative tese a sviluppare verso tutte le età una sensibilità per la lettura e l'amore del libro. Sono 65 le strutture attive (40 comunali, 5 biblioteche del comune capoluogo e circa 25 tra scolastiche e specialistiche). Non a caso Reggio Emilia è la città dove i dati statistici del prestito di volumi per abitante sono i più alti d'Italia. Ampie funzioni sono ormai affidate alle reti telematiche per consentire una sempre migliore accessibilità e consultabilità di questo immenso patrimonio agli utenti.

Sono innumerevoli i soggetti istituzionali che producono pubblicistica sui temi culturali i più svariati; si citano l'Archivio di Stato con la rivista "Reggio storia" e la Deputazione di Storia patria con il proprio bollettino, ma come nei casi per esempio dell'Associazione scrittori reggiani o dell'Istituto Banfi o dell'Archivio del Teatro Municipale Valli, la produzione editoriale locale è tanto estesa quanto lo sono le realtà organizzatesi vivacemente in tutto il territorio a sostegno dei temi della cultura.

Diverse anche le realtà editoriali private di spicco nate negli anni, capaci di produrre un'editoria di qualità, progressivamente volta anche verso scenari di mercato ampi e impegnativi sul piano dei volumi e flussi di attività. Si segnalano la casa editrice di opere di cultura letteraria locale, memorialistica e saggistico-accademica Diabasis, la Aliberti editore, impegnata ad ampio raggio sul mercato nazionale con un vasto catalogo dalla saggistica alla narrativa e la nuova casa editrice di area emiliana, in parte espressa specificamente dal territorio reggiano, Scripta Maneant, posizionata nel mercato dell'editoria di lusso e da collezione.

7.1.5 La formazione

Con il ritorno di un'esperienza universitaria forte nella nostra provincia (che era già stata sede di una tra le più antiche università d'Italia, a metà del '700 vi insegnò anche l'insigne scienziato reggiano Lazzaro Spallanzani, poi fu chiusa d'imperio dal Duca di Modena), grazie all'Università a reti di sedi di Modena e Reggio Emilia,

l'offerta formativa reggiana ha compiuto un altro passo verso l'eccellenza già rappresentata dalla fitta rete di scuole di ogni ordine e grado attive ad elevati *standard* qualitativi dell'insegnamento. Fiore all'occhiello nel mondo è l'esperienza sulle scuole dell'infanzia portata avanti da anni da Reggio Children.

Realtà d'eccellenza del panorama musicale didattico italiano è poi l'Istituto Superiore di Studi Musicali "A.Peri" (affiancato a Castelnovo ne' Monti dall'Istituto musicale "C.Merulo"), che sul territorio reggiano svetta come punto di riferimento istituzionale di in un panorama ricco di strutture pubbliche e private vocate all'insegnamento delle discipline d'arte e spettacolo, tra scuole di danza, di teatro, di musica, ecc.

7.2 Attività sportiva³⁹

7.2.1 I praticanti dello sport

Integrando le varie stime sulla partecipazione allo sport possiamo affermare che solo una fascia ristretta degli abitanti della provincia di Reggio Emilia non pratica alcuna attività fisica nel proprio tempo libero, mentre una grande maggioranza ha un atteggiamento positivo verso l'attività motoria:

- circa 130.000 sono quelli che non svolgono alcuna attività fisica rilevante nel tempo libero;
- circa 170.000 dichiarano di fare una qualche attività fisica, anche se non ritenuta sportiva;
- circa 135.000 praticano un'attività considerata "sportiva", in modo continuativo o saltuario.

NB: I dati si riferiscono all'anno 2000 quando la popolazione stimata era di circa 450.000 abitanti

7.2.2 Le società sportive

Dalle ultime rilevazioni aggiornate al mese di maggio 2008 le società sportive operanti sul territorio della provincia risultano essere in numero di 1.343 di cui 400 affiliate alle diverse Federazioni sportive nazionali (FSN) o Discipline sportive associate (DSA) e 768 quelle affiliate agli Enti di Promozione Sportiva (EPS) (le altre presentano affiliazioni miste).

Le affiliazioni totali risultano essere 1.661 e ciò è dovuto al fatto che un cospicuo numero di società è affiliato a due o più Enti.

Tab. 79 Società sportive operanti sul territorio della provincia di Reggio Emilia (maggio 2008)

<i>Distretto</i>	<i>Nr. Società</i>
CASTELNOVO NE' MONTI	104
CORREGGIO	135
GUASTALLA	200
MONTECCHIO EMILIA	137
REGGIO EMILIA	575
SCANDIANO	192

7.2.3 Gli operatori

Gli operatori (dirigenti, tecnici e ufficiali di gara) che svolgono attività presso le Società che fanno capo alle Federazioni sono 6.374 (dati del Monitoraggio 1995), mentre sono circa 3.535 gli operatori delle società che gravitano intorno agli Enti di Promozione Sportiva la maggior parte di questi è segnalata da Centro Sportivo Italiano (CSI) (2.500) e Unione Italiana Sport per Tutti (UISP) (1.251).

³⁹ Contributo dell'U.O. Sport e scambi internazionali giovanili della Provincia di Reggio Emilia.

7.2.4 Gli impianti sportivi

Per quanto riguarda gli impianti sportivi (dati aggiornati al mese di maggio 2008), i praticanti di Reggio Emilia hanno a disposizione 701 complessi distribuiti su tutto il territorio provinciale; in questi si riconoscono 1.138 impianti, che contano complessivamente 1.383 spazi di attività. Ciò significa che in provincia, su un totale di 501.529 abitanti (dati al 01/01/2007) ci sono circa 362 spazi di attività ogni 100.000 abitanti. Dal numero totale di spazi di attività provinciali si sono individuate le tipologie numericamente più rappresentative e i dati così ottenuti sono stati ripartiti nei sei distretti che compongono la provincia. È stata così ottenuta una tabella in grado di illustrare in modo verosimile come è distribuito il patrimonio impiantistico di Reggio Emilia

Tab. 80 N. Spazi di attività nella provincia di Reggio Emilia - dati assoluti (maggio 2008)

<i>Distretto</i>	<i>Nr. Spazi</i>	<i>Nr. Impianti</i>	<i>Nr. Complessi</i>
CASTELNOVO NE' MONTI	163	119	103
CORREGGIO	122	90	93
GUASTALLA	148	101	83
MONTECCHIO EMILIA	131	403	67
REGGIO EMILIA	687	319	269
SCANDIANO	132	106	86
Totale	1.383	1.138	701

Per chiarezza diamo di seguito la definizione attribuita alle diverse strutture identificate:

Spazio (di attività): è la superficie/ambiente in cui si praticano effettivamente le attività sportive (campo da calcio, campo da pallavolo, palestra multifunzionale), completa di tutte le attrezzature strettamente necessarie allo svolgimento dell'attività (ad esempio, canestri per un campo da basket), ma non dei servizi accessori (intesi come, ad esempio, spogliatoi, spazi destinati agli spettatori, servizi igienici, ecc.)

Impianto: è una struttura costituita da uno o più spazi di attività (anche diverse fra loro) e da tutte le eventuali strutture accessorie necessarie alla fruizione dello spazio, anche se non strettamente collegate all'attività sportiva (come ad esempio spogliatoi, tribune, servizi igienici, aree di ristoro, ambulatorio medico-sala di primo intervento, ecc.). Nel caso di presenza di più spazi di attività le strutture accessorie devono essere in comune a tutti gli spazi.

Complesso: identifica la superficie in cui sono presenti uno o più impianti che hanno in comune eventuali servizi accessori (come ad esempio bar, parcheggi, ecc.).

La struttura complesso – impianto – spazio è gerarchica: un complesso contiene almeno un impianto, e in un impianto deve essere almeno presente uno spazio di attività. Questo comporta che la struttura più semplice con cui si può avere a che fare è costituita da un complesso contenente un solo impianto rappresentato da un unico spazio.

Tab. 81 N. Spazi di attività divisi per attività maggiormente praticate (maggio 2008)

Tipo di impianto	Montecchio			Reggio			Castelnovo ne' Monti
	provincia	Emilia	Guastalla	Emilia	Correggio	Scandiano	
PISTE DA ATLETICA	26	3	5	10	2	4	2
PISCINE	56	7	11	26	1	2	9
PALESTRE	274	21	33	161	23	19	17
CAMPI DA TENNIS	129	15	14	54	8	18	20
CAMPI DA CALCIO	304	28	37	125	39	34	41
CALCETTO	74	12	6	27	4	14	11
BOCCE	147	16	13	73	18	11	16
ALTRI	373	29	29	211	27	30	47

NB: Nella voce "ALTRI" sono indicate tutte le attività non ricomprese nelle discipline indicate ai punti precedenti

7.2.5 Monitoraggio e studio dell'attività sportiva dei disabili

Nell'ambito del Progetto "Monitoraggio e studio dell'attività sportiva per i disabili" (anno 2005) la Provincia di Reggio Emilia ha raccolto 32 questionari in tutto il territorio provinciale.

Le società che hanno risposto possono essere classificate in queste categorie (a parte la categoria delle palestre sono quindi state contattate tutte le tipologie di organizzazione presenti sul questionario)

Tab. 82 Tipologia di organizzazione dei rispondenti (anno 2005)

Tipologia di organizzazione	Percentuale
Società Sportiva	34,38%
Associazione	25,00%
Cooperativa	9,37%
Gruppo Sportivo	6,25%
Ente di Promozione Sportiva	6,25%
Altro	18,75%
Totale	100,00%

Il numero di utenti disabili per ogni società è molto variabile, in particolare, come mostra la tabella 164, si possono classificare le società intervistate a seconda del numero di disabili iscritti.

Tab. 83 Distribuzione in base al numero di tesserati disabili (anno 2005)

Numero di tesserati disabili	Percentuale
0 disabili	21,87%
Da 1 a 10 disabili	31,26%
Da 11 a 25 disabili	21,87%
Superiore a 25	25,00%
Totale	100,00%

In totale si è riusciti a identificare 578 disabili che fanno sport a Reggio Emilia e Provincia.

7.2.5.1 Caratteristiche degli utenti disabili

I 578 disabili possono essere classificati in base all'età. In particolare la tabella 165 ci mostra che la popolazione dei disabili "sportivi" nella Provincia di Reggio Emilia è composta da persone giovanissime o da giovani-adulti. Infatti il 56,40% degli utenti disabili ha un'età compresa tra i 10 ed i 30 anni. Questo dato è estremamente interessante perché ci dice che e nella provincia i ragazzi con problemi di disabilità sono fortemente attratti dall'attività sportiva e che frequentano le strutture organizzate. Comportamento, questo, estremamente utile nello sviluppo psico-fisico di ogni essere umano, tanto più in soggetti problemi sensoriali.

Tab. 84 Distribuzione dei disabili sportivi per fasce d'età (anno 2005)

Fascia d'età	Numero di Disabili	Percentuale
0-10 anni	53	9,17%
10-18 anni	146	25,26%
19-30 anni	180	31,14%
31-40 anni	109	18,86%
41-50 anni	62	10,73%
Maggiore di 50 anni	28	4,84%
Totale	578	100,00%

Il 39% delle società che dichiarano di praticare attività sportiva con i disabili sono multidisciplinari (ossia praticano più di uno sport).

Tab. 85 Percentuale di disabili che praticano le singole discipline nella Provincia di Reggio Emilia (anno 2005)

Disciplina Sportiva	Percentuale
Atletica	25,00%
Nuoto	22,34%
Calcio	16,13%
Pallacanestro	12,59%
Equitazione	10,82%
Ciclismo	4,79%
Ginnastica	2,66%
Bocce	2,30%
Golball/Torball	0,89%
Tiro con l'arco	0,88%
Judo	0,71%
Sport Invernali	0,71%
Tennis	0,18%
Totale	100,00%

8. Capitale sociale

8.1 Il Capitale Sociale come fattore di competitività⁴⁰

8.1.1 Capitale naturale

In questo studio il concetto di capitale naturale è da intendersi in senso più ampio rispetto a quello che assume convenzionalmente, soprattutto quando si parla di ecologia o di sviluppo sostenibile. Per le finalità dell'analisi, si è scelto di includere sotto la definizione di capitale naturale i dati relativi al territorio, all'ambiente, ma anche al patrimonio culturale-artistico e alla popolazione.

La popolazione rappresenta un primo aspetto sul quale è opportuno soffermarsi. Gli indicatori sulla popolazione possono essere suddivisi in due gruppi e, all'interno di ciascuna aggregazione, è possibile calcolare un indicatore sintetico: il primo gruppo, la struttura demografica, contiene i dati inerenti la composizione della popolazione per classi di età, i movimenti naturali e quelli migratori; semplificando, si può affermare che a valori maggiori dell'indicatore corrisponde una struttura della popolazione con minori difficoltà legate all'invecchiamento, sia per quanto concerne la percentuale di anziani sia per la disponibilità di forza lavoro.

Il secondo indicatore, i "legami forti", riassume in un unico indice le statistiche su alcuni aspetti sociali della popolazione: indici legati alla famiglia, indicatori di "solitudine", tassi di matrimonialità e divorzialità, numero figli per donna, etc. La definizione "legami forti" è dovuta alla rilevante presenza della famiglia in questo gruppo; ad essa si contrappone la definizione di "legami deboli", determinata prevalentemente dalle relazioni di tipo amicale e, più in generale, alle relazioni non familiari.

Ancora una volta l'Italia si presenta spaccata in due, con le province del mezzogiorno con una struttura demografica meno concentrata verso la terza età ed una maggior presenza dei legami forti. Tra le province settentrionali solo Bolzano, Treviso e Vicenza presentano valori superiori alla media. L'invecchiamento della popolazione delle province dell'Emilia-Romagna non rappresenta certo un tema nuovo. Costituisce, però, un fenomeno destinato a condizionare pesantemente il percorso di sviluppo dei prossimi anni. Le previsioni Istat, basate sull'ipotesi di una ripresa della fecondità e su una migrazione costante, confermano il rapido spostamento verso la terza età; oggi in Emilia-Romagna la popolazione di 65 anni e oltre incide per poco meno di un quarto del totale, nel 2050 raggiungerà il 37 per cento. Entro i prossimi cinquant'anni il rapporto tra anziani e bambini è destinato a raddoppiare, nonostante l'apporto della popolazione immigrata.

Appare evidente come qualsiasi politica di sviluppo di lungo periodo non possa non tenere conto di questo quadro di riferimento, anche alla luce del fatto che in Europa la dinamica di invecchiamento, in tali proporzioni, riguarda solamente l'Italia. Secondo le previsioni Eurostat, tra le 254 regioni dell'Unione Europea nel 2025 l'Emilia-Romagna risulterà la quinta per numero di anziani in rapporto ai bambini, preceduta solamente da Liguria, Friuli, Toscana e Piemonte.

Anche a Reggio Emilia l'invecchiamento della popolazione rappresenta un fattore destinato a condizionare le traiettorie di sviluppo del territorio, anche se la forte presenza migratoria rende questo fenomeno meno evidente rispetto ad altre province dell'Italia settentrionale. Rispetto alle 103 province italiane Reggio Emilia occupa il 57esimo posto per indice di vecchiaia; al primo posto della graduatoria Ferrara, seguita da Trieste e Savona. L'elevata presenza di popolazione anziana che vive da sola spiega solo in parte la minor diffusione di "legami forti" che caratterizza le province settentrionali. Essa è da ascrivere anche a ragioni culturali e di organizzazione sociale. Numerosi studi hanno evidenziato come nei territori con una radicata presenza di legami forti vi sia una scarsa diffusione di legami deboli, che collegano amici e altre relazioni non familiari.

⁴⁰ Estratto da: Camera di Commercio Reggio Emilia, *Le Componenti dello Sviluppo. Il Capitale Sociale come fattore di competitività*, aprile 2007

Il sociologo americano Mark Granovetter sostiene che quanto più forti sono i legami, tanto più sono esclusivi ed escludenti. I legami forti, in quanto numericamente ridotti e di tipo possessivo, tendono a limitare la possibilità di costruire una estesa rete relazionale; al contrario, i legami deboli, più numerosi e più aperti, formano una vasta rete di relazioni, dove ciascun nodo rappresenta un ponte verso altre opportunità. Il tema della rete relazionale e dei legami deboli verrà ripreso nel capitolo dedicato al capitale sociale.

La rielaborazione degli indicatori con maggior potere esplicativo identificativi del capitale naturale individua una componente principale fortemente correlata con i fattori che descrivono la popolazione e, in misura minore, con variabili che misurano la dotazione culturale. Reggio Emilia, nella graduatoria provinciale per capitale naturale, occupa la 63esima posizione. Il confronto della componente che misura il capitale naturale, in questo caso assimilabile alla popolazione, con quella che definisce lo sviluppo economico evidenzia una relazione inversa che, ovviamente, non deve essere letta come se la popolazione più giovane e con legami forti costituisca un vincolo allo sviluppo.

Sulle relazioni che legano economia e demografia esistono differenti correnti di pensiero. C'è una sostanziale convergenza nel riconoscere un ruolo della dimensione economica nella determinazione dei *trend* demografici – in particolare con riferimento alla migrazione - mentre non c'è identità di vedute con riferimento alla relazione opposta, cioè nella capacità della componente demografica di influire sullo sviluppo economico. Certamente i movimenti naturali determinano mutamenti nella struttura per età e, conseguentemente, sulla forza lavoro, ma allo stesso tempo natalità e mortalità risentono dei fattori economici. Quest'insieme di interrelazioni rende il quadro complessivo di difficile lettura, così come risulta praticamente impossibile comprendere se la maggior presenza di legami forti sia dovuta a determinate condizioni economiche o viceversa.

8.1.2 Capitale tecnico

Sotto la voce capitale tecnico si è inteso comprendere tutte le risorse materiali non considerate all'interno del capitale naturale. Gli indicatori del capitale tecnico non si limitano alla quantificazione della dotazione strutturale esistente, ma ne misurano anche i risultati ottenuti. Quindi, per esempio, accanto ai dati relativi al numero delle imprese e alla loro composizione strutturale, si trovano informazioni sulle modalità organizzative (gruppi d'impresa), sulle *performance* (produttività e indicatori di bilancio, ...), sul posizionamento rispetto ad alcuni fattori strategici (innovazione, internazionalizzazione, ...).

Analogamente a quanto effettuato per il capitale naturale, il primo passaggio è consistito in un'analisi esplorativa che ha consentito di effettuare alcuni raggruppamenti. Il più numeroso aggrega le oltre 50 statistiche concernenti il sistema delle imprese dal punto di vista strutturale. I dati sulle imprese possono essere ulteriormente suddivisi in due gruppi: il primo è espressione della struttura del tessuto imprenditoriale ed è composto da indicatori sulla densità imprenditoriale, sulla longevità d'impresa, sulla composizione settoriale delle aziende e sulla loro dimensione. La seconda aggregazione include indicatori sulle *performance* e sui risultati ottenuti dalle imprese in termini di produttività, investimenti, innovazione ed internazionalizzazione.

L'analisi per componenti principali applicata sui due gruppi così individuati ha restituito due componenti: la prima è determinata prevalentemente dai dati relativi alle imprese più innovative – la quota di aziende *high tech* sul totale manifatturiere, quelle *high intensive knowledge* sul totale terziario – alla presenza delle grandi imprese, alla diffusione delle società di medie dimensioni e dei gruppi d'impresa. Questa prima componente può essere definita come una variabile multidimensionale che misura la “competitività strutturale”.

La seconda componente, denominata sinteticamente “performance d'impresa”, risulta essere fortemente legata agli indicatori sull'innovazione e sul commercio estero. La distribuzione provinciale in funzione delle due componenti individuate vede Milano distaccarsi nettamente dalle altre aree territoriali, forte della presenza di imprese di medie e grandi dimensioni, della superiore attività sui mercati esteri - sia in termini di commercializzazione che di investimenti - nonché dell'elevata attività di ricerca e sviluppo.

Anche Torino, per quanto riguarda le performance d'impresa, si distacca notevolmente dal resto delle province italiane, dinamica in larga parte ascrivibile alla presenza della Fiat. Con riferimento alla struttura del tessuto imprenditoriale Reggio Emilia, Vicenza, Bologna e Modena presentano valori superiori a Torino, evidenziando, allo stesso tempo, risultati eccellenti anche in termini di *performance*.

Nello specifico, Reggio Emilia occupa la seconda posizione per quanto concerne la struttura d'impresa e la settima per la *performance*. È soprattutto la percentuale di medie e grandi imprese e la loro organizzazione in gruppi ad essere l'elemento caratterizzante della struttura dalle imprese reggiane. Reggio Emilia è settima per innovazione, decima per internazionalizzazione, posizionamento giustificato da una buona capacità nel commercializzare su mercati stranieri, mentre vi è una minor dinamica per quanto concerne gli investimenti esteri, sia quelli effettuati dalle imprese della provincia, sia quelli attratti da fuori Italia.

In apertura dello studio si era accennato alla “via alta dello sviluppo” e come questa discendesse dalla capacità di un territorio di acquisire “conoscenza” e “identità”. La struttura imprenditoriale ha al suo interno elementi riconducibili alla “cultura d'impresa” che hanno un forte legame con conoscenza ed identità e, ancora una volta, risulta difficile determinare quale sia la causa e quale l'effetto. Reggio Emilia presenta una elevata densità imprenditoriale (16esima provincia italiana, con quasi 11 imprese ogni cento abitanti) con una discreta longevità delle aziende (31esima posizione con oltre il 10 per cento delle imprese della provincia con almeno 25 anni di vita).

Il “fare impresa” e il radicare la propria attività sul territorio ha un forte legame con il senso di fiducia verso la comunità, al tempo stesso la diffusione della conoscenza e la condivisione dei valori trovano nell'attaccamento al territorio il loro ambiente ideale. In questo senso il territorio va inteso come geocomunità, cioè come un sistema ad assetto variabile i cui confini non coincidono necessariamente con quelli amministrativi, ma sono definiti dagli agenti sociali ed economici che condividono obiettivi e/o valori.

La conoscenza trae dal territorio, e in particolare dal patrimonio relazionale, l'energia primaria per la sua diffusione. Una capacità di sviluppare relazioni che sotto l'aspetto imprenditoriale può essere riassunta dai gruppi d'impresa e dalla loro propensione ad evolvere verso forme organizzative più strutturate, le medie imprese, e ad espandersi in settori innovativi. Reggio Emilia è la terza provincia italiana per l'incidenza dell'occupazione in imprese appartenenti a gruppi sul totale occupati della provincia, preceduta solamente da Milano e Roma; è ottava per la diffusione delle medie imprese.

L'organizzazione delle imprese in gruppo è un fenomeno la cui rilevanza il più delle volte sfugge all'analisi statistica tradizionale; tuttavia, in determinate circostanze, rappresenta la chiave di lettura più appropriata per interpretare dinamiche che dall'osservazione delle singole imprese non verrebbero colte. Un solo dato è sufficiente per sottolinearne la rilevanza: quasi un terzo del valore aggiunto realizzato dalle imprese reggiane è riconducibile a società che operano all'interno di un gruppo. È importante evidenziare come a Reggio Emilia si registri una percentuale particolarmente elevata di gruppi “produttivi”, cioè di aggregazioni alla cui base vi sono ragioni operative e non di convenienza fiscale o amministrativa.

La maggioranza dei gruppi produttivi sono monosettoriali – dove l'aggregazione è vista come alternativa alla crescita interna - e nei quali, di prevalenza, convivono imprese di settori differenti ma con la preponderanza di un'attività economica. Queste tipologie di gruppi costituiscono il primo passaggio verso forme di rete più strutturate, vere e proprie filiere orizzontali e verticali che forniscono la risposta più efficace alle continue trasformazioni imposte dalla dinamicità del contesto competitivo. La forte integrazione tra industria e terziario, l'aggregarsi di più imprese di piccole dimensioni attorno a una o due società leader di dimensione media, pare essere la formula che offre i migliori risultati. Scelte monosettoriali, nell'industria così come nei servizi, determinano una crescita in termini di dimensione economica ma non strategica, in anni in cui il secondo aspetto sta diventando più rilevante del primo.

C'è un altro punto che merita di essere approfondito. L'organizzazione in gruppi produttivi rappresenta una modalità di divisione del lavoro per specializzazione che porta non solo a migliori risultati, ma anche a sviluppare ulteriormente la capacità relazionale. Si tratta di un aspetto importante, in quanto la teoria

economica, da Ricardo in poi, ha focalizzato la propria attenzione sulla sola produttività. In realtà, già Adam Smith, nel suo “La ricchezza delle nazioni” del 1776, individuava nella divisione del lavoro e nella sua capacità di creare produttività e relazioni il fattore strategico per la crescita, sottolineando come la mancanza di relazioni determinasse una forte diminuzione della produttività. Una rete di divisione del lavoro ed un sistema di relazioni che, per essere efficaci, devono evolvere in due direzioni: da un lato intensificare le sinergie tra le imprese del territorio sulle componenti maggiormente strategiche, quali innovazione e internazionalizzazione. Dall’altro, il sistema territoriale deve essere in grado di aprirsi all’esterno, importando all’interno di esso conoscenza e competenze e favorendo l’esportazione di beni.

La prima direzione indicata può essere percorsa valorizzando ancora di più il ruolo di alcuni nodi nevralgici della rete territoriale, medie imprese e gruppi. Occorre che i protagonisti dell’economia di Reggio Emilia, che già hanno sviluppato conoscenze all’esterno, possano diventare il volano dell’intera rete provinciale attraverso la condivisione delle loro competenze. Si tratta di trovare le forme più opportune per mettere a disposizione del territorio questo patrimonio di conoscenze, in particolare su come veicolarle alle piccole società o alle start-up che ne avvertono sempre più la necessità senza essere in grado di autoprodurle.

Per quanto riguarda la seconda direzione, la strada più opportuna da percorrere sembra essere quella della promozione di progetti ed iniziative sull’innovazione e sull’internazionalizzazione che siano condivisi da una larga parte degli operatori economici del territorio. Le iniziative che vedono la partecipazione delle Istituzioni, del mondo associativo e dell’Università costituiscono un passaggio importante per la crescita del territorio. In questo ambito, occorre che prendano corpo le azioni volte ad attrarre investimenti e competenze dall’esterno. Poli per l’innovazione, la formazione di manager per l’*export*, la creazione di una rete di *tutor* per l’*export* in grado di affiancare le imprese nella commercializzazione verso specifici mercati, costituiscono solo alcuni dei progetti di “investimento in conoscenza” la cui realizzazione può dare un impulso notevole allo sviluppo del territorio.

Investire in conoscenza è un’attività rischiosa e con ridotti margini di profitto nel breve periodo. In una logica di sistema territoriale appare evidente come il sistema finanziario debba svolgere un ruolo fondamentale nella condivisione del rischio, in maniera tale che esso possa essere ripartito omogeneamente tra tutti i nodi della rete deputati alla creazione e diffusione della conoscenza.

Come sostiene Rullani, un primo passaggio, di immediato impatto sullo sviluppo economico territoriale, può essere individuato nell’abbassamento della soglia minima al di sotto della quale gli operatori finanziari non hanno convenienza a procedere con la valutazione del rischio. Gli interventi di *Venture Capital* (investimento in capitale di rischio di imprese *start-up*) o di *Private Equity* (operazioni di investimento realizzate in fasi del ciclo di vita delle aziende successive a quella iniziale), proprio per i criteri che li governano, trovano ancora scarsa diffusione.

Per una corretta suddivisione del rischio connesso all’investimento in conoscenza è auspicabile la diffusione di iniziative finanziarie di supporto orientate alle piccole e medie imprese e aventi come obiettivo prioritario quello di contribuire allo sviluppo economico e sociale del territorio.

Seguendo la stessa metodologia utilizzata precedentemente le variabili più esplicative relative al capitale tecnico sono state rielaborate mediante l’analisi delle componenti principali, con l’obiettivo di giungere ad un unico indicatore di sintesi. La prima componente restituita dall’elaborazione spiega circa il 60 per cento della varianza complessiva e risulta essere fortemente correlata alla struttura competitiva delle imprese ed ai loro risultati, quindi, per esempio, alla percentuale di imprese in settori *high tech* ma anche al numero di brevetti e alle esportazioni ad alta tecnologia. Alla determinazione di questa prima componente svolgono un ruolo importante anche i gruppi d’impresa, le società di medie dimensioni, il sistema finanziario, il comparto turistico.

Milano si conferma nettamente più dotata di capitale tecnico rispetto alle province, seguita da Torino, da Bologna e da Reggio Emilia.

La comparazione tra la componente multidimensionale esplicativa dello sviluppo e la prima componente espressione del capitale tecnico evidenzia una buona correlazione, con coefficiente di regressione pari a 0,79. Il

capitale tecnico rappresenta dunque una *proxy* dello sviluppo che consente di spiegare parte delle differenze territoriali, anche se per alcune province la distanza tra le due componenti è notevole, a sottolineare che la spiegazione delle differenze territoriali va cercata nelle altre componenti che contribuiscono alla determinazione dello sviluppo, a partire dal capitale umano.

8.1.3 Capitale umano

Generalmente, quando ci si riferisce al capitale umano si intende lo *stock* di conoscenze e qualifiche tecniche insite nell'occupazione e derivanti dagli investimenti in istruzione e formazione. In questo studio, come fatto per le altre forme di capitale, il significato viene ampliato per includere altri fenomeni ed indicatori; dunque, oltre ai dati relativi alla formazione e all'istruzione vengono incluse statistiche inerenti la partecipazione al mercato del lavoro ed altri tassi di occupazione e disoccupazione.

Nell'analisi esplorativa dei dati sono stati individuati due raggruppamenti: il primo si riferisce al livello formativo complessivo, determinato dall'istruzione scolastica – che tiene conto, tra le varie statistiche, dei tassi di scolarizzazione, dei tassi di abbandono degli studi, del titolo di studio conseguito, della percentuale di diplomati e di laureati sul totale della popolazione - e dalla formazione.

Il secondo raggruppamento aggrega indicatori riguardanti il mercato del lavoro quali il tasso di attività, il tasso di disoccupazione, la partecipazione femminile al lavoro, il tasso di disoccupazione giovanile, il tasso di irregolarità lavorativa.

L'analisi per componenti principali restituisce un indicatore sintetico per ciascun raggruppamento. Dal confronto tra i due indici, espressione rispettivamente del livello formativo e del mercato del lavoro, la prima evidenza che emerge riguarda la loro indipendenza, a conferma di dinamiche conosciute: non vi è correlazione tra formazione e lavoro, le possibilità di trovare occupazione nelle province italiane non dipende dal titolo di studio ma da altre componenti.

Le prime province italiane per livello formativo sono Trieste, Roma, Pisa e l'Aquila, aree territoriali caratterizzate da una struttura produttiva che necessita di elevata formazione, sia scolastica sia di formazione permanente. Reggio Emilia occupa la 67esima posizione, con valori d'istruzione e di formazione inferiori alla media nazionale. Il basso livello formativo accomuna Reggio Emilia ad altre province dell'Italia settentrionale che si caratterizzano per elevati tassi di occupazione e una forte presenza manifatturiera, elementi che spingono molti giovani ad abbandonare anzitempo il percorso scolastico. Reggio Emilia, Modena, Bolzano e Bologna guidano la graduatoria relativa alla componente "mercato del lavoro". La posizione di Reggio Emilia è giustificata, tra i vari indicatori utilizzati, da un elevato tasso di attività della popolazione in età lavorativa (prima nel 2005 tra le 103 province italiane), da un'alta partecipazione femminile (sesta posizione) e dal basso tasso di disoccupazione, attestato da anni su livelli frizionali.

Gli indicatori del capitale umano con maggiore capacità esplicativa sono stati trattati successivamente attraverso l'analisi in componenti principali per pervenire ad un indicatore sintetico. La prima componente che emerge dall'analisi spiega circa il 70 per cento della varianza complessiva ed è determinata principalmente dalle statistiche relative al mercato del lavoro e alla formazione degli occupati.

Ai primi quattro posti della graduatoria provinciale si collocano Bologna, Modena, Reggio Emilia e Bolzano. Il raffronto tra la componente dello sviluppo e quella del capitale umano presenta una fortissima correlazione, con il coefficiente di regressione pari a 0,87. Il patrimonio informativo legato alla struttura occupazionale e ai livelli formativi sembra essere una valida *proxy* dello sviluppo, con una capacità esplicativa superiore a quella detenuta dal capitale tecnico. È importante sottolineare come nella determinazione della componente descrittiva del capitale umano la formazione - pur meno rilevante rispetto alle statistiche sul lavoro - giochi un ruolo rilevante; se il confronto con l'indicatore di sviluppo fosse effettuato considerando il solo indicatore lavoro, quindi senza introdurre la formazione, il coefficiente di regressione risulterebbe inferiore.

8.1.4 Capitale sociale

Il capitale sociale come fattore di sviluppo nasce da considerazioni di natura sociologica e ha trovato rapida diffusione prima nelle scienze politiche e più recentemente nella letteratura economica, affiancandosi al capitale tecnico e al capitale umano.

Gli studi sul tema della dimensione sociale più noti sono di Bourdieu, Coleman e Putnam. Secondo Bourdieu “il capitale sociale è la somma delle risorse, materiali o meno, che ciascun individuo o gruppo sociale ottiene grazie alla partecipazione a una rete di relazioni interpersonali basate su principi di reciprocità e mutuo riconoscimento”.

Per Coleman “il capitale sociale risiede nella struttura delle relazioni tra gli agenti. Non può essere rinvenuto né negli agenti stessi, né nei mezzi fisici di produzione”. Negli ultimi anni in Italia, sono stati effettuati studi per capire se il capitale sociale inteso nell’accezione di Coleman, quindi come l’insieme di risorse derivanti dal tessuto sociale, fosse alla base del differente esito di iniziative analoghe in territori diversi, per esempio i patti territoriali. È emerso che i patti hanno funzionato quando hanno mirato alla costruzione di condizioni di cooperazione, ovvero alla generazione di capitale sociale.

Negli studi realizzati da Putnam il capitale sociale acquisisce un’accezione come risorsa collettiva e riconducibile alle “caratteristiche della vita sociale – reti, norme, fiducia – che mettono in grado i partecipanti di agire più efficacemente nel perseguimento di obiettivi condivisi”.

Nelle analisi economiche, così come nelle *policies*, vi è ancora una scarsa considerazione del capitale sociale quale fattore di sviluppo. Prevale la tendenza a considerare la qualità sociale come subordinata alla competitività economica e non come uno strumento per raggiungerla. Per esempio, come ricorda Zamagni “è stato dimostrato che la spesa sanitaria, aumentando la speranza di vita media e diminuendo il tasso di mortalità, contribuisce ad aumentare la produttività e quindi la crescita del sistema in misura non inferiore all’investimento in capitale fisico e in capitale umano. Eppure, quella sanitaria continua ad essere vista solo in termini di spesa e non anche di investimento. [...] E’ dimostrato che un sistema di *welfare* agisce sui nessi e sui livelli di fiducia dei cittadini, la fiducia crea capitale sociale, il capitale sociale favorisce la crescita”.

Certamente la complessità degli indicatori di qualità e benessere, la soggettività della scelta delle variabili da includere e l’ambiguità della loro interpretazione non facilita il superamento dell’asimmetria competitiva tra sviluppo economico e dimensione sociale. D’altro canto, appare sempre più evidente che vi sono dimensioni sociali ed economiche e che i loro indicatori devono essere integrati. Appare altrettanto evidente che domini di indicatori che riguardano il benessere non solo economico, l’integrazione sociale, il grado di apertura di una comunità sono elementi di competitività.

Per la misurazione di capitale sociale delle province italiane si è partiti da un *dataset* di oltre 50 indicatori, riguardanti la cultura, la sicurezza, la cooperazione, il non profit, la rete delle relazioni (i “legami deboli” visti precedentemente), l’associazionismo, il volontariato, il numero di donatori di sangue, la percentuale di votanti alle elezioni ed altro ancora. Attraverso l’analisi esplorativa è stato possibile isolare due gruppi di variabili, quelle relative al sistema relazionale alle reti sociali e quella inerente la partecipazione civica.

L’analisi per componenti principali individua due indicatori riassuntivi di ciascun gruppo, identificati come “civismo” e “sistema relazionale”. Nella distribuzione delle province sulla base di questi indicatori sintetici emerge una forte componente regionale, soprattutto per quanto concerne il senso civico, con le province del Trentino Alto-Adige e dell’Emilia-Romagna che si discostano nettamente dalle altre. Reggio Emilia risulta essere quarta per civismo, 32esima per sistema relazionale.

Il sistema relazionale, inteso come insieme di fattori intangibili che sottostanno alle relazioni tra le persone, favorisce il raggiungimento della combinazione ottimale dei fattori produttivi, così da consentire, a parità di altre forme di capitale, una maggior produttività nelle aree dotate di maggiori beni relazionali.

L’importanza del senso civico nella realizzazione dello sviluppo economico è stato evidenziato da Putnam in uno studio sulle regioni italiane. In particolare Putnam ha posto l’accento sui distretti, sottolineando come la

maggior diffusione della conoscenza e dell'innovazione sia attribuibile alle regole di senso civico che caratterizzano le aree distrettuali.

È interessante sottolineare come all'interno di ciascun territorio siano ben individuabili due tipologie di conoscenza, quella codificata - fatta di informazioni esplicite, accessibili a tutti attraverso le modalità tradizionali di apprendimento e codici condivisi - e quella tacita - dove le informazioni sono veicolate e interpretate in modo non formalizzato ma trasmesse attraverso l'interazione diretta. Il primo tipo di conoscenza ha libera circolazione e consente di accedere ai cambiamenti nell'innovazione e nella tecnologia che avvengono all'esterno del sistema. La conoscenza tacita ha nel sistema relazionale e nei rapporti fiduciari la sua unica modalità di trasmissione, assicurando il mantenimento delle specificità del territorio all'interno del sistema.

Sono numerosi gli studi che individuano nella capacità di sviluppare conoscenza tacita il vero fattore di successo delle aree distrettuali, una modalità di apprendimento endogena che costituisce un patrimonio diffuso della comunità. Affinché ci sia vantaggio competitivo occorre che accanto alla conoscenza tacita vi sia una crescita anche di quella codificata, attraverso le modalità esogene di apprendimento.

Partendo da un *dataset* di indicatori composto solamente da quelli maggiormente esplicativi, è stato calcolato un indice sintetico del capitale sociale. L'indice è fortemente correlato sia alla dimensione relazionale sia a quella partecipativa. Le province del Trentino Alto-Adige e dell'Emilia-Romagna si confermano nelle prime posizioni. Bolzano, Aosta e Bologna le prime province per dotazione di capitale sociale. Reggio Emilia è ventunesima.

Dunque, il capitale sociale come attivatore di relazioni che favoriscono la circolazione delle informazioni e dei rapporti fiduciari. Esso ha avuto un ruolo di primo piano nello sviluppo delle province italiane; nell'attuale fase del ciclo economico nella quale si intensificano le interdipendenze con realtà esterne al territorio, la capacità relazionale sembra avere un ruolo maggiore rispetto alla partecipazione civica, anche se per molti aspetti le due componenti si intrecciano e si fondono.

8.1.5 Le componenti dello sviluppo: uno sguardo d'insieme

Finora l'analisi è stata condotta raggruppando gli indicatori per tipologie di capitale e analizzando la correlazione di ciascuna di esse con lo sviluppo economico. Si è visto come alcune componenti, per esempio quella rappresentativa del capitale umano, riescano ad approssimare la distribuzione provinciale dello sviluppo con eccellenti risultati. La separazione delle forme di capitale è utile per mettere a fuoco specifiche tematiche e rappresentarle attraverso indicatori sintetici, tuttavia è evidente come questa divisione non possa essere netta, in quanto le interrelazioni tra le forme di capitale sono strettissime e difficilmente scindibili. Per esempio, la dimensione lavoro, che contribuisce alla formazione della componente del capitale umano, è fortemente correlata alla struttura produttiva e alla sua capacità di evolvere verso forme innovative, così come l'innovazione è alimentata - e al tempo stesso alimenta - dalla formazione e dalla diffusione della conoscenza. Diventa allora interessante rielaborare congiuntamente le variabili maggiormente esplicative per calcolare un indicatore di dotazione complessiva del capitale, dunque senza distinzione di appartenenza alle differenti tipologie di capitale. Lo strumento, ancora una volta, è l'analisi per componenti principali.

La prima componente, che spiega circa il 60 per cento della varianza complessiva, è determinata dagli indicatori sull'occupazione, dal radicamento della cultura d'impresa, dalla innovazione - sia in termini strutturali che di risultati -, dalla diffusione dei gruppi e delle medie imprese, dalle esportazioni, dalla formazione degli occupati, dalla domanda di cultura, dal sistema relazionale e dalla partecipazione civica.

La rappresentazione grafica di questa prima componente, sintesi del capitale complessivo, presenta una distribuzione provinciale che ricalca quella dello sviluppo, con un coefficiente di regressione pari a 0,93. In altri termini, le differenze di sviluppo - misurato sia dal lato del reddito che delle spese sostenute - delle province italiane possono essere spiegate dall'intensità e dalla interazione delle dimensioni che formano la prima

componente. Sono dimensioni ancora fortemente correlate tra loro, nelle quali non è possibile distinguere causa ed effetto, dove dati strutturali e materiali si intrecciano a componenti intangibili.

Il capitale complessivo può essere letto anche attraverso la suddivisione delle dimensioni individuate in funzione della loro natura tangibile o intangibile, dove l'attribuzione dell'appartenenza è, in alcuni casi, soggettiva. Si hanno così due nuove variabili, una espressione della natura materiale dei beni e correlata ai dati delle imprese e del lavoro; la seconda legata all'innovazione, alla formazione, al sistema relazionale, al civismo ma anche ai gruppi d'impresa, espressione della capacità delle società di organizzarsi in rete. Semplificando, la seconda componente può essere definita come la misura della creazione e della diffusione della conoscenza.

Le due componenti così individuate presentano una stretta correlazione, ad indicare la forte dipendenza; il coefficiente di regressione è pari a 0,86. Se volessimo confrontare l'andamento dello sviluppo nelle province italiane con la sola componente tangibile otterremmo una distribuzione con un coefficiente di regressione pari a 0,88; mentre lo stesso confronto condotto ricorrendo alla componente intangibile - e quindi prescindendo dai dati strutturali ed occupazionali - fornirebbe un coefficiente di regressione uguale a 0,91.

Il raggruppamento delle province in funzione della dotazione di capitale complessivo, effettuata attraverso la *cluster analysis*, restituisce quattro gruppi. Il primo gruppo, quello delle province *leader*, ricalca abbastanza fedelmente quanto emerso considerando il solo indicatore di sviluppo economico, tuttavia si registra lo spostamento di alcune province dal primo gruppo al secondo e viceversa.

Nello specifico, Aosta, Trieste, Prato, Sondrio e Venezia scendono dal primo al secondo gruppo; Treviso, Pordenone, Torino e Ancona seguono il percorso inverso. Reggio Emilia, diciottesima sulla base dell'indicatore di sviluppo, occupa la terza posizione secondo la dotazione di beni materiali ed immateriali.

Reggio Emilia è una delle province che presenta lo scostamento maggiore, un *gap* tra sviluppo realizzato e dotazione di capitale di non facile interpretazione, in quanto molte sono le possibili letture. Tra queste, una attiene alla forte immigrazione, quinta provincia italiana per incidenza della popolazione straniera su quella complessiva. Poiché l'indicatore di sviluppo economico è fortemente correlato al reddito, l'elevata presenza di popolazione immigrata può portare a valori medi provinciali inferiori. Questa dinamica, seppure in misura più contenuta, si riscontra in altre province con una forte componente straniera, come Vicenza e Treviso, ma non in altre (Prato e Brescia). Sembra di poter affermare che non è nella sola dinamica migratoria che va cercata la differenza; con ogni probabilità il divario tra sviluppo e capitale è riconducibile a cause che sfuggono all'osservazione statistica. Questo punto verrà ripreso nelle considerazioni conclusive.

La mappa delle province maggiormente dotate di capitale, come già riscontrato dagli indicatori di ricchezza, ridisegna una nuova geografia dello sviluppo economico italiano, che fuoriesce dallo schema tradizionale delle ripartizioni territoriali. L'asse dello sviluppo si snoda da Roma a Bolzano, includendo due province della Toscana, la quasi totalità dell'Emilia-Romagna, parte del Veneto e della Lombardia. A questo corridoio che taglia l'Italia centralmente, si aggiungono Torino e Cuneo ad ovest, Ancona ad Est.

La soggettività delle classificazioni e la forte dipendenza tra le dimensioni utilizzate non consentono di trarre alcuna conclusione definitiva sull'incidenza delle differenti forme di capitale nella determinazione delle differenze territoriali dello sviluppo, così come la distinzione tra beni tangibili ed intangibili non può essere conclusiva. Tuttavia, appare evidente come lo sviluppo possa essere visto come una combinazione di beni materiali ed immateriali, di struttura e di conoscenza.

Le province a maggior sviluppo sono quelle dove entrambe le dimensioni sono radicate, ben bilanciate e compenstrate, altre province dove ambedue sono carenti o nelle quali la diffusione dell'una prevale nettamente sull'altra evidenziano livelli di sviluppo inferiori. Il posizionamento rispetto alla retta di regressione fornisce una interessante chiave di lettura: le province che si posizionano al di sotto indicano una prevalenza della componente materiale, quelle posizionate sopra la linea di tendenza evidenziano una maggior dotazione di capitale intangibile rispetto a quello tangibile. Con riferimento alle sole province a maggior sviluppo, quelle dell'Emilia-Romagna tendono a distribuirsi lungo la linea di regressione o al di sopra di essa, le province del Veneto nell'area inferiore, quelle della Lombardia si suddividono in entrambe le aree. Se, come sembrano

confermare tutti i più recenti studi economici, la competitività si gioca sempre di più sui fattori immateriali, le province dell'Emilia-Romagna offrono prospettive di sviluppo superiori a molte altre aree territoriali. In particolare, Reggio Emilia, quarta provincia italiana per dotazione di capitale intangibile (seconda per quello tangibile), si presenta nelle migliori delle condizioni per proseguire nel percorso di sviluppo che, da anni, la colloca nell'eccellenza non solo italiana ma europea.

8.1.6 Le componenti dello sviluppo: alcune considerazioni

Due erano gli interrogativi alla base di questo studio: il primo era relativo all'individuazione delle componenti sociali ed economiche che determinano i differenti livelli di sviluppo nelle province italiane; il secondo si concentrava sui fattori e, eventualmente, sui valori che sottostanno alle componenti stesse.

Alla prima domanda si è tentato di dare risposta attraverso le elaborazioni condotte nei precedenti capitoli. Per quanto riguarda il secondo quesito, vi è una chiara difficoltà nel trovare evidenze empiriche dell'effetto di dimensioni che non sono esattamente circoscrivibili. È la stessa difficoltà che si incontra quando si tenta di spiegare le differenze territoriali attraverso un modello, vi sono componenti che sembrano sottrarsi ad ogni tentativo di misurazione, ma che agiscono e producono effetti uguali se non superiori a quelli dei fattori economici.

Dalle analisi realizzate, la capacità relazionale - tra le persone così come tra le imprese - pare essere il fattore trainante lo sviluppo, benché il suo apporto non sia oggettivamente quantificabile. In un suo recente scritto Zamagni afferma: "Dilatare l'orizzonte della ricerca fino a includervi il valore di legame è oggi una grande sfida intellettuale per l'economia, e ciò per la fondamentale ragione che la relazione tra le persone è di per sé un bene che, in quanto tale, genera valore". Dunque, se il capitale relazionale rappresenta un fattore competitivo è conseguente domandarsi cosa determina le differenze territoriali nella sua dotazione. Per tentare di dare risposta a questo ulteriore quesito può essere d'aiuto ricorrere ad alcune riflessioni di natura sociologica.

"La mappa non è il territorio", l'affermazione del sociologo Korzybski ha trovato rapida diffusione in altre discipline, tra le quali quella economica, come espressione dello scarto esistente tra la mappa e ciò che dovrebbe rappresentare, tra il modello e la realtà. Approfondendo il tema mappa e territorio l'antropologo Gregory Bateson si domanda: "Quali sono le parti del territorio che sono riportate sulla mappa? Ora se il territorio fosse uniforme, nulla verrebbe riportato sulla mappa se non i suoi confini, che sono i punti ove la sua uniformità cessa di contro ad una più vasta matrice. Ciò che si trasferisce sulla mappa, di fatto, è la differenza, si tratti di una differenza di quota, o di vegetazione, o di struttura demografica, o di superficie. Le differenze sono le cose che sono riportate sulla mappa".

La riflessione di Bateson può essere sintetizzata con la suggestione "il ponte tra mappa e territorio è la differenza", dove la differenza è intesa come ciò che esce dagli schemi, si comporta con modalità eteroschedastiche, porta in-formazione, novità, evoluzione creativa. Quindi come ciò che non è pianificabile, identificabile, definibile a priori. Secondo un noto costituzionalista ci sono parole indefinibili, che possono essere mostrate solo nella loro assenza, come libertà e giustizia. Ciò vale nell'ambito della poesia (l'indicibile di Rilke), della logica matematica (l'indecidibile di Godel), dell'economia (benessere e sviluppo). Allora la leggibilità di un discorso sulla differenza dipende dal potere evocativo dei valori mostrati, dalla capacità di attrarre significato per parti di un organismo sociale dinamico.

La seconda considerazione stimolata da Bateson riguarda la definizione del territorio. È una identificazione del territorio che esce dagli schemi tradizionali e, in qualche misura, li rovescia. Nell'affrontare le analisi non si parte dal territorio per poi ricercarne i valori (le differenze), ma è la mappa stessa individuata dalle differenze a definire il territorio. Quindi, un territorio senza una identità fissa e precostituita, ma territori che possono essere diversi in funzione dei valori che li identificano.

C'è un terzo aspetto che pare opportuno sottolineare. Sistema valoriale e sistema relazionale attengono al capitale sociale. L'impiego del concetto di capitale sociale in economia ha sollevato la questione della sua "misurazione", secondo Solow per potersi definire "capitale" e non scadere in una semplice espressione alla moda deve essere suscettibile di misurazione mediante dati empirici condivisi dalla comunità dei ricercatori. In termini economici ha valore ciò che possiede valenza di scambio/uso, di riserva/accumulo, di unità di misura.

Sulla base delle considerazioni fatte, siamo nel campo dell'astrazione oppure è possibile esprimere idee per uno sviluppo sostenibile del territorio che portino a mobilitare gli agenti economici (uso/scambio) all'elaborazione progettuale (riserva), all'applicazione di criteri di verificabilità (misura)? E se ciò è possibile, l'iniziativa economica è inscrivibile in questo ambito "alto"?

8.2 Terzo Settore⁴¹

Il terzo settore rappresenta oggi nel nostro territorio una forte risorsa per il raggiungimento di due obiettivi fondamentali quali, il mantenimento del tessuto sociale e la gestione dei servizi. Due obiettivi che rispondono a fenomeni marcatamente riconosciuti. Il dilagare di un imperante individualismo e il bisogno di una sussidiarietà orizzontale e verticale da parte delle istituzioni e delle amministrazioni locali.

Si pone pertanto l'esigenza espressa di aumentare il grado di competenza e di riconoscibilità di un terzo settore che ha saputo generarsi e rigenerarsi attraverso i valori fondanti dell'etica e dell'impegno del nostro patrimonio civico.

A fianco di questa forza vanno segnalate le difficoltà che il terzo settore sta già vivendo e che potremmo ridefinire come un processo di "secolarizzazione accelerata".

Il continuo modificarsi del panorama sociale e l'evoluzione dei bisogni endogeni ed esogeni a cui far fronte ha portato il Terzo Settore ad un'esigenza reale di professionalizzazione e di definizione delle proprie competenze senza disperdere la propria vocazione etica ed identitaria.

La formazione, la costruzione di una "rappresentanza rappresentativa", il ricambio generazionale diventano elementi imprescindibili di un Terzo Settore che rischia di schiacciarsi sulla gestione dei servizi e su elementi di analisi obsoleti.

Puntare su strumenti innovativi valorizzando le peculiarità e i punti di forza esistenti diventa il passaggio necessario per evitare una eccessiva frammentazione ed una eterogeneità indistinta eludendo le necessarie risposte ad una evidente complessità del nostro welfare locale e per far fronte al nuovo panorama di crisi economica e sociale.

Azioni dirette alle attività possibili per promuovere un ricambio generazionale, una formazione permanente e una migliore conoscenza del proprio agire diventano oggi imprescindibili per raggiungere gli obiettivi e le modalità di intervento sulle problematiche emergenti.

Nuove difficoltà si presentano su un tessuto sociale che si sta "lacerando" e sta proponendo nuovi fenomeni sociali di ritorno dovuti ad una crisi economica che finisce per colpire stili di vita di persone fino ad oggi considerate agiate.

A seguire si presenta una descrizione delle tre componenti del Terzo Settore attraverso uno studio dei dati statistici.

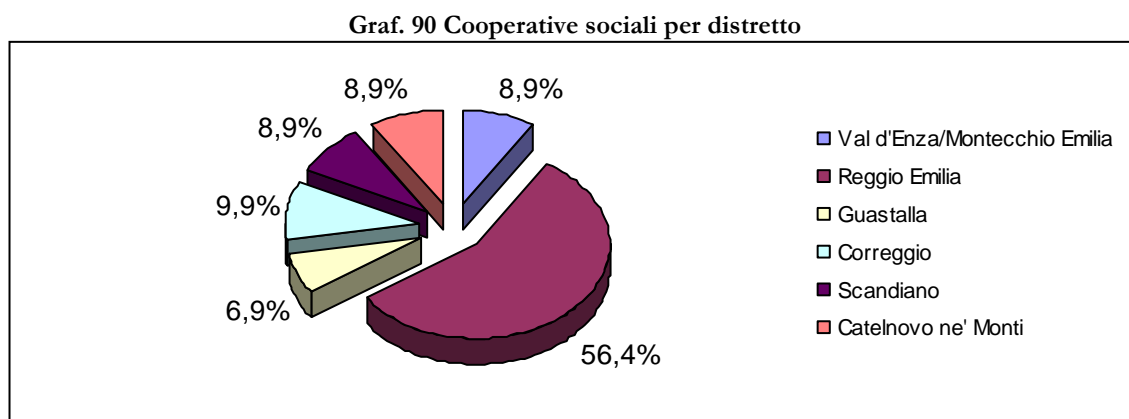
Nella provincia di Reggio Emilia sono presenti ed iscritte nei rispettivi Albi e Registri provinciali⁴²: 280 associazioni di promozione sociale, 257 organizzazioni di volontariato e 101 cooperative sociali. Complessivamente, il 47,6% ha sede nella zona del Comune capoluogo, segue Guastalla che primeggia sugli altri distretti per numero di associazioni di promozione sociale e di organizzazioni di volontariato, ma non nell'ambito della cooperazione sociale.

⁴¹ Contributo del Coordinamento del Terzo Settore di Reggio Emilia e del Servizio Programmazione Sociale, Sanitaria ed Abitativa della Provincia di Reggio Emilia.

⁴² Le fonti dei dati sono: il Registro provinciale delle Organizzazioni di Volontariato, Registro provinciale delle Associazioni di promozione sociale e la Sezione provinciale dell'Albo regionale delle Cooperative sociali. I dati sono aggiornati al 1/10/2008.

8.2.1 Le Cooperative sociali

Le cooperative sociali sono società cooperative che perseguono l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini. Svolgono un ruolo da protagoniste nel *Welfare* di comunità attraverso la gestione e la progettazione di interventi e servizi rivolti ai minori, all'infanzia, agli anziani, alle persone svantaggiate e disagiate. Nel panorama regionale, Reggio Emilia è la seconda provincia per numero di Cooperative sociali attive (101, pari al 13,9% del totale). Oltre l'80% delle cooperative sociali oggi attive nella nostra provincia, si è costituito negli ultimi 20 anni (quasi il 50% negli ultimi 10 anni), questo a conferma la relativa novità del fenomeno. La maggior parte delle cooperative sociali è localizzata nella zona del Comune capoluogo (56,4%), il resto si distribuisce sul territorio come descritto nel grafico seguente:



Per quanto riguarda la tipologia, il 60,4% dei casi (61) sono cooperative che svolgono attività finalizzate all'offerta di servizi socio - sanitari ed educativi (Cooperative di tipo A), il 30,7% (31 unità) riguarda cooperative la cui attività è finalizzata all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate (Cooperative di tipo B). Le cooperative ad oggetto misto che svolgono entrambe le tipologie di attività, sono soltanto il 5,9% (6 casi). Infine 3 sono i consorzi sociali (costituiti come società cooperative aventi la base sociale formata da cooperative sociali in misura non inferiore al settanta per cento), tutti con sede nel distretto di Reggio Emilia.

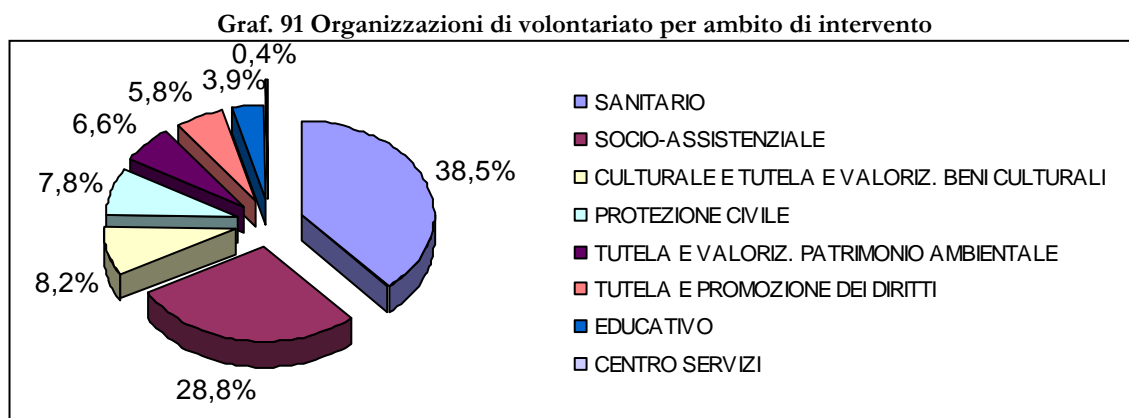
Sotto il profilo territoriale, emergono alcune specificità:

- le cooperative di tipo A tendono ad essere più diffuse nella zona della Val d'Enza (66,7%), di Reggio Emilia (63,2%) e di Correggio (60%);
- le cooperative di tipo B sono relativamente più frequenti a Scandiano (44,4%) e a Castelnovo ne' Monti (44,4%)
- le cooperative ad oggetto misto sono presenti nei territori di Guastalla, Correggio e Castelnovo ne' Monti, con una sola attività, a Reggio Emilia si contano i restanti tre casi.

Per adeguare l'attuale modello di assistenza, perché sia in grado di dare risposta ai bisogni indotti dalle dinamiche demografiche e sociali, e sia compatibile con la nuova segmentazione della domanda, va incentivata la costruzione di progetti volti ad integrare impresa sociale, istituzioni pubbliche, volontariato e famiglie. L'obiettivo è quello di realizzare la sperimentazione di elementi di *welfare community* direttamente nei territori e con la partecipazione dei soggetti locali, sia per ottimizzare le risorse attraverso il coordinamento di ruoli e competenze, sia per sviluppare una partecipazione attiva della comunità. I bisogni delle famiglie andranno tradotti, con la loro partecipazione, in *standard* qualitativi, in livelli di costo e in procedure organizzative da realizzare valorizzando le risorse del territorio. Sperimentare nuove modalità di prestazione dei servizi da parte delle imprese sociali, coordinando le energie della comunità e in sintonia con le linee politiche del servizio pubblico, è un modo per progettare e avviare filiere innovative di servizi alle persone.

8.2.2 Le Organizzazioni di volontariato

Le Organizzazioni di Volontariato (OdV) perseguono esclusivamente fini di solidarietà a favore di soggetti terzi rispetto all'organizzazione avvalendosi delle prestazioni personali, volontarie e gratuite dei propri aderenti. Le organizzazioni iscritte al Registro provinciale sono 257, quasi il 30% di queste si è costituito prima del 1988, segno di una realtà molto radicata e con una lunga tradizione alle spalle. Sotto il profilo dell'ambito di intervento, le Organizzazioni sono impegnate in maniera prevalente nel settore sanitario (38,5%) e socio-assistenziale (28,8%).



Per quanto riguarda la distribuzione territoriale, il 46,3% ha sede nel distretto di Reggio Emilia, seguono Guastalla (15,2%) Correggio (11,3%), Val d'Enza e Scandiano (entrambi 10,5%) e per finire Castelnovo ne' Monti (6,2%).

Le Organizzazioni di Volontariato nascono e lavorano in stretta correlazione con il territorio e le sue articolazioni con una capillarità che si riscontra sia nelle OdV locali, sia nelle organizzazioni territoriali delle OdV di livello nazionale. Questo intenso legame con il territorio permette alle organizzazioni di recepire con puntualità e precisione quelle che sono le esigenze nascenti e quali possono essere le risposte più adeguate ed efficaci da proporre.

Questo porta con sé la capacità di rappresentare gli stessi "portatori" di problematiche socio sanitarie in quanto espressione della loro auto-organizzazione con una sempre maggiore apertura e disponibilità ad integrare l'intervento pubblico nell'ottica di una sussidiarietà efficace.

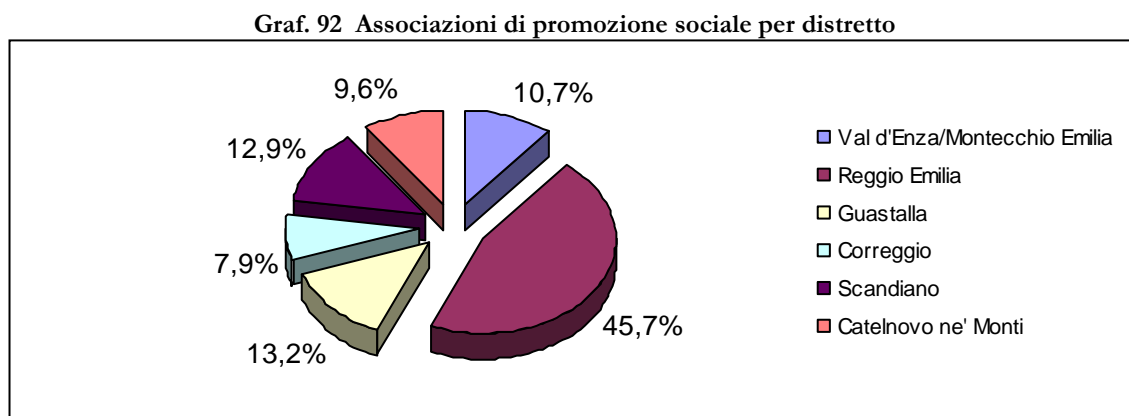
Si riscontra una propensione a convogliare l'attività e l'interesse di nuovi cittadini di origine straniera e lo sviluppo di un potenziale canale informale di integrazione oltre che la trasmissione di un patrimonio valoriale attraverso i fondamenti della partecipazione civica.

A fronte di questo, il mutare del rapporto tra tempi di vita e tempi di lavoro e il considerevole aumento del carico lavorativo e familiare ha visto una immediata ricaduta sulla disponibilità di tempo da dedicarsi ad attività "altre" ed eterodirette.

Le giovani generazioni, sia per processi sociali che culturali, mostrano sempre meno interesse per le tradizionali forme di volontariato. In questo senso si spiega la nascita di nuove OdV con caratteristiche e propensioni nuove e la richiesta, all'interno delle OdV tradizionali, di un maggiore coinvolgimento di giovani volontari.

8.2.3 Le Associazioni di Promozione Sociale

Le Associazioni di Promozione Sociale perseguono interessi di carattere collettivo attraverso lo svolgimento di attività di promozione sociale rivolte a favore degli associati e di altri, come ad esempio: attività di attuazione dei principi di pace e solidarietà, di ricerca e promozione culturale, di sviluppo della personalità umana in tutte le sue espressioni, di valorizzazione del patrimonio storico, artistico, ambientale, di sviluppo del turismo sociale, di sviluppo della pratica sportiva non professionistica tesa unicamente al miglioramento dello stile di vita, della condizione psico-fisica e delle relazioni sociali dei praticanti. Sono iscritte al Registro provinciale 280 Associazioni, delle quali il 45,7% ha sede nella zona di Reggio Emilia, le restanti si distribuiscono sul territorio come descritto dal grafico seguente:



Il cosiddetto associazionismo tradizionale, in particolare riguardo a circoli, centri sociali e strutture associative, è oggi la principale risposta al fenomeno della solitudine che colpisce la popolazione anziana attraverso le iniziative ricreative, lo sport, le attività sociali.

Le nuove forme di auto-organizzazione giovanile riescono invece ad intercettare e implementare la costruzione di azioni dirette alla promozione dell'agio delle giovani generazioni e a proporsi come strumenti di costruzione di un tessuto partecipativo in grado di promuovere un divertimento sano, attività sportive, e luoghi di reale prevenzione al disagio grazie alla collaborazione con i servizi e gli enti locali.

Per questo l'auto-organizzazione dei cittadini all'interno di spazi recuperati dalle amministrazioni comunali permettono il presidio del territorio e una gestione degli stessi, e spesso di servizi correlati, senza eccessivi oneri a carico delle amministrazioni locali, altrimenti costretti ad un dispendio di risorse economiche non più sostenibili.

Purtroppo esiste una difficoltà nel mantenimento di strutture fisiche realizzate tra gli anni '70 e '80 e piuttosto onerose rispetto ai nuovi costi di gestione e al modificarsi delle esigenze dei cittadini.

Si evidenzia, inoltre, un continuo calo di risorse umane sufficientemente attrezzate e formate per la conduzione o la rimodulazione di attività riconosciute anche formalmente come "imprese sociali". Cresce la necessità di un ricambio generazionale e di una formazione in grado di gestire la complessità di un sistema non più riconducibile ad una mera presa a carico di responsabilità.

Infine, si è verificata una progressiva ed incessante burocratizzazione del sistema a carico delle attività di socializzazione promosse dagli enti di promozione sociale e sportiva con conseguente difficoltà nella realizzazione di attività una volta considerate di interesse collettivo (feste, sagre paesane, maratone, ecc.) e nell'apertura di nuove sedi associative sul territorio e scapito del rafforzamento del tessuto sociale comunitario.

9. Aziende di Servizi alla Persona (ASP)

La Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", il Dlgs 4 maggio 2001, n. 207 "Riordino del sistema delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza", la L.R. 12 marzo 2003, n. 2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" hanno previsto un percorso di riordino delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) e la loro trasformazione in Aziende Pubbliche di Servizio alla Persona (ASP). Le ASP si caratterizzano come aziende dei Comuni associati in ambito distrettuale o subdistrettuale e sono nuovi soggetti pubblici, produttori ed erogatori di servizi socio-sanitari e sociali per le persone in ogni fascia d'età che permettono una gestione unitaria e una qualificazione dei servizi grazie al superamento della frammentarietà degli interventi e allo sviluppo dell'integrazione con gli altri soggetti e servizi che costituiscono il welfare di comunità.

Nella tabella seguente è riportato il quadro di sintesi del processo di trasformazione delle IPAB presenti nella provincia di Reggio Emilia:

Tab. 86 Processo di trasformazione delle IPAB in ASP - Quadro di sintesi provinciale

Zona sociale	IPAB preesistenti	IPAB in trasformazione	Totale ASP	ASP già trasformate
Castelnovo nè Monti	2	2	1	1
Correggio	2	1	1	1
Guastalla	8	5	1	1
Reggio Emilia*	6	5	4	4
Scandiano	1	0	0	0
Val d'Enza	1	1	1	0
Totale provinciale	20	14	8	7

* L'Istituzione Cassoli Guastavillani, avente sede a Bologna, ha operato sul territorio di Reggio Emilia come previsto dal suo Statuto ma non è stata ricompresa in questo schema riassuntivo. Il suo percorso di trasformazione viene meglio specificato nell'analisi della Zona di Reggio Emilia.

Come emerge dalla tabella riportata sei IPAB non si sono trasformate in ASP ma si sono depubblicizzate o sciolte.

Nello specifico:

- Zona Sociale di Castelnovo nè Monti: Il Pio Istituto "Don Beretti", operante nel settore della scuola ed il Pio Istituto "Don Cavalletti", operante nel settore degli anziani, hanno optato per la fusione e la trasformazione nell'ASP "Don Cavalletti", con sede a Carpineti, costituita dal 01/08/2008 (D.G.R. n. 1068 del 16/07/08). Sono soci dell'ASP i Comuni di Busana, Carpineti, Casina, Castelnovo ne' Monti, Collagna, Ligonchio, Ramiseto, Toano, Vetto, Villa Minozzo e l'Unione dei Comuni dell'Alto Appennino Reggiano. L'ASP ha come finalità l'organizzazione e l'erogazione di servizi rivolti alla persona di tipologia socio-assistenziali, socio sanitari, socio-educativi, educativi.
- Nella Zona Sociale di Correggio erano presenti due IPAB: l'Opera laicale Vincenzo e Ottavia Ruffini ha optato per la trasformazione in Persona giuridica di diritto privato; la Casa Protetta Magiera Ansaloni, operante nel settore degli anziani, si è trasformata nell'"Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Magiera Ansaloni", azienda multiservizi nell'ambito di intervento anziani, con sede a Rio Saliceto, costituita dal 01/05/2008 (D.G.R. n. 578 del 21/04/08). Sono soci i Comuni di Campagnola Emilia, Correggio, Fabbriico, Rio Saliceto, Rolo e S. Martino in Rio.
- Nella Zona Sociale di Guastalla erano presenti otto IPAB. Tre - la Casa di Riposo "Ester e Alcide Ruffini" di Brescello, l'O.P. Asilo Infantile "Soliani e Scutellari" di Brescello, l'Asilo infantile Villa Tagliata di Guastalla- non si sono trasformate in ASP ma hanno optato per lo scioglimento o la trasformazione in Persona giuridica privata.

Cinque IPAB - il Centro Servizi Anziani "Felice Carri" di Gualtieri, la Fondazione Bennati - Fracassi-Bertoluzzi di Guastalla, il Centro Servizi Assistenziali Paralupi, Fiorani, Bisini di Guastalla, il Centro Servizi all'Anziano "Buris Lodigiani" e l'Istituto "Giuseppe Lorenzini" di Luzzara, operanti nei settori degli anziani e dei minori e disabilità, hanno optato per la fusione e la trasformazione nell'ASP "Progetto Persona - Azienda Intercomunale Servizi alla Persona", operante nel settore degli anziani, minori e disabilità con sede a Guastalla, costituita dal 01/04/2008 (D.G.R. n. 403 del 27/03/08), soci i Comuni di Boretto, Brescello, Gualtieri, Guastalla, Luzzara, Poggio e Reggiolo.

- Nella Zona Sociale di Reggio Emilia si sono costituite quattro ASP: (I) "Rete - Reggio Emilia Terza Età", azienda multiservizi all'interno dell'ambito di intervento anziani con sede a Reggio Emilia, costituita dal 01/01/08 (D.G.R. n. 2126 del 20/12/07), soci tutti i Comuni del Distretto di Reggio Emilia; (II) "Opus Civium", azienda multisetoriale nell'ambito dei servizi per la non autosufficienza e per l'infanzia ed adolescenza con sede a Castelnovo di Sotto, principalmente vocata al bacino subzonale dei Comuni dell'Area Nord di Reggio Emilia (Bagnolo, Cadelbosco di Sopra, Castelnovo di Sotto), costituita dal 01/01/2008 (D.G.R. n. 2190 del 27/12/07), soci tutti i Comuni del Distretto di Reggio Emilia; (III) "O.S.E.A. Opere di Servizi Educativi Assistenziali", operante nel settore dei minori con sede a Reggio Emilia, costituita dal 01/04/2008 (D.G.R. n. 404 del 27/03/08), soci i Comuni di Albinea, Bagnolo in Piano, Cadelbosco di Sopra, Castelnovo di Sotto, Quattro Castella, Reggio Emilia, Vezzano sul Crostolo, Provincia di Reggio Emilia, Vescovo di Reggio Emilia ed il seniore dei discendenti del Conte Girolamo Ancini. (IV) l'"Azienda di Servizi alla Persona SS. Pietro e Matteo", operante nel settore dei disabili, con sede a Reggio Emilia, costituita dal 01/02/2009 (D.G.R. n. 38 del 26/01/09) e derivante dalla fusione delle IPAB "Asilo Raimondo Franchetti" e "Centro Servizi per Adolescenti SS. Pietro e Matteo". Soci dell'ASP sono: Comuni di Albinea, Bagnolo in Piano, Cadelbosco di Sopra, Castelnovo di Sotto, Quattro Castella, Reggio Emilia, Vezzano sul Crostolo, Provincia di Reggio Emilia, socio privato discendente del Barone Raimondo Franchetti. L'IPAB "Pio Legato Bianchi, operante nel settore della scuola, si è estinta.

Nella Zona di Reggio Emilia ha operato anche, nell'ambito dei minori, l'IPAB "Istituzione Cassoli Guastavillani" con sede a Bologna, che per statuto individuava il proprio ambito territoriale di riferimento nei Comuni di Bologna e Reggio Emilia.

A seguito dell'avvio del percorso di riordino delle IPAB la Provincia di Reggio Emilia, membro del Consiglio di Amministrazione dell'Istituzione, ha manifestato la propria volontà a non partecipare alla costituenda nuova ASP e, con il Comune di Reggio Emilia, ha avviato contestualmente una trattativa finalizzata alla liquidazione a favore di una ASP della Zona di Reggio Emilia della quota patrimoniale indicata nelle disposizioni statutarie originarie dell'"Istituzione Cassoli Guastavillani".

Il Comune di Reggio Emilia ha successivamente individuato O.S.E.A., avente finalità analoghe a quelle dell'Istituzione, quale ASP nella quale far confluire la quota parte di patrimonio destinata al Distretto di Reggio Emilia.

Il raccordo tra l'attività svolta dalla Provincia di Reggio Emilia in seno al Consiglio di amministrazione della Guastavillani ed il Comune di Reggio Emilia ha consentito così di valorizzare l'ASP "O.S.E.A. Opere di Servizi Educativi Assistenziali" attraverso il trasferimento di una quota corrispondente ai 9/40mi del valore patrimoniale complessivo dell'Istituzione Cassoli Guastavillani.

- nella zona Sociale di Scandiano era presente una sola Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza, l'IPAB Regina Margherita, operante nel settore della scuola, che ha optato per la depubblicizzazione.
- Nella Zona Sociale della Val d'Enza l'IPAB Ospedale per Infermi e Cronici "C. Sartori" ha optato per la trasformazione in ASP; il processo non è ancora concluso.

IV PARTE: Il territorio tra bisogni e risorse: principali tendenze e criticità

Alla luce di quanto precede l'Ufficio di Supporto ha deciso di provare a rispondere a due domande per dare un contenuto a questo quarto capitolo che di fatto individua già la trama dell'Atto di indirizzo di cui il Profilo fa parte integrante.

Le due domande sono:

- quale sarà lo scenario possibile che si prepara per i prossimi tre anni nel nostro territorio per la nostra comunità?
- Quali opportunità e quali problematiche si presenteranno che richiedono ora l'attenzione dei decisori e degli operatori?

Per il territorio della nostra comunità, per i suoi bisogni, con le sue risorse.

Il territorio. Lo sforzo fatto negli anni passati di riflettere sul territorio a scala provinciale, cui gli indirizzi regionali per la pianificazione sociale e sanitaria ci rimandano, ha trovato concreta manifestazione nei bilanci annuali della AUSL e dell'Ospedale Santa Maria Nuova. Pare di cogliere, nelle indicazioni regionali, il riconoscimento della necessità di integrare l'esperienza distrettuale e di presidio in un contesto più ampio che sappia cogliere le trasversalità e dialogare coi territori vicini, di altre province e di altre regioni. Su ambiti di questa scala si sono mossi ed hanno riflettuto altri attori influenti sui destini della nostra comunità: la Camera di Commercio attraverso il proprio ufficio studi Unioncamere di Bologna e l'Amministrazione Provinciale che ha visto un proprio momento zenitale e di sintesi nella stesura e nell'approvazione del Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale. Su diversa scala territoriale la programmazione distrettuale ha dimostrato di essere fertile terreno di esperienze e confronto tra gli attori ivi presenti.

E' stato questo uno sforzo importante il cui risultato è frutto del concorso di molte intelligenze e molti saperi. Uno sforzo per comprendere come questa nostra Provincia, che dialoga col più vasto territorio regionale, del nord-est e del nord-ovest del nostro Paese, con le direttrici dell'economia e della comunicazione dell'Europa di mezzo e di quella mediterranea possa governarsi per cogliere pienamente le opportunità che questo scenario le offre. Il risultato è un patrimonio importante, una solida trama su cui tessere scenari futuri. Ma quel processo ha anche evidenziato, mentre si concludeva e prima della sua approvazione, il limite di questo modo di pianificare. Le turbolenze della finanza e dell'economia di questi ultimi mesi ci invitano a riflettere sull'opportunità di attivare strumenti diversi per alimentare il dialogo ed il confronto, tra i diversi portatori di interesse sul territorio, necessari ai decisori per poter meglio orientare le risorse, umane, professionali ed economiche, che il settore pubblico, nelle sue diverse articolazioni, può mettere in campo.

Un territorio capace di leggersi criticamente. Questa capacità esiste e questo esercizio cui ci invita la Regione, di compilazione di un Profilo della nostra comunità, che sottenda l'Atto di Indirizzo per la programmazione del prossimo triennio in campo sociale e sanitario, ci ha fatto comprendere come esso possa essere visto come un processo circolare piuttosto che come un prodotto che si esaurisce al momento della sua compilazione, un processo che porti al superamento dell'ingabbiamento temporale dell'attività di programmazione e ne valorizzi la fluidità necessaria a reagire proattivamente al mutare degli scenari. Un processo che tenendo l'occhio puntato su di un orizzonte relativamente prevedibile di un triennio si preoccupi di verificare costantemente il significato delle scelte fatte, sappia ascoltare nuove interpretazioni delle tendenze in atto e raccogliere gli stimoli verso un riorientamento, ove necessario anche radicale, della destinazione delle risorse e della loro qualità.

Questo esercizio ci ha fatto capire come sia necessario ed utile un comune e condiviso terreno di dialogo tra tutti quanti hanno precisi interessi a capire e sviluppare la nostra comunità, in una scala adeguata, che porti a valore l'esperienza fatta in passato a livello distrettuale e, per tematiche specifiche, a livello provinciale. Il

mondo della sanità ma anche quello dell'associazionismo sportivo, quello dell'assistenza ma anche il mondo della cultura, la scuola che educa, che forma, che ospita, ma ugualmente l'economia nelle sue espressioni sindacali ed imprenditoriali. Già questa prima stesura del Profilo, che vuole essere e forse restare sempre e solo un semilavorato, raccoglie frutti maturi di questo pensare collettivo. L'esperienza del PTCP, le analisi della Camera di Commercio, il sapere dell'Amministrazione Provinciale dimostrano, se ve ne fosse la necessità, come il condividere visioni diverse di questa realtà complessa ne favorisce un'analisi più poliedrica, capace ad un tempo di cogliere tendenze profonde così come anticipare emergenze puntuali.

I bisogni e la loro interpretazione, quelli che si manifestano chiaramente e quelli che occorre far emergere, interpretare, per i quali occorre apprendere linguaggi nuovi. Che sono resi complessi dal fatto che ora emergono anche da culture non più omogenee, a volte difficili da comprendere con i nostri vagli culturali. Bisogni portati dalla povertà e dalla solitudine, ma anche dalla ricchezza e da un benessere che nasconde in se frutti buoni e frutti velenosi. Bisogni per i quali la risposta è semplice e che scontano solo la scarsità di risorse economiche del nostro stato sociale (o di ciò che ne resta) e bisogni più difficili da interpretare e per i quali la risposta è ancor più complessa, che impongono interventi sul tessuto sociale, investimenti di lunghissimo periodo da cui le dinamiche moderne del fare e del vivere ci hanno molto allontanati. Bisogni che scaturiscono da fragilità nel nostro capitale sociale il cui restauro richiede competenze di architettura sociale e tempi che paiono non sempre disponibili. Bisogni generati dal benessere cui possiamo ragionevolmente attingere che allunga la vita a tempi prima della nascita e prima della morte dilatando bisogni antichi e creandone di nuovi che a volte alimentano sfide etiche e filosofiche cui spesso non siamo preparati.

Risorse il cui significato, la cui elencazione, il cui valore hanno subito e subiscono mutamenti che ci sfidano. Quelle naturali: chi pensava pochi decenni or sono che aria e acqua fossero risorse scarse e preziose che richiedevano costose strategie di conservazione. Che il tempo, i tempi del lavoro, del riposo, dell'apprendere e del vivere potessero diventare oggetti di attenzione e criticità sociale, intrecciarsi e confondersi come accade ora. Che la nostra collettività fosse chiamata a sondare il valore di saperi estranei, stranieri. Ricercare e sfruttare risorse immateriali più difficili da estrarre di quelle delle miniere o dei campi. Risorse che sempre più spesso non possono essere considerate certe, stabili, durature. Non quelle economiche e finanziarie, ma neppure quelle professionali in questo mondo che muta e che anzi ci sfida maggiormente proprio quando sembra provenire dagli angoli più antichi ed ancorati al passato del pianeta.

Ma vediamo dove una proiezione prudente degli andamenti demografici ci conduce nel 2011. Questo orizzonte temporale, che è anche quello del Piano sociale e sanitario, è ragionevolmente attendibile stante l'inerzia della maggior parte dei fenomeni esaminati anche se l'attuale turbolenza economica non potrà non avere, specie se dovesse protrarsi oltre il prossimo biennio, conseguenze difficilmente stimabili nel contesto sociale, specialmente verso chi già viveva situazioni di difficoltà o verso le comunità dei migranti che meno si sono radicate sul territorio o i cui paesi d'origine offrono migliori opportunità di vita e di lavoro. Continua negli anni futuri un rilevante incremento della popolazione, sostenuta dalla immigrazione e dalla natalità, stimate in ulteriore aumento. Nel 2011 i residenti in provincia saranno circa 35.000 in più del 2007. Se guardiamo alla distribuzione per classi di età notiamo come l'incremento più rilevante sia in tre classi di età: nei bambini dagli 0 ai 14 anni in forza dell'incremento della natalità, prevalentemente tra gli immigrati, negli anziani per l'aumento della speranza di vita in linea con quella nazionale e nella classe dai 45 ai 54 anni a causa dell'arrivo delle coorti dei *baby-boomers* e dell'invecchiamento della popolazione immigrata. L'unica classe di età in netta flessione è quella dei 25-34enni, espressione del calo della natalità negli anni '80, quando il fenomeno immigratorio non si era ancora presentato e che ci dà una chiara esemplificazione di come si presenterebbe il quadro demografico in mancanza dell'apporto degli immigrati.

Il fatto che l'occupazione nella nostra Provincia si concentri prevalentemente nel settore manifatturiero a medio bassa qualificazione, il settore che più sta risentendo del ciclo economico negativo, potrà indurre sia

fenomeni di emigrazione della parte più mobile della nostra popolazione, quella proveniente dal sud dell'Italia e dall'Europa dell'est (comunitaria e non), sia l'emergere di una nuova utenza per i servizi sociali, specie di coloro che hanno avviato ma non concluso progetti di radicamento quali l'acquisto della casa, il ricongiungimento familiare. Dal quadro complessivo emerge chiaramente che la multiculturalità è un fenomeno da gestire nel lungo periodo che impone politiche di inclusione inevitabili e da accelerare ulteriormente. Risulta evidente l'opportunità di un nucleo tecnico stabile di riflessione e osservazione in tema di fenomeno migratorio e coesione sociale capace di un approccio flessibile e riflessivo che si avvalga di strumenti di conoscenza diversi, integrati tra loro, senza pregiudizi metodologici superando le fonti di natura amministrativa con l'intento di produrre consapevolezza, elementi di riflessione, proposte e spunti valutativi.

Le strutture sanitarie e sociali, soprattutto per la madre e il bambino e per gli anziani, per le famiglie potrebbero non essere in grado di reggere l'aumento importante della popolazione di riferimento. Questo implica il potenziamento e la messa in rete di tutte le attività di informazione e formazione a favore delle famiglie (Centri per le Famiglie, Consultori familiari, Sportelli sociali nella parte del lavoro di comunità ad essi affidato, risorse informali), impone di rafforzare, rendere più flessibili e personalizzare le prestazioni di aiuto domiciliare e di accoglienza. Occorre rendere più efficaci le attività promozionali e preventive dei servizi, rivedendo attività e metodologie di sostegno alla povertà sia dal punto di vista del sostegno economico che del sostegno evolutivo ed educativo. Va messo a sistema e costruito un insieme di buone pratiche sull'attività educativa territoriale. Il tema della popolazione femminile del suo ruolo nell'economia, nell'educazione, nell'assistenza impone di creare maggiori luoghi e spazi di attivazione di politiche elaborate collettivamente e condivise.

Risulta evidente che il mondo degli adolescenti e dei giovani si affaccerà a possibili problemi di disagio, specie negli adolescenti e nei giovani immigrati di seconda generazione. L'aumento del peso percentuale della classe di età compresa nella fascia 15-24 anni rispetto al totale della popolazione ci consente di affermare che nei prossimi anni avremo un aumento di popolazione dipendente dal nucleo familiare d'origine e non ancora su percorsi di autonomia composta da una parte consistente di giovani stranieri che interrogano le politiche di integrazione nel tessuto relazionale e richiedono un'applicazione dei servizi agli approcci di mediazione sui conflitti intergenerazionali. Le principali criticità che si dovranno affrontare non sono peculiari del territorio reggiano in quanto le giovani generazioni sono sicuramente quelle che più assumono il modello globale come riferimento. Si assottigliano i confini fra i concetti di agio e disagio, classificazione che ha ordinato l'impianto organizzativo dei servizi rivolti anche alle giovani generazioni con la conseguenza che non emergano all'attenzione in modo evidente le nuove fragilità o vulnerabilità sociali. Il mondo degli adulti vive una forte crisi rispetto alle giovani generazioni in termini di autorevolezza ma anche di autorità e ciò vale per tutte le parti del corpo sociale, dalla famiglia, alla scuola. Per sostenere le giovani generazioni sarebbe necessario un lavoro sulla parte adulta, non solo di tipo educativo pedagogico, ma principalmente di posizionamento responsabile circa le proprie funzioni.

Si rileva un aumento della precarietà in senso generalizzato (soprattutto sul fronte dell'accesso al lavoro) ma anche l'ampliamento del bacino geografico potenziale al quale fare riferimento con conseguente maggiore mobilità sociale e anche competizione sociale. La conoscenza e le competenze sociali diventano elemento di ricchezza al pari delle risorse economiche e quindi è ancora più evidente il rischio per i giovani che abbandonano percorsi scolastici e formativi. Questo straniamento dal contesto porta al ricorso a forme di abuso di diverse sostanze contemporaneamente e di sostanze funzionali al mantenimento del modello di competizione sociale da parte di giovani e giovani adulti. Occorre quindi immaginare un rafforzamento dei progetti e delle funzioni di prossimità quali forme di ascolto, incontro, prevenzione e promozione di stili di vita sani, capire i nuovi fenomeni e comportamenti dei giovani ed in particolare le ricadute sociali della costruzione di mondi virtuali legati all'uso delle nuove tecnologie. E' necessario lavorare con gli adulti e con i giovani sui legami della comunità, sulle capacità e possibilità di incidere nei cambiamenti, lavorare per

ricostruire un contesto di cittadinanza attiva per i giovani, dedicando particolare attenzione all'offerta di percorsi che favoriscono forme di responsabilità attiva a favore della propria comunità.

Emerge chiaramente il possibile insorgere di conflitti sociali a causa della disoccupazione, il possibile aumento della insofferenza e del rancore degli italiani più poveri, per l'aumento della competizione con gli immigrati per i servizi sociali.

A questo scenario che ci prefigura una proiezione demografica aggiungiamo le considerazioni che emergono dalle analisi e dalle valutazioni dei professionisti che operano in ambito sociale e sanitario.

Alcuni elementi che condizioneranno i processi di sviluppo dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali devono necessariamente essere valutati. Si è assistito negli anni a un calo tra i cittadini del senso di appartenenza e di fiducia nelle istituzioni pubbliche, tra cui anche i servizi sanitari e sociali. Ciò ha comportato un aumento del contenzioso, formalmente espresso o latente, ed una minore tolleranza nei confronti di insufficienze o inefficienze, vere o presunte. Gli ospedali sono andati identificandosi come i luoghi di diagnosi e cura dell'acuzie, con la necessità di qualificarsi sempre più per l'uso di tecnologie avanzate, la competenza clinica, il confort ambientale dei pazienti, d'altro lato l'approccio alle patologie croniche, in rilevante aumento, deve sempre più tenere conto che la cronicità non è un momento puntuale nella vita di una persona, ma un pezzo, più o meno lungo, della sua vita. Ne consegue quindi che per garantire ottima qualità di assistenza, equità ed efficienza nell'uso delle risorse per il malato acuto su tutto il territorio della provincia occorre che gli ospedali lavorino effettivamente ed efficacemente in rete, centralizzando le competenze più specialistiche e le tecnologie più avanzate e riconoscendo la necessità di ottime competenze diffuse per le patologie ad alta frequenza. D'altra parte per offrire una buona qualità di assistenza al malato cronico, condizione necessaria per una buona qualità di vita, occorre pensare al percorso assistenziale in modo integrato, tra ospedali a diversa complessità, tra ospedale e territorio, tra servizi sanitari e socio-sanitari, identificando le diverse tappe del percorso e presidiando con precisione tutti i momenti di raccordo tra le diverse strutture.

Il concetto di salute si è modificato ed ha dilatato gli spazi di intervento della medicina non in funzione della sola assenza della malattia, ma per garantire un "benessere psico-fisico" fino a considerarla decisiva per il raggiungimento della felicità, della bellezza, della gioventù, condizioni distinte dalla salute come i desideri lo sono rispetto ai bisogni primari. A ciò ha contribuito anche l'assimilazione dei concetti di cura e di guarigione: l'evoluzione tecnologica, pur anticipando la diagnosi o rendendo disponibili innovativi strumenti di cura, non ha inciso sempre in modo positivo sulla guarigione, generando ulteriori distorsioni tra le quali l'errato convincimento che vi sia sempre un farmaco, una tecnica chirurgica, un trattamento in grado di debellare la malattia. Le trasformazioni sociali incidono ovunque sulla tipologia e sull'utilizzo dei servizi da parte della comunità: la nostra realtà provinciale, fortemente connotata per ideali di rappresentanza e senso di appartenenza ed identificazione nei servizi voluti e creati dai cittadini per dare risposte ai loro bisogni, sta perdendo queste prerogative, complice anche la trasformazione indotta dalle caratteristiche della sua evoluzione demografica. Tali cambiamenti hanno modificato l'approccio ai servizi sanitari per il soddisfacimento di nuovi bisogni ed il maggior orientamento alla fase acuta della malattia. Infatti, a fianco di una popolazione straniera sempre più orientata ad utilizzare i servizi nel momento acuto del bisogno, cresce la richiesta di una risposta alla cronicità della popolazione reggiana.

Anche l'ospedale risente di queste trasformazioni: i rilevanti costi di funzionamento inducono un generale richiamo a un'attenzione esclusiva alla fase acuta della malattia. Se ciò ha aumentato la sua efficienza, ne ha anche reso asettica ed impersonale l'immagine. L'ospedale non è più il luogo dove si cura la malattia e nel quale il tempo della degenza è anche tempo di relazioni, di condivisione, di legami: è divenuto un concentrato di tecnologie e di competenze tecniche, del quale, paradossalmente, percepiscono meglio la funzione proprio gli stranieri, pur con un'errata modalità di accesso ed una scarsa cultura nell'utilizzo dei suoi servizi. In questa

situazione, più che mai occorre individuare un denominatore comune fra l'esigenza di mantenere l'offerta sanitaria agli elevati livelli di qualità e competenza ad oggi raggiunti, programmando e connotando in modo corretto le attività dei diversi segmenti dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria, senza disperdere, al tempo stesso, i valori sui quali esse hanno affondato le loro radici. Occorre, quindi, non abbandonarsi ad un tecnicismo improduttivo e fine a se stesso e di lavorare con ancora maggiore intensità sull'integrazione dei percorsi clinici ed assistenziali fra gli ospedali ed il territorio, abbattendo i diaframmi sovra strutturali che separano il paziente acuto da quello cronico e cercando di definire ambiti precisi e tra loro comunicanti fra prevenzione e cura, fra *follow up* ed assistenza territoriale, recuperando il valore aggiunto di un accompagnamento che può essere considerato l'attuale sinonimo del concetto di servizio.

Ecco che allora da questa valutazione complessiva che emergono quattro soggetti particolari di attenzione e che rappresentano nel contesto delle tendenze delineate le situazioni di maggiore criticità dove il massimo di attenzione e di risorse andrà posto per affrontare le sfide che il futuro prossimo presenta alla nostra comunità. Con questo senza dimenticare tutto quanto fa già ora pienamente parte dei nostri programmi e progetti che non potrà né dovrà essere trascurato ma che non ci sfida se non nella qualificazione delle prestazioni e nella razionalizzazione delle risposte a fronte di una crescente scarsità di risorse che ci imporrà di ricalibrare l'offerta dei servizi verso standard più equi e meno ambiziosi verso le eccellenze.

La famiglia in una accezione più ampia, antica, cui ci richiamano le nostre diverse comunità di immigrati del sud del nostro paese e del mondo, dell'estremo oriente e del vicino est europeo. Che deve essere sostenuta nel suo imprescindibile ruolo di complementarietà ad ogni e qualsivoglia intervento sociale e sanitario e che deve essere aiutata a consolidarsi attraverso percorsi da scoprire, professionalità nuove da costruire, da rafforzare dove esistono. Occorre favorire questo processo di cambiamento che trascina con sé una rilettura dell'abitare, un modo diverso di interpretare la solidarietà. Per curare e mantenere le patologie individuali e sociali nel e col contesto sociale, unico luogo in cui si possa effettivamente cercare una soluzione. Strumento indispensabile per interpretare i percorsi e le interazioni coi servizi, misura della qualità di quanto si sa offrire.

La donna motore di integrazione, perno dell'equilibrio sociale che deve sentirsi protagonista dei processi sociali che la circondano, essere capace di trovare e dare solidarietà, che deve poter trovare ascolto e protezione dalla violenza e dalla segregazione, trovare dignità nel lavoro.

La scuola nella sua accezione più ampia e nobile, di ogni strumento, luogo, situazione che soddisfi la richiesta educativa e che è e resta il processo fondamentale che alimenta la ricchezza della nostra comunità, che ne custodisce le radici, che fa delle diversità elemento di apertura e di crescita. Strumento per costruire una nuova identità accogliente e solidale come la nostra ha saputo essere, attenta alla persona ed ai suoi bisogni, rispettosa del dialogo tra credi diversi, che prima erano il marxismo ed il cristianesimo ed ora sono altre. Che includa senza assimilare. Una "scuola" che educi e che formi, che dia competenze oltre che conoscenza, che alimenti sensibilità e che accolga molto del tempo dei nostri ragazzi senza cercare altrove, in altri tempi ed altri luoghi, paradossalmente concorrenziali, stimoli e guida per il giusto agire sociale e personale. Che sia luogo dove apprendere a vivere, a conoscersi, a fare e progettare insieme. Città dei giovani, oikòs, ecclesia e agorà ad un tempo: luogo dell'incontro interpersonale, della politica e della cittadinanza.

Le reti che si intrecciano nel nostro territorio che vanno esplorate, sovrapposte, testate, annodate e, forse, ripensate, messe in discussione. La rete della popolazione nelle sue aggregazioni e nei suoi rapporti, nei suoi movimenti e nelle sue isole. La rete dei servizi sanitari, territoriali e di secondo e terzo livello, la rete delle comunicazioni le sue gerarchie e le sue irrazionalità, la rete dei servizi sociali i suoi processi i suoi percorsi i

suoi labirinti. La rete delle strutture della cultura dell'educazione della formazione dell'accoglienza. La rete dell'energia, dell'acqua. Il reticolo delle fedi. Ciascuna interagisce con le altre in modo che intuiamo e non conosciamo. Dobbiamo cercare di vedere il disegno complessivo.

Reti ospedaliere, cure primarie e sanità pubblica

Le Aziende Sanitarie della Provincia, nel corso degli anni, sono state artefici di significativi risultati sul piano di un'equa distribuzione dei servizi, di un'offerta sanitaria e socio-sanitaria appropriata a livello clinico ed organizzativo, del recupero e del mantenimento di una stabile efficienza nella allocazione delle risorse.

In questo scenario di sostanziale e complessiva affidabilità, i futuri atti di programmazione sono chiamati a delineare prospettive di sviluppo coerenti con la necessità di fornire soluzioni capaci di consolidare l'esistente, ma anche di governarne la dinamica evolutiva dei mutamenti in atto nei servizi sanitari e nella percezione che di essi hanno cittadini ed operatori.

La provincia di Reggio, da una recentissima indagine condotta dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero del Welfare, è fra quelle caratterizzate dal più basso rischio relativo, standardizzato per classi d'età, di ospedalizzazione, sia nel sesso maschile che in quello femminile, con una dotazione complessiva di posti letto fra le più basse a livello nazionale (ca. 1 posto letto ogni mille abitanti in meno della media regionale): poiché le condizioni di salute della popolazione non sono significativamente diverse da quelle di altre province del Nord Italia, ciò rappresenta prevalentemente il risultato di una rete di servizi territoriali che hanno contribuito a preservare e ad accrescere, come già sottolineato, il ruolo dell'ospedale come luogo elettivo di cura della malattia nella sua fase acuta.

Mantenere questi risultati richiede, tuttavia, non solo un ulteriore investimento sui servizi sanitari extraospedalieri (in particolare negli ambiti in cui la cronicità riduce o compromette l'autosufficienza delle persone) e socio-sanitari, ma anche la capacità di pianificare e realizzare una programmazione ospedaliera con carattere sovraprovinciale o di area vasta. La mobilità dei cittadini ed il loro crescente grado di *empowerment* nella scelta dei professionisti e dei luoghi di cura, rende, infatti, anacronistica una programmazione che limiti il proprio raggio d'azione alle Strutture (in particolare ospedaliere) della provincia, ponendo a rischio l'adeguatezza della rete attuale, faticosamente delineata e realizzata negli anni passati.

Anche la consolidata distinzione fra l'ospedale "*hub*" della provincia (il S. Maria Nuova, titolare delle funzioni e delle attività di 2° e 3° livello) e gli ospedali "*spoke*" di livello distrettuale (depositari di quelle di 1° livello), pur convincente ed ulteriormente avvalorata dalla prospettiva che al SMN venga riconosciuto lo *status* di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), ha in sé un doppio limite:

- da un lato, quello di aver gravato, negli anni, l'ospedale cittadino con un crescente carico di attività di 1° livello, per la popolazione del distretto di Reggio Emilia e dei Comuni limitrofi, ulteriormente accresciuto dalla centralizzazione di rilevanti prestazioni di emergenza-urgenza, generale e specialistica, che impongono investimenti professionali quantitativamente elevati e professionalmente onerosi;
- dall'altro quello di aver mantenuto negli ospedali della provincia alcune attività che non raggiungono il volume indispensabile a ottenere e consolidare la competenza clinica necessaria a giustificare le risorse dedicate, e nel contempo non consentono di dare sviluppo adeguato ad altre attività rilevanti per i bisogni di cura emergenti e coerenti con le competenze professionali presenti.

I due vettori, se non adeguatamente bilanciati, rischiano di generare il paradosso di uno scadimento delle strutture *spoke* a fronte di una cristallizzazione dell'*hub* sull'emergenza-urgenza e sul 1° livello clinico ed assistenziale.

I prossimi documenti di programmazione saranno chiamati a delineare una prospettiva in grado di evitare questi rischi, riflettendo, eventualmente, sulla possibilità di diversificare, anche sotto il profilo strutturale, i percorsi dell'attività programmata, dell'*intensive care* (ivi compresa l'emergenza urgenza) e del *long term care* (per pazienti con prevalente bisogno di assistenza infermieristica e tecnica, nell'ambito della quale le nuove professionalità hanno già dimostrato competenze e capacità di gestione diretta dei casi). La proporzione delle tre tipologie di attività sarà differenziata nelle strutture della Provincia, individuando nell'ambito della rete ospedaliera il "chi fa che cosa", compatibilmente con la necessità di garantire equità, appropriatezza efficace e sicurezza delle prestazioni.

Una ridefinizione della rete ospedaliera obbliga contestualmente a una revisione delle funzioni e dei modelli organizzativi delle Cure Primarie.

Le nuove strutture delle cure primarie saranno un punto di riferimento per i cittadini se questi vi troveranno risposte sempre più articolate (anche attraverso lo sviluppo della telemedicina) e appropriate ai loro bisogni, sia di prevenzione primaria che per patologie croniche gestite in modo integrato anche con gli specialisti ospedalieri, secondo percorsi clinico assistenziali concordati

A tal fine per le Cure Primarie sarà molto importante coniugare l'evoluzione organizzativa e lo sviluppo delle competenze. L'impulso che negli ultimi anni è stato dato all'associazionismo medico, che ha portato all'organizzazione di tutti i medici di medicina generale in reti funzionali, dovrà essere sostenuto per favorire una sempre maggiore aggregazione dei professionisti in studi medici associati (medicine e pediatrie di gruppo) e in nuclei di cure primarie strutturati, nei quali medici di famiglia, specialisti, infermieri, ostetriche, tecnici della riabilitazione e altri professionisti lavorano in equipe multidisciplinari che si prendono cura delle persone residenti in quel territorio.

Nell'ambito della Sanità territoriale i Servizi di Sanità Pubblica dovranno rafforzare la loro capacità di incidere sui rischi presenti, da un lato rafforzando il loro ruolo di vigilanza in tutti i settori di competenza, dall'altro approfondendo le funzioni di promozione della salute e di partecipazione alla pianificazione territoriale. Infatti, per quanto riguarda il ruolo di vigilanza, in ambito di ambienti di lavoro il coordinamento di tutte le istituzioni competenti sarà affidato ai Servizi di Prevenzione e Sicurezza; la vigilanza sulla sicurezza alimentare prevederà lo svolgimento del ruolo di Autorità competente per il controllo ufficiale sul territorio da parte dei Servizi di Veterinaria e di Igiene degli Alimenti; infine il controllo sulla sicurezza delle strutture sanitarie e socio-assistenziali sarà effettuato dai Servizi del Dipartimento di Sanità Pubblica.

Accanto a questo rafforzamento delle funzioni di vigilanza voluto dalla normativa vigente, i Servizi di Sanità Pubblica dovranno interpretare il ruolo di "lettori" dei rischi di natura ambientale e connessi agli stili di vita maggiormente presenti sul territorio, per intensità o frequenza, e intraprendere azioni di promozione della salute, in collaborazione con altri soggetti. La tutela della salute dai rischi di natura ambientale richiede anche un ulteriore impegno nella qualificazione degli interventi specifici ai tavoli di pianificazione territoriale. Infine la comparsa nella regione di patologie fino a ieri tipiche dei Paesi a clima caldo-umido e diffuse da insetti vettori, impone il massimo coordinamento nella lotta ai vettori e nel controllo degli eventuali casi sospetti che dovessero manifestarsi.

Dipartimenti e Nuclei di Cure Primarie

- Il livello di integrazione tra i professionisti che fanno parte del NCP può essere migliorato, a partire dall'integrazione tra MMG e MCA (medico di continuità assistenziale, ex guardia medica), per dare un valore aggiunto alla semplice sommatoria data dalla presenza di più professionisti nella stessa sede.
- La sede del NCP dovrebbe essere un punto di riferimento per la risposta ai bisogni di salute primari della comunità. Perché ciò avvenga devono aumentare i servizi offerti nella sede del NCP, sanitari.

- Il buon livello di integrazione con i servizi sociali può essere ulteriormente migliorato. Emergono criticità nell'assistenza a casi di persone molto anziane, che vivono sole o insieme ad un'altra persona molto anziana, con elevati bisogni sanitari e sociali.
- L'andamento demografico e il miglioramento complessivo dell'assistenza sanitaria determinano un aumento progressivo dei casi che necessitano di assistenza domiciliare. Sarà necessario investire ulteriormente nei Servizi Infermieristici Domiciliari.
- Le Medicine di Gruppo possono costituire la base organizzativa e funzionale dei NCP. Per le Medicine di Gruppo di nuova costituzione sono una criticità gli elevati canoni di locazione. È auspicabile una maggiore collaborazione con gli Enti Locali per attenuare questa criticità.
- Mentre aumenta la complessità del sistema curante e dei bisogni degli assistiti, l'Università sembra in ritardo nel cogliere il mutamento delle esigenze del territorio. I medici che lavoreranno nel territorio sono più di un terzo dei laureati, ma il corso di laurea non prevede alcun corso specifico nel piano di studi tradizionale. L'Azienda USL negli ultimi tre anni ha promosso e contribuito in modo determinante alla realizzazione dell'insegnamento del corso sperimentale in Cure primarie e medicina generale, nell'ambito del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di Modena. Sono docenti del corso tre MMG, un pediatra di famiglia e un infermiere della nostra Az.USL. Determinante è stata la collaborazione del Preside di Facoltà, attuale Rettore, e del Presidente del corso di Laurea, attuale Preside. L'Az. USL si è impegnata anche nell'organizzazione del corso triennale di formazione specifica post-laurea in Medicina Generale, coordinando sia le attività pratiche-tutoriali che seminariali dell'Area Vasta Emilia Nord. Inoltre, L'Az.USL ha organizzato corsi di formazione per MMG e PLS tutor. È strategico che l'Università si impegni da un lato a rendere curriculare e non solo sperimentale l'insegnamento della materia "Cure primarie" nel corso di laurea in Medicina, dall'altro a investire maggiormente negli studi sperimentali anche di tipo organizzativo nelle Cure Primarie.

I percorsi di cura per pazienti con patologie croniche

È necessario migliorare la comunicazione tra i professionisti, in particolare tra MMG-PLS-MCA e specialisti sia ospedalieri che degli ambulatori territoriali, e la comunicazione tra i professionisti e le strutture residenziali e semi-residenziali (centri diurni, case protette, ecc.). In questo ambito le tecnologie dell'informazione e la telemedicina hanno ampi spazi di applicazione e di sviluppo.

Percorso di Cura della persona con patologie oncologiche e Rete delle Cure palliative

Pur in questo contesto attivo da tempo, sono tuttora presenti delle criticità che derivano principalmente da:

- una cultura ancora non completamente matura dell'agire in rete;
- una limitata diffusione di conoscenze specifiche su temi tecnici, relazionali e organizzativi che caratterizzano il trattamento palliativo;
- carenze della struttura e dell'organizzazione degli Ospedali, che, orientati storicamente verso l'acuzie, trovano difficoltà a fornire una risposta assistenziale rispettosa dei complessi problemi legati alla terminalità della vita sia dei malati che dei loro familiari.
- necessità di un coordinamento del progetto condiviso fra l'Ausl e le istituzioni che compongono la rete

Area Specialistica Ambulatoriale

- Piano di produzione. Si deve proseguire il percorso avviato con il Piano provinciale di contenimento dei tempi d'attesa definito nel 2007 e aggiornato con il piano di produzione 2008.
La criticità maggiore è quella di reperire i professionisti necessari per potenziare l'offerta e la produzione di prestazioni. Per alcune specialità si osserva una programmazione inadeguata da parte delle scuole di specializzazione universitarie e non si trovano specialisti disponibili sul mercato. Più in generale risulta molto difficile instaurare con i professionisti rapporti di lavoro adeguati all'impegno richiesto, a causa dei vincoli imposti dalle disposizioni di legge.
- Attività specialistica nei NCP. L'inserimento di specialisti nelle sedi dei Nuclei di Cure Primarie migliorerà la qualità dell'assistenza per gli utenti e potrebbe ridurre la domanda di prestazioni specialistiche non appropriate. L'impegno di MMG e PLS nell'assistenza a pazienti cronici, secondo protocolli clinico assistenziali concordati con gli specialisti nell'ambito dei percorsi di cura, dovrebbe ridurre l'accesso agli ambulatori specialistici.
Lo sviluppo del progetto SOLE della Regione dovrebbe migliorare ulteriormente la comunicazione tra specialisti e medici di famiglia attraverso strumenti informatici in grado di favorire la gestione integrata anche dei pazienti cronici e non solo lo scambio di prescrizioni, referti, lettere di dimissione. Per un adeguato sviluppo del progetto SOLE è importante anche una evoluzione dei sistemi informatici delle aziende sanitarie, per rispondere alle funzionalità richieste dal progetto.
La realizzazione di progetti di telemedicina (ad es. per problemi cardiaci non urgenti) consentirebbe di migliorare l'accesso alle prestazioni da parte di pazienti con autonomia limitata, elevando la qualità delle prestazioni erogate al domicilio e in strutture residenziali.
- Accesso. Il progressivo consolidamento del CUP come unico sistema di prenotazione della provincia, deve essere accompagnato da ulteriori sforzi per facilitare l'accesso degli utenti al sistema, attraverso la possibilità sempre più diffusa di prenotare presso le medicine o le pediatrie di gruppo, le farmacie, sportelli informativi dei comuni, ecc.
In questo senso, sono da sviluppare ulteriormente gli strumenti che consentono di accedere alle informazioni e alla prenotazione evitando di recarsi di persona allo sportello (Call center, Internet, sistemi interattivi via Sms,).
- Odontoiatria. Si dovrà favorire ulteriormente l'accesso alle cure odontoiatriche dei cittadini aventi diritto (secondo il programma regionale: utenti in condizione di vulnerabilità sociale, sanitaria, socio-sanitaria), tramite l'incremento dell'offerta ambulatoriale e tramite l'estensione di iniziative di "cattura attiva". Particolare attenzione è necessaria per gli utenti con grave disabilità psico-fisica (vulnerabilità socio sanitaria), per i quali è importante adeguare la dotazione strumentale degli ambulatori e la formazione specifica dei professionisti medici e infermieri.
Inoltre devono essere sviluppate forme di collaborazione con le associazioni di volontariato e il terzo settore per il coinvolgimento attivo in iniziative di sensibilizzazione e di prevenzione.
La realizzazione di programmi per gli ospiti in strutture residenziali (Case protette) richiede la definizione di accordi con le ASP e con il terzo settore, in particolare per i trasporti degli utenti che necessitano di cure presso gli ambulatori.
- Appropriatezza. Proseguirà l'impegno dei professionisti per definire criteri condivisi di accesso alle prestazioni, per livello di priorità, in base alle evidenze della letteratura scientifica.
A seconda delle patologie e delle prestazioni, i protocolli elaborati dai gruppi di lavoro multidisciplinari potrebbero essere condivisi, oltre che con tutti i professionisti interessati nella prescrizione e nell'erogazione, anche con alcune associazioni di utenti, con le quali organizzare anche momenti di diffusione e informazione.

Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Le problematiche relative alla disabilità infantile, alla salute mentale e alle dipendenze patologiche per ampiezza e complessità, e coerentemente con il Piano attuativo 2008-2010 della Regione Emilia Romagna, non possono essere affrontate che da parte di una pluralità di soggetti: istituzioni, servizi sociali, servizi sanitari, scuola, mondo del lavoro, volontariato, associazionismo e l'intero sistema di comunità a cui ogni cittadino è chiamato a partecipare. In particolare è da considerarsi strategica l'integrazione fra i servizi sanitari (di Salute Mentale adulti, di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, per le Dipendenze Patologiche, di comunità) ed i servizi sociali in un'ottica di condivisione progettuale e nella risoluzione di situazioni complesse; fondamentale nel sistema di cura il collegamento con altre competenze non meno utili ed efficaci fra cui, *in primis*, quelle dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta, del privato sociale e, più in generale, del privato accreditato.

Saranno determinanti nel prossimo futuro politiche sanitarie in grado di favorire la prevenzione, la riabilitazione, l'inserimento e il reinserimento, l'inclusione sociale di persone affette da disturbi di natura psichiatrica o da dipendenze patologiche.

L'aumento rilevante sul piano epidemiologico di determinati quadri clinici, l'insorgenza di nuove forme di disturbo psichico e l'emersione di nuove problematiche psicosociali richiedono oggi risposte differenziate, che si traducano in modalità di accesso, percorsi e trattamenti innovativi, nell'ambito della salute mentale dei minori, dei giovani e degli adulti come pure delle dipendenze patologiche.

In tale ottica si rende necessario individuare strategie per fare emergere e intercettare bisogni nuovi e significativi sul piano qualitativo e/o quantitativo, offrire specifiche competenze e, in alcuni casi, percorsi differenziati; in particolare nei seguenti ambiti di intervento:

- le famiglie multiproblematiche e le “nuove povertà”;
- i disturbi dell'apprendimento;
- l'assistenza ai gravi cerebrolesi;
- le condizioni di disagio dell'età adolescenziale e giovanile;
- i disturbi del Comportamento Alimentare;
- le condizioni di Doppia Diagnosi;
- il consumo di cocaina e di stimolanti.

Il passaggio delle funzioni sanitarie degli Istituti di Pena dal Ministero di Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale comporta un impegno diretto dell'AUSL nell'OPG (di cui la AUSL assume la direzione sanitaria) e nella Casa Circondariale.

Nello specifico dell'OPG il progetto di riorganizzazione deve perseguire nel breve termine il potenziamento della presa in carico psichiatrica per i ricoverati e il miglioramento dell'assistenza sul modello del Progetto sperimentale Antares.

Nel medio-lungo termine, come previsto nelle linee di indirizzo ministeriali, la riduzione del sovraffollamento, la regionalizzazione degli OPG e l'attuazione della cosiddetta dipartimentalizzazione degli OPG (che prevede un maggiore impegno dei Dipartimenti di Salute Mentale di provenienza durante la degenza e soprattutto l'impegno a favorire la dimissione e il reinserimento sociale nei territori di provenienza).

Glossario

<i>Binge drinking</i>	assunzione in poco tempo (2-3 ore) di quantità elevate di alcol.
<i>Competitors</i>	Chi compete con altri.
Coorte	Insieme di soggetti che vivono la stessa esperienza (demografica, economica, sanitaria etc.) in un dato periodo. Per esempio, è una coorte l'insieme dei nati nello stesso anno, oppure l'insieme delle persone esposte a determinati fattori ambientali e osservate per un certo periodo a fini sanitari.
<i>Empowerment</i>	La conquista della consapevolezza di sé e del controllo sulle proprie scelte, decisioni e azioni, sia nell'ambito delle relazioni personali sia in quello della vita politica e sociale.
Forze di lavoro	comprendono la persone occupate e quelle in cerca di occupazione (Istat).
<i>Gap</i>	divario.
Geocomunità	sistema ad assetto variabile i cui confini non coincidono necessariamente con quelli amministrativi, ma sono definiti dagli agenti sociali ed economici che condividono obiettivi e/o valori.
Indice di consumo standardizzato per età specifico per raggruppamenti	L'indice di consumo standardizzato (ICS) è una media ponderata degli indici specifici di consumo per età, rappresentati dal rapporto tra il numero delle prestazioni ambulatoriali consumate dai residenti e la popolazione residente, per 1000 abitanti, standardizzato con la popolazione di riferimento regionale al 31.12.2001. Questo indice esprime genericamente il numero di prestazioni erogate per unità di popolazione. In quanto tale, esso misura la risposta data ad una domanda di prestazioni specialistiche da parte della popolazione.
Indice di dipendenza	rapporto tra il numero di anziani e il numero di soggetti in età lavorativa (15-64 anni) - dà informazioni sul carico sociale che gli anziani rappresentano nello specifico contesto.
Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere	L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere esprime, percentualmente, a quali strutture/Aziende una data popolazione si rivolge per l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero ordinario o diurno (<i>day hospital</i>). Da un altro punto di vista, tale indice esprime in che percentuale le diverse strutture/Aziende contribuiscono alla formazione del tasso di ospedalizzazione delle A.U.S.L. (sono esclusi dal calcolo i neonati sani).
Indice di Ferimento (per incidenti stradali)	numero di feriti su 100.000 abitanti.
Indice di incidenza di infortuni sul lavoro	rapporto tra n. di infortuni e n. medio di addetti nell'anno (moltiplicato per 100).

Indice di Mortalità (per incidenti stradali)	numero di morti su 100.000 abitanti.
Indice di vecchiaia pop. 0-14	rapporto tra la popolazione anziana e la popolazione infantile (0-14 anni) - esamina la forza con cui avviene il ricambio generazionale.
Indice di vecchiaia pop. tot.	proporzione che la popolazione anziana rappresenta sul totale della popolazione.
L'indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione delle A.U.S.L. (IDSP)	L'indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione delle A.U.S.L. (IDSP) esprime percentualmente, per ciascuna struttura/Azienda produttrice, la provenienza dei propri dimessi, ed è un indicatore della capacità di attrazione di una struttura ospedaliera (sono esclusi dal calcolo i neonati sani).
<i>Modal Split</i>	Il <i>Modal Split</i> è l'unità con cui si misura la percentuale di spostamenti quotidiani con i diversi sistemi di locomozione: ferrovia, trasporto pubblico locale (su ferro o su gomma), automobile, motoveicoli e ciclomotori, biciclette, pedoni.
Mortalità (Tasso grezzo di)	Rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (moltiplicato per 100.000).
Mortalità (Tasso standardizzato di)	La standardizzazione è un'operazione che permette di quantificare il fenomeno d'interesse al netto di specifici fattori confondenti, quali ad esempio l'età. Attraverso i tassi standardizzati di mortalità è quindi possibile confrontare l'intensità del fenomeno tra popolazioni aventi diversa composizione per età. Nello specifico, il tasso standardizzato con metodo diretto è una media ponderata dei tassi specifici per età in cui, per ogni età, i coefficienti di ponderazione sono ottenuti da una popolazione di riferimento (popolazione regionale al 31 dicembre 1998). Il tasso è moltiplicato per 100.000.
Mortalità evitabile	Sono indicati come morti evitabili quei decessi che avvengono in determinate età e per cause che potrebbero essere attivamente contrastate con interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria.
Mortalità Infantile	È la mortalità che colpisce i nati vivi nell'intervallo nel primo anno di vita. La mortalità neonatale è riferita ai primi 28 giorni di vita, mentre quella post-neonatale è relativa al periodo che intercorre tra 29 e 365 giorni dalla nascita.
Natalità (Tasso di)	Rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (moltiplicato per 1.000).
Occupati	La persona di 15 anni e più che all'indagine sulle forze di lavoro dichiara: (I) di possedere un'occupazione, anche se nel periodo di riferimento non ha svolto attività lavorativa (occupato dichiarato); (II) di essere in una condizione diversa da occupato, ma di aver effettuato ore di lavoro nel periodo di riferimento (altra persona con attività lavorativa). (Istat)

Parco veicolare	La consistenza (o parco) dei veicoli secondo la provincia di residenza del proprietario e la categoria (autovetture, autocarri, autobus, trattrici, motrici, motoveicoli, ecc.) è determinata in base alle risultanze del Pubblico Registro Automobilistico (PRA), conteggiando i veicoli iscritti e non radiati, meno quelli che risultano confiscati o per i quali è stata annotata la perdita di possesso. (Istat)
Persone in cerca di occupazione	comprendono le persone non occupate tra 15 e 74 anni che: (I) hanno effettuato almeno un'azione attiva di ricerca di lavoro nei trenta giorni che precedono l'intervista e sono disponibili a lavorare (o ad avviare un'attività autonoma) entro le due settimane successive all'intervista; (II) oppure, inizieranno un lavoro entro tre mesi dalla data dell'intervista e sono disponibili a lavorare (o ad avviare un'attività autonoma) entro le due settimane successive all'intervista, qualora fosse possibile anticipare l'inizio del lavoro. (Istat)
<i>Private Equity</i>	operazioni di investimento realizzate in fasi del ciclo di vita delle aziende successive a quella iniziale.
Rapporto di lesività	n. di feriti per incidente stradale/ n. incidenti stradali avvenuti *100.
Rapporto di mortalità	n. di morti per incidente stradale/n. Incidenti stradali avvenuti *100.
Rapporto di pericolosità	n. di morti per incidente stradale/(n. morti + n. feriti)*100.
Reddito medio pro-capite	reddito medio annuo dei residenti ottenuto dividendo il totale del reddito disponibile delle famiglie e istituzioni sociali e private (ISP) per popolazione residente a metà anno (Valori a prezzi correnti).
Saldo complessivo	somma del saldo migratorio e naturale.
Saldo migratorio netto	differenza tra il numero di iscritti per immigrazione da altre province italiane e dall'estero e quello di cancellati per emigrazione in altre province italiane e all'estero.
Saldo naturale	differenza tra il numero di nati e il numero dei morti.
Serie storica	esprime la dinamica di un certo fenomeno nel tempo. Le serie storiche sono studiate sia per interpretare un fenomeno, sia per prevedere il suo andamento futuro.
Speranza di vita a 65 anni	numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere all'età di 65 anni.
Speranza di vita alla nascita	numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere alla nascita.
Tasso di attività	Rapporto tra le persone appartenenti alle forze di lavoro e la popolazione di 15 anni e più. (Istat)
Tasso di disoccupazione	Rapporto tra le persone in cerca di occupazione e le forze di lavoro.

	(Istat)
Tasso di incidenza di AIDS	Rapporto tra il numero di nuovi casi di AIDS notificati in un anno e l'ammontare medio della popolazione residente.
Tasso di incidenza di TBc	Rapporto tra il numero di nuovi casi di TBc notificati in un anno e l'ammontare medio della popolazione residente.
Tasso di motorizzazione	Rapporto tra il numero di autoveicoli immatricolati e la popolazione residente, si esprime in autoveicoli*100 abitanti.
Tasso di occupazione	Rapporto tra gli occupati e le persone di 15 anni e più. (Istat)
Tasso di ospedalizzazione	Il tasso di ospedalizzazione esprime quanti ricoveri si osservano ogni 1000 abitanti. Il tasso considera tutti i ricoveri effettuati da cittadini residenti nelle strutture ospedaliere pubbliche e private presenti in Italia. In base alla sede ospedaliera, avremo ricoveri in ambito provinciale: (I) presso ospedali dell'Azienda USL; (II) presso l'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia; (III) presso le strutture private della provincia. A questi vanno aggiunti i ricoveri presso strutture pubbliche e private di altre province della Regione Emilia Romagna (cosiddetta mobilità infraregionale) e di altre regioni (cosiddetta mobilità interregionale).
Tasso di prevalenza di AIDS	Rapporto tra il numero di casi di AIDS presenti in un anno e l'ammontare medio della popolazione residente.
Valore medio unitario delle esportazioni	valore dell' <i>export</i> per unità di quantità.
<i>Venture Capital</i>	investimento in capitale di rischio di imprese <i>start-up</i> .

Riferimenti:

Devoto G.-Oli G., Vocabolario della lingua italiana, Le Monnier 2007;
 ISTAT Barbieri G.A., Cruciani S., Ferrara A. (a cura di), 100 statistiche per il Paese, maggio 2008;
 ISTAT, Glossario Statistico <http://www.istat.it/cgi-bin/glossario/indice.pl#R>
 Regione Emilia Romagna Statistica - Glossario <http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/statistica/glossari/glossario.htm#M>;

Glossario degli acronimi utilizzati nel testo

A.C.T.	Azienda Consorziale Trasporti
AA	Alcoolisti Anonimi
ACAT	Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento
Acer	Azienda Casa Emilia-Romagna
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AIRTum	Associazione Italiana Registri Tumori
AL/Anon	Associazione di familiari ed amici di alcoolisti
ASP	Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona
AV/AC	Alta velocità/Alta capacità
BAT	<i>Best Available Technologies</i>
BPCO	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
CAAD	Centro per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico
CNR	Centro Nazionale Ricerche
COV	Composti Organici Volatili
CP	Casa protetta
CSI	Centro Sportivo Italiano
CTSS	Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale
DH	Day Hospital
DSA	Discipline Sportive Associate
EPS	Enti di Promozione Sportiva
ERP	Edilizia residenziale pubblica
ESPAD	<i>European School Project on Alcohol and other drugs</i>
FRNA	Fondo Regionale per la Non Autosufficienza
FSN	Federazioni Sportive Nazionali
FSR	Fondo Sanitario Regionale
HLM	<i>Habitation à Loyer Modéré</i>
IACP	Istituto Autonomo Case Popolari
ICS	Indice di Consumo Standardizzato
IPAB	Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficienza
IPPC	<i>Integrated pollution prevention and control</i> (Direttiva 96/61/CE - Direttiva sulla prevenzione e la riduzione integrate dell'inquinamento)
IPSAD	<i>Italian population Survey on Alcohol and other drugs</i>
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISEE	Indicatore della Situazione Economica Equivalente
IVG	Interruzione volontaria di gravidanza
MCA	Medici di continuità assistenziale
MdG	Medicine di Gruppo
MdR	Medicine di Rete
MI	Mortalità Infantile
MMG	Medici di medicina generale
NCP	Nuclei di Cure Primarie
NPIA	Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
O/D (indagini)	indagini Origine/Destinazione
OBI	Osservazione Breve Intensiva
OdV	Organizzazione di Volontariato
OPG	Ospedale Psichiatrico Giudiziario
P.I.R.P. (progetto regionale)	Prevenzione Insufficienza Renale Progressiva
PASSI (Sistema di Sorveglianza)	Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
PdC	Profilo di Comunità

PIL	Prodotto interno lordo
PLS	Pediatri di libera scelta
PRIT 98-2010	Piano Regionale Integrato dei Trasporti
PS	Pronto Soccorso
PSSR	Piano Sociale e Sanitario Regionale
PTCP	Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale
RMN	Risonanza Magnetica Nucleare
RSA	Residenza sanitaria assistenziale
RT	Registri Tumori
S.O.L.E. (progetto regionale)	Sanità On Line
SerT	Servizio Tossicodipendenze
SIAN	Servizi Igiene degli Alimenti e Nutrizione
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
TAO	Terapia Anticoagulante Orale
TC	Tomografia computerizzata
TPL	Trasporto pubblico locale
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
UdS	Ufficio di Supporto (della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria)
UISP	Unione Italiana Sport per Tutti

Indice delle Tabelle e dei Grafici

Tab. 1 Tasso di occupazione e tasso di disoccupazione in Provincia di Reggio Emilia e in Regione (valori percentuali) – Anni 2004-2006	12
Graf. 1 Percentuale di occupati per attività economica e genere in Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna – Anno 2005 ..	12
Graf. 2 Occupati in Provincia di Reggio Emilia per settore di attività economica e anno (numeri assoluti *1000)	13
Tab. 2 Occupati, italiani e stranieri, per settore di attività, in provincia di Reggio Emilia e in regione Emilia-Romagna.....	13
Tab. 3 Titolari d'impresa, italiani e stranieri, provincia di Reggio Emilia, regione Emilia-Romagna e Italia.....	13
Tab. 4 Reddito medio pro-capite nelle Province dell'Emilia-Romagna - Anni 2003-2006.....	14
Tab. 5 Reddito medio pro-capite e consumo familiare nelle Province dell'Emilia-Romagna nel 2006.....	14
Tab. 6 Composizione della popolazione per età e genere nei distretti della Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna al 01/01/2008.....	15
Graf. 3 Variazione % della popolazione in Provincia di Reggio Emilia, per distretto, e in Emilia-Romagna (anni 2000-2008).....	16
Tab. 7 Previsione demografiche 2007-2015 per classi di età nella Provincia di Reggio Emilia (ipotesi intermedia) e popolazione totale secondo l'ipotesi bassa e l'ipotesi alta.....	16
Tab. 8 Bilancio demografico della popolazione della provincia di Reggio Emilia per distretto - Anno 2007	17
Tab. 9 Tasso di natalità nei distretti della Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna.....	17
Tab. 10 Popolazione in età 0 anni per cittadinanza e anno (dati al 31/12 di ogni anno).....	18
Tab. 11 Percentuale della popolazione straniera sul totale della popolazione residente nei distretti della Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna al 1° gennaio di ogni anno	18
Tab. 12 Distribuzione per classe di età della popolazione straniera a Reggio Emilia (01.01.2008).....	19
Graf. 4 Variazione % della popolazione straniera residente a Reggio Emilia per genere e classe di età - Anni 2003-2008	19
Tab. 13 Popolazione straniera al 01/01/2008 per cittadinanza (prime 15) residente in Provincia di Reggio Emilia e variazione % rispetto all'anno precedente	20
Tab. 14 Popolazione straniera al 01.01.2008 dei primi cinque paesi di provenienza per Distretto, in provincia di Reggio Emilia e in regione Emilia Romagna.....	20
Tab. 15 Indici demografici per la popolazione anziana al 01/01/2007 in Provincia di Reggio Emilia, in Emilia Romagna e in Italia ..	21
Graf. 5 Proporzioni di anziani per classi di età nei distretti della Provincia di Reggio Emilia al 01/01/2007	22
Tab. 16 Famiglie e numero medio di componenti per famiglia, per provincia - Anno 2006	22
Graf. 6 Tipologie familiari per periodo	23
Graf. 7 Mortalità generale in provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna (tassi grezzi)	24
Graf. 8 Trend dei tassi standardizzati di mortalità per tutte le cause in Provincia di Reggio Emilia	24
Tab. 17 Speranza di vita alla nascita e a 65 anni, provincia di Reggio Emilia e regione Emilia-Romagna.....	25
Graf. 9 <i>Trend</i> dei tassi standardizzati di mortalità per tumore in Provincia di Reggio Emilia	26
Graf. 10 <i>Trend</i> dei tassi standardizzati di mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio in Provincia di Reggio Emilia	27
Graf. 11 <i>Trend</i> dei tassi standardizzati di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio in Provincia di Reggio Emilia.....	27
Graf. 12 <i>Trend</i> dei tassi standardizzati di mortalità per traumatismi in Provincia di Reggio Emilia.....	28
Tab. 18 Numero morti evitabili e anni di vita persi per deceduto per causa - Anno 2006.....	28
Tab. 19 Mortalità infantile per luogo di residenza: tassi x 1.000.	28
Tab. 20 Mortalità post-neonatale per luogo di residenza: tassi x 1.000.....	29
Tab. 21 Mortalità infantile per cittadinanza a Reggio Emilia: tassi x 1.000	29
Tab. 22 Mortalità post-neonatale per cittadinanza a Reggio Emilia: tassi x 1.000	29
Graf. 13 Mortalità infantile nei distretti sanitari della Provincia di Reggio Emilia Anni 2002-2007.....	30
Graf. 14 Tasso di incidenza di AIDS in Italia, Emilia Romagna e provincia di Reggio Emilia (x 100.000).....	30
Graf. 15 Tasso di prevalenza (x 100.000) di AIDS al 31/12/2006 nei distretti della Provincia di Reggio Emilia)	31
Graf. 16 % casi di AIDS in cittadini stranieri in Italia, Emilia Romagna e Provincia di Reggio Emilia (1993-2006).....	31
Tab. 23 Casi di tubercolosi notificati in Provincia di Reggio Emilia per anno e cittadinanza.....	32
Graf. 17 Tasso di incidenza (x100000) di tubercolosi per cittadinanza e anno nei distretti della Provincia di Reggio Emilia.....	32
Graf. 18 Distribuzione % delle dieci neoplasie più frequenti nella provincia di Reggio Emilia (escluso pelle non melanomi) - Anni 2004-2005.....	33
Graf. 19 <i>Trend</i> di incidenza e mortalità per tumore (tassi standardizzati, Maschi, tutte le sedi).....	34
Graf. 20 <i>Trend</i> di incidenza e mortalità per tumore (tassi standardizzati, Femmine, tutte le sedi)	34
Tab. 24 Percentuale di persone obese di età >=18 anni.....	35
Tab. 25 Percentuale di Fumatori >=15 anni.....	36
Graf. 21 Percentuale di fumatori. Anni 1995-1997-2000-2003-2004 (quozienti standardizzati per età).....	36
Graf. 22 Fumatori di 14 anni e più per livello di istruzione, sesso e classe di età – Dicembre 2004-Marzo 2005 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)	37
Tab. 26 Individui >11 anni per genere e numero di bevande alcoliche	37
Tab. 27 Individui >11 anni <i>binge drinking</i>	37
Tab. 28 PM10: medie annuale e limiti in vigore nell'anno di riferimento a Reggio Emilia. Valori in µg/m ³	38
Tab. 29 Numero di superamenti del valore limite di 24 ore per la protezione della salute umana	38

Graf. 23 PM ₁₀ . Prime dieci città con il maggior numero di giorni di superamento, nel 2007, del valore limite per la protezione della salute umana - Anni 2003-2007	39
Tab. 30 NO ₂ : media annuale e valori minimi e massimi rilevati a Reggio Emilia e limiti in vigore nell'anno di riferimento. Valori in µg/m ³	39
Graf. 24 Distribuzione per inquinante e per macrosettore di attività antropica (anno di riferimento 2003)	40
Graf. 25 Ripartizione per settori delle emissioni provinciali (anno di riferimento 2003).....	40
Graf. 26 Numero di superamenti del limite della media giornaliera di di 50 µg/m ³ per il PM ₁₀ (consentiti 35/anno civile)	41
Graf. 27 La zonizzazione del territorio provinciale	42
Graf. 28 Scenario tendenziale al 2015 delle emissioni di NO _x , e PM ₁₀ nella Provincia di Reggio Emilia	44
Tab. 31 Andamento degli incidenti stradali in Provincia di Reggio Emilia	48
Graf. 29 Rapporto di mortalità per incidenti stradali in Provincia di Reggio Emilia, in Emilia-Romagna e in Italia	48
Graf. 30 Rapporto di lesività per incidenti stradali in Provincia di Reggio Emilia, in Emilia-Romagna e in Italia	49
Tab. 32 Tasso grezzo di incidenza di infortuni sul lavoro nelle province dell'Emilia-Romagna - Anni 2000-2006	49
Graf. 31 Infortuni sul lavoro: Tassi standardizzati province Emilia-Romagna 2000-2006	49
Tab. 33 Indice di incidenza di infortuni mortali in Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna	50
Tab. 34 Numero e percentuale di infortuni a carico di lavoratori stranieri per anno e tipo di definizione	50
Tabella 35 Minori in carico ai servizi sociali territoriali - anni 2005, 2006, 2007	56
Tabella 36 Minori in carico al servizio sociale territoriale per tipologia (dati 1/12/2006).....	57
Graf. 32 Minori in carico per problematica individuale - Territorio di Reggio Emilia dati 2006	57
Tab. 37 Allontanamenti e affidi eterofamiliari e parentali	58
Tab. 38 Decreti di adozione nazionali e internazionali, istruttorie concluse di coppie aspiranti anno 2006	58
Tab. 39 Inserimenti minori in struttura - Territorio di Reggio Emilia - anno 2005	59
Tab. 40 - Dati attività consultori familiari 2006.....	59
Tab. 41 Centri per le famiglie.....	59
Tab. 42 Strutture, servizi e interventi in ambito educativo e socio-educativo (anno scolastico 2005/2006)	60
Tab. 43 Domande, posti e iscritti per servizi socio-educativi 0-3 anni (anno scolastico 2005/2006).....	61
Graf. 33 Volontari per condizione professionale – Anni 1995 e 2003 (in percentuale).....	63
Graf. 34 Risposte attivate dalle famiglie.....	65
Graf. 35 Anno 2007: Servizi convenzionati a supporto della permanenza a domicilio indice % su popolazione ≥ 75 anni.....	66
Tab. 44 Anno 2007: Centri Diurni convenzionati a supporto della permanenza a domicilio - indice % su popolazione ≥ 75 anni	66
Graf. 36 Anno 2007: Numero fruitori di assegni di cura , di cui con assistente familiare.	66
Graf. 37 Anno 2007 posti convenzionati % su popolazione e per tipologia di funzione/struttura	67
Graf. 38 Anno 2007: posti convenzionati in casa protetta per tipologia	67
Graf. 39 Posti convenzionati -per Non Autosufficienti- su posti residenziali complessivi.....	68
Graf. 40 Anno 2007: confronto offerta domanda al 31.12 2007 per Distretto e per AUSL.....	68
Graf. 41 Serie triennale Ambito territoriale AUSL.....	68
Graf. 42 Stima del tempo medio di attesa dalla valutazione all'ingresso (in mesi)	69
Graf. 43 Stima percentuale rifiuti inserimento al momento della proposta (differimento o altro)	69
Graf. 44 Gravità delle condizioni in case protette convenzionate: serie storica	70
Graf. 45 Gravità delle condizioni in case protette convenzionate anno 2007 per Distretto.....	70
Graf. 46 Centri per i disturbi cognitivo-comportamentali.....	71
Graf. 47 Rapporto tra dimessi con diagnosi principale di Ictus>64 anni etotale popolazione >64 anni	71
Graf. 48 Ricoveri in Regione per frattura di anca o femore - popolazione residente>64 aa. - numero casi per 1.000 residenti.....	72
Graf. 49 pazienti >74 anni con 3 o più ricoveri nei 12 mesi precedenti l'ultima ammissione. Anni 2004-2007	72
Tab. 45 Tassi di insuccesso scolastico alunni stranieri a.s. 2006/2007.....	74
Tab. 46 Interruzioni volontarie di gravidanza e parti per nazionalità. Bienni 2003/2004 e 2005/2006.	75
Tab. 47 Popolazione presente nei campi di sosta e transito in Emilia-Romagna. (valori assoluti)	76
Tab. 48 Numero campi di sosta e transito e popolazione presente per Zona Sociale (valori assoluti - dati al 30.11.06)	76
Tab. 49 Aree private e popolazione presente per Comune (valori assoluti - dati al 30.11.06).....	77
Tab. 50 Popolazione presente nei campi di sosta e transito della provincia di Reggio Emilia e comunità di appartenenza (valori assoluti e percentuali - dati al 30.11.06).....	77
Tab. 51 Popolazione presente nei campi di sosta e transito e nelle aree di proprietà dei Sinti e Rom: iscritti e frequentanti le scuole della provincia di Reggio Emilia (valori assoluti - dati al 30.11.06).....	77
Tab. 52 Popolazione 18-64 anni presente nei campi di sosta e transito e aree di proprietà dei Sinti e Rom della provincia di Reggio Emilia e che dichiara un'attività lavorativa (valori assoluti - dati al 30.11.06)	78
Graf. 50 Invalità civile e accertamenti l. 104 nella provincia di Reggio Emilia, anni 2004-2007 (valori assoluti)	79
Graf. 51 Attività socio-riabilitative NPI: minori coinvolti.....	80
Graf. 52 Minori con gravissime patologie che richiedono interventi sociali e sanitari fortemente integrati (anno 2008).....	80
Graf. 53 Disabili adulti in carico ai servizi sociali.....	81
Graf. 54 Offerta di servizi per disabili adulti.....	81
Graf. 55 Assistenza domiciliare territoriale	81
Graf. 56 Assegni di cura per disabili gravi.....	82
Graf. 57 Altri contributi economici, numero beneficiari	82

Graf. 58 Interventi complessivi dei CAAD per provincia anno 2007.....	82
Graf. 59 Interventi attivati dai Nuclei territoriali al 30.06.08 per tipologia.....	83
Graf. 60 Rete integrata dei servizi per la Gravissima disabilità acquisita. Servizi attivati - anni 2006 e 2007.....	83
Graf. 61 Medicine di rete e Medicine di gruppo per distretto.....	85
Graf. 62 Visite ambulatoriali Indici di consumo standardizzati per età per visite ambulatoriali (escluso il pronto soccorso)* 1000 abitanti, residenti provincia di Reggio Emilia - Regione Emilia Romagna, anni 2005-2007.....	88
Graf. 63 Prestazioni di diagnostica: Indici di consumo standardizzati per età per prestazioni di diagnostica (escluso il pronto soccorso) * 1000 abitanti, residenti provincia di Reggio Emilia - Regione Emilia Romagna, anni 2005-2007.....	88
Graf. 64 Prestazioni riabilitative: Indici di consumo standardizzati per età per prestazioni riabilitative (escluso il pronto soccorso) * 1000 abitanti, residenti provincia di Reggio Emilia – Regione Emilia Romagna, anni 2005 – 2007.....	89
Graf. 65 Prestazioni di laboratorio: Indici di consumo standardizzati per età per prestazioni di laboratorio (escluso il pronto soccorso) * 1000 abitanti, residenti provincia di Reggio Emilia – Regione Emilia Romagna, anni 2005-2007.....	89
Tab. 53 Utenti trattati per cure odontoiatriche sul totale degli aventi diritto - anni 2006, 2007, 2008 (1° semestre).....	91
Tab. 54 Distribuzione dei parti nel presidio ospedaliero dell’Azienda USL di Reggio Emilia.....	93
Graf. 66 Percentuale di donne seguite in gravidanza (gravidanze prese in carico nell’anno/nati da donne residenti).....	94
Graf. 67 Percentuale di donne immigrate gravide in carico ai consultori familiari sul totale delle donne gravide in carico ai consultori familiari.....	95
Tab. 55 Parti anni 2005/2006.....	96
Tab. 56 Interruzioni volontarie di gravidanza e parti per nazionalità. Bienni 2003/2004 e 2005/2006.....	96
Tab. 57 Gravidanze prese in carico nei Consultori per anno.....	97
Tab. 58 Numero di persone e tasso, per 10.000 abitanti maggiorenni, che nel 2007 hanno ricevuto prestazioni da parte dei servizi di salute mentale adulti.....	97
Tab. 59 Numero e tasso di persone in trattamento nel 2006 presso i Centri di Salute Mentale.....	97
Tab. 60 Numero di persone e tasso, per 10.000 abitanti maggiorenni, in trattamento nel 2007 presso i Servizi di Salute Mentale adulti, nei Distretti della provincia.....	98
Graf. 68 Andamento 2000-2007 degli utenti in trattamento nei Servizi di Salute Mentale adulti.....	98
Tab. 61 Aree lavoro e socialità, anno 2006 e 2007.....	98
Tab. 62 Numero di posti nelle strutture residenziali psichiatriche, comunità alloggio e appartamenti.....	99
Tab. 63 Residenzialità e domiciliarità protetta nel 2007.....	99
Graf. 69 Dimissioni da SPDC per anno.....	100
Graf. 70 Percentuale TSO sul totale dei ricoveri per anno.....	100
Graf. 71 Numero e tasso di persone che nel 2006 hanno ricevuto prestazioni da parte dei servizi di Neuropsichiatria Infantile e di Psicologia Clinica.....	101
Graf. 72 Numero di persone che nel 2007 hanno ricevuto prestazioni da parte dei servizi di Neuropsichiatria Infantile e di Psicologia Clinica.....	101
Tab. 64 Minori disabili utenti dei servizi di NPIA - anno 2007.....	101
Graf. 73 Attività di Atelier socio-riabilitativi per minori disabili (n° minori inseriti per anno).....	102
Graf. 74 Numero nuovi utenti con cocaina -sostanza primaria.....	105
Graf. 75 Tossicomani ed alcolisti in carico ai SerT per distretto. Anni 2005, 2006, 2007.....	106
Graf. 76 A.U.S.L. Reggio Emilia utenti in carico ai servizi, anno 2007.....	107
Graf. 77 Percentuale per tipologia sul totale tossicodipendenti in carico ai servizi A.U.S.L. - anno 2007.....	107
Graf. 78 Percentuale per genere sul totale dei tossicodipendenti in carico ai servizi A.U.S.L. - anno 2007.....	107
Tab. 65 Attività/Servizi SerT/Soggetti in rete.....	108
Tab. 66 Enti, inserimenti e giornate di presenza.....	108
Tab. 67 Struttura dell’offerta: presidi pubblici e privati accreditati.....	109
Dato complessivo di posti letto – andamento dell’ultimo triennio a confronto con la Regione.....	109
Tab. 68 Posti letto (pubblici e privati) per 1.000 residenti per acuti (ordinario e DH), lungodegenza e riabilitazione.....	110
– trend 2005-2007.....	110
Graf. 79 Posti letto per acuti, lungodegenza e riabilitazione AOSP e AUSL Reggio Emilia (pubblico e privato accreditato), anni 2005, 2006, 2007.....	110
Tab. 69 Dimessi totali (esclusi i neonati sani).....	111
Graf. 80 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età, confronto tra Reggio Emilia e Regione. Ospedali pubblici e privati in Regione e fuori Regione. Regimi di ricovero Ordinario, DH Medico, DH Chirurgico. Anni 2005-2007.....	112
Tab. 70 Tassi di ospedalizzazione grezzi distrettuali per 1.000 abitanti nell’ultimo biennio.....	113
Graf. 81 % ricoveri presso i presidi Az. San. Territoriale, Azienda Ospedaliera, in altre aziende RER, fuori regione.....	114
Graf. 82 Indice di Dipendenza ASMN - Anni 2005-2007.....	115
Graf. 83 Indice di Dipendenza AUSL di Reggio Emilia - Anni 2005-2007.....	115
Tab. 71 Andamento degli accessi ai Pronto Soccorso della provincia di Reggio Emilia.....	116
Tab. 72 Accessi PS Arcispedale S.Maria Nuova:.....	116
Tab. 73 Popolazione, accessi PS e tasso utilizzo PS - serie storica 2002-2008 (1° trim.).....	116
Graf. 84 Residenti e accessi al PS anni 2002-2007.....	117
Tab. 74 Accessi al PS per anno di accesso, genere e cittadinanza - Anni 2005/2007.....	117
Graf. 85 % accessi al PS per nazionalità e classe di età - Femmine anni 2005/2006.....	118

Graf. 86 % accessi al PS per nazionalità e classe di età - Maschi anni 2005/2006.....	118
Graf. 87 Stima dei tassi d'accesso (*1.000) al PS per nazionalità e genere >14 anni. anni 2005/2006.....	119
Tab. 75 Utenti dell'Ufficio delle Consigliere di Parità, Anni 2002-2008	125
Graf. 88 Motivazioni all'accesso - anno 2007	126
Graf. 89 Motivazioni all'accesso - anno 2008	127
Tab. 76 Casi di discriminazione 2002-2008 sul totale degli utenti.....	127
Tab. 77 Incidenza dei casi di discriminazione nei singoli anni (2002-2008) sul totale degli accessi.....	128
Tab. 78 Evoluzione storica dei casi di discriminazione per gli anni 2002-2008.....	128
Tab. 79 Società sportive operanti sul territorio della provincia di Reggio Emilia (maggio 2008).....	135
Tab. 80 N. Spazi di attività nella provincia di Reggio Emilia - dati assoluti (maggio 2008)	136
Tab. 81 N. Spazi di attività divisi per attività maggiormente praticate (maggio 2008)	137
Tab. 82 Tipologia di organizzazione dei rispondenti (anno 2005).....	137
Tab. 83 Distribuzione in base al numero di tesserati disabili (anno 2005)	137
Tab. 84 Distribuzione dei disabili sportivi per fasce d'età (anno 2005)	138
Tab. 85 Percentuale di disabili che praticano le singole discipline nella Provincia di Reggio Emilia (anno 2005)	138
Graf. 90 Cooperative sociali per distretto.....	149
Graf. 91 Organizzazioni di volontariato per ambito di intervento	150
Graf. 92 Associazioni di promozione sociale per distretto	151
Tab. 86 Processo di trasformazione delle IPAB in ASP - Quadro di sintesi provinciale.....	152

Bibliografia

- ARPA Emilia-Romagna, Sezione provinciale di Reggio Emilia "Rapporto qualità dell'aria nel comune di Reggio Emilia", gennaio 2008;
- Azienda U.S.L. di Reggio Emilia, gestione provinciale del Sistema Informativo delle Malattie Infettive;
- Azienda U.S.L. di Reggio Emilia, Registro Mortalità della provincia di Reggio Emilia;
- Azienda U.S.L. di Reggio Emilia, Registro Tumori Reggiano;
- Azienda USL di Reggio Emilia, Osservatorio Regionale Epidemiologico Infortuni sul Lavoro (OREIL);
- Banca dati Certificato di Assistenza al parto (CedAP);
- Banca Dati Nosologica (SDO);
- Camera di Commercio Reggio Emilia, Le Componenti dello Sviluppo. Il Capitale Sociale come fattore di competitività, aprile 2007;
- Censis, Rapporto Censis/Salute-La Repubblica, "Anziani: Istituzioni e relazioni personali", 2006;
- Censis, Rapporto Censis/Salute-La Repubblica, "Le relazioni personali degli anziani" in Censis, Rapporto Censis/Salute-La Repubblica, "Anziani: Istituzioni e relazioni personali", 2006;
- Censis, Rapporto Censis/Salute-La Repubblica, Il tempo della terza età, Roma, aprile 2007;
- Consigliere di Parità di Reggio Emilia (a cura di) Quadrare il cerchio. Tra eguaglianza e differenza. Casi di discriminazione di genere nel lavoro a Reggio Emilia, (anno 2009);
- Coordinamento dei centri antiviolenza e delle Case delle Donne della Regione Emilia Romagna, Regione Emilia Romagna, Rilevamento regionale dei dati delle Case delle Donne e dei Centri Antiviolenza in Emilia Romagna e dati di altri soggetti pubblici e privati che hanno contatto con donne che subiscono violenza, anno 2005;
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) "Health for all - Italia";
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) e Ministero per i Diritti e le pari opportunità, La violenza e i maltrattamenti contro le donne fuori e dentro la famiglia Anno 2006, (anno 2007);
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) Uso e abuso di alcol in Italia – Anno 2007, (anno 2008);
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), Censimento 2001;
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), Indagine Multiscopo annuale "La vita quotidiana nel 2006", (anno 2007);
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), Indagine Multiscopo annuale La vita quotidiana nel 2005, (anno 2007);
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), Indagine Multiscopo Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005, (anno 2007);
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), Le organizzazioni di volontariato in Italia - Anno 2003 (anno 2005);
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), Osservatorio ambientale sulle città;

Massimiliani E., Finarelli A.C., Droghini L., Mattivi A., Macini P., Regione Emilia-Romagna, Assessorato Politiche per la Salute, Servizio Sanità Pubblica - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali: "Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS al 31/12/2006 in Regione Emilia-Romagna";

PROMETEIA, Scenari per le economie locali;

Provincia di Reggio Emilia, Annuario della Scuola Reggiana (edizioni 2006/2007, 2007/2008);

Provincia di Reggio Emilia, Osservatorio provinciale della popolazione straniera;

Provincia di Reggio Emilia, Piano di tutela e risanamento della qualità dell'aria, Relazione di Piano - Del. Cons. n° 113 del 18 Ottobre 2007;

Provincia di Reggio Emilia, Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale (PTCP) 2008;

Provincia di Reggio Emilia, Registro provinciale delle Associazioni di promozione sociale;

Provincia di Reggio Emilia, Registro provinciale delle Organizzazioni di volontariato;

Provincia di Reggio Emilia, Relazione "Il sistema economico, sociale e abitativo" in Allegato 1 QC PTCP 2008;

Provincia di Reggio Emilia, Relazione Allegato 14_QC PTCP 2008;

Provincia di Reggio Emilia, Sezione provinciale dell'Albo regionale delle cooperative sociali;

Rapporto CRESME 2005;

Regione Emilia Romagna, Relazione sulla rete dei servizi di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico per anziani e per disabili, Anno 2007;

Regione Emilia-Romagna - Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali - Registro Regionale Mortalità;

Regione Emilia-Romagna, Banca dati REM;

Regione Emilia-Romagna, Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010 (PSSR);

Regione Emilia-Romagna, Rapporto Osservatorio Regionale Sistema Abitativo(ORSA) 2005;

Regione Emilia-Romagna, *Rapporto sulla popolazione Sinta e Rom presente nei campi sosta, transito e nei centri di accoglienza della regione Emilia Romagna*, Bologna giugno 2008;

Regione Emilia-Romagna, Sistema informativo Lavoro Emilia-Romagna (SILER);

Regione Emilia-Romagna, Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali (SISEPS);

Sistema di Sorveglianza "PASSI"(Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).