

# PROFILO DI COMUNITÀ



FORLÌ  
FORLIMPOPOLI  
BERTINORO  
MELDOLA  
CIVITELLA  
GALEATA  
SANTA SOFIA  
PREDAPPIO  
PREMILCUORE  
CASTROGARD TERME  
DOVADOLA  
PORTICO SAN BENEDETTO  
ROCCA SAN CASCIANO  
MODIGLIANA  
TREDZIO

***14 Ottobre 2008***

*Coordinamento:*

**Ufficio di Piano:**

**Politiche di Welfare Comune di Forlì Ufficio di Supporto alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria:**

Dipartimento di Salute Pubblica AUSL Forlì

**Gruppo Tecnico Scientifico:**

- Politiche di Welfare Comune di Forlì
- Dipartimento di Salute Pubblica AUSL Forlì
- Servizio Politiche Sociali- Provincia Forlì-Cesena
- Università degli Studi di Bologna – Scienze Politiche – Sede di Forlì
- Camera di Commercio Forlì-Cesena
- Terzo Settore

**Hanno collaborato alla raccolta documentazione:**

**Comune di Forlì:** Unità Innovazione Sociale e Valutazione Piano Sociale di Zona, Unità Politiche per la Salute, Servizio Sviluppo Qualità Educativa e Direzione Pedagogica, Servizio Infanzia e Genitorialità, Servizio Diritti di Cittadinanza Sociale, Servizio Informatica e Anagrafe, Servizio Politiche Culturali Giovanili Turistiche e Sportive, Servizio Diritto allo Studio, Servizio Pianificazione e Programmazione del Territorio, Direzione Operativa, Unità Pari Opportunità e Centro Donna, Centro di Innovazione sul Welfare, Servizio Anziani, Unità Interventi e Tutela Minori, Unità Politiche Abitative, Unità Disabili, Direzione Area Servizi al Cittadino

**Azienda USL Forlì:** Dipartimento di Sanità Pubblica, Unità Operativa do Epidemiologia e Comunicazione, Direzione Distretto, Dipartimento Materno Infantile, Dipartimento Salute Mentale

**Provincia Forlì-Cesena:** Ufficio Pianificazione di Zona, Politiche Sociali, Formazione Professionale, Istruzione, Politiche Attive del Lavoro

## **INDICE**

### **Introduzione:**

Profilo di Comunità 2008 del Comprensorio Forlivese.....pag. 1

### **Cap. I**

Chi siamo, dove viviamo, come stiamo.....pag. 3

### **Cap. II**

Quali risorse, condizioni e comportamenti di vita quotidiana.....pag. 19

### **Cap. III**

Relazioni di prossimità e coesione sociale.....pag. 42

## **PROFILO DI COMUNITA' 2008 del comprensorio forlivese**

Con la revisione costituzionale e con il nuovo Statuto, la regione Emilia-Romagna ha assunto un approccio programmatico fortemente incentrato sul **territorio**, come dimensione nella quale rischi ed opportunità si manifestano e nella quale agire per perseguire uno sviluppo orientato alla sostenibilità ambientale, economica e sociale.

L'attuazione di tale visione imperniata sulla coesione territoriale come risultante di qualità, efficienza ed identità territoriale, finalizzata alla valorizzazione dei potenziali e dei "capitali territoriali", consente di agganciare la strategia della Emilia-Romagna agli obiettivi di Lisbona (crescita economica occupazione) e Goteborg (sviluppo sostenibile), ma richiede di andare oltre le politiche settoriali ricercando l'integrazione a livello programmatico e gestionale tra i livelli istituzionali.

"La ripresa di uno spirito comunitario è essenziale per favorire la coesione, ma la coesione è anche la base per favorire le relazioni sociali e produttive più intense per mettere insieme saperi e bisogni sempre più complessi ed evolutivi"

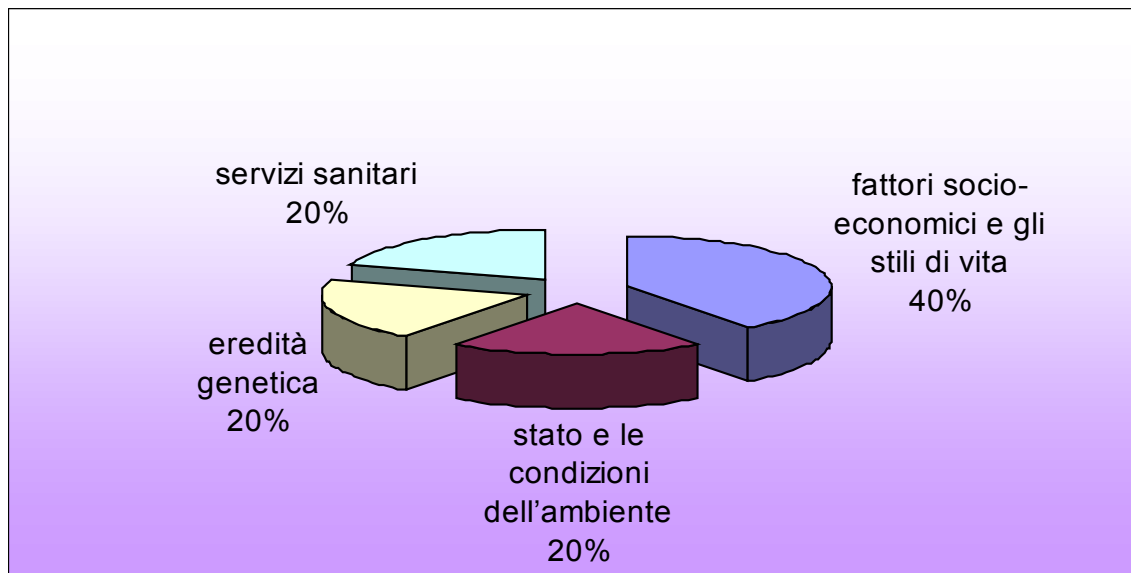
Le linee di indirizzo di questo scenario di nuova governance, delineate compiutamente nel Piano territoriale regionale sono anche i principi fondanti del nuovo **Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010 (PSSR 2008-2010)**, che riconosce l'esigenza di dare risposte ai bisogni complessi emergenti attraverso un nuovo sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per la realizzazione di un nuovo welfare universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella regione. Un processo avviato con le leggi regionali n. 2 del 2003 (legge quadro sui servizi sociali) e n. 29 del 2004 (legge di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale).

I mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socioeconomico – invecchiamento della popolazione, aumento delle persone immigrate, contrazione e parallelo aumento dei nuclei familiari con esigua rete parentale, aumento delle forme di lavoro meno stabili e delle contraddizioni tra generazioni su lavoro e futuro – richiedono un significativo cambiamento delle politiche poiché i bisogni "della società che cambia", sempre più articolati e complessi, non consentono risposte settoriali, alla malattia o al disagio sociale ad esempio, ma richiedono risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità, anche di relazione, che sappiano garantire assistenza senza soluzione di continuità.

L'obiettivo è lo sviluppo di una società solidale, in cui i diritti siano esigibili, in cui sia rafforzata quella coesione sociale che da sempre caratterizza la comunità regionale e che rappresenta un alto fattore di crescita e dunque di competitività.

La salute rappresenta un bene essenziale per lo sviluppo sociale ed economico di un territorio, così come i fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorire o ledere la salute dei cittadini. Accreditati studi internazionali hanno effettuato una stima quantitativa dell'impatto di alcuni fattori sulla longevità delle comunità, utilizzata come indicatore indiretto della salute. I fattori socio-economici e gli stili di vita, contribuiscono per il 40-50%, lo stato e le condizioni

dell'ambiente per il 20-30%, l'eredità genetica per un altro 20-30% e i servizi sanitari per il 10-15%.



Per leggere la grande trasformazione e l'identità territoriale ed individuare le priorità per la programmazione triennale, viene indicato uno strumento, il **profilo di comunità** che descrive i determinanti di salute e il loro effetto sulla comunità di riferimento, utilizzando indicatori in grado di misurare una pluralità di componenti, strutturali, relazionali e connessi ai risultati conseguiti.

Si è cercato in particolare di cogliere i fattori di cambiamento che possono mettere in tensione e alla prova i sistemi locali di welfare seppur consolidati: l'aumento rilevante delle aspettative di vita, il nodo della identità sociale e culturale, la novità del fenomeno dell'immigrazione, le contraddizioni che investono il mondo giovanile, ecc, **cercando di cogliere la stretta connessione tra strategie di assetto e organizzazione del territorio con lo sviluppo funzionale del sistema salute.**

La lettura prospettica, integrata ed intersettoriale del territorio e della sua popolazione e l'analisi critica delle risposte ai bisogni in termini di piani di intervento e offerta di servizi sono state condotte attraverso approfondimenti articolati in tre sezioni:

- a. Chi siamo, dove viviamo, come stiamo ( il contesto locale),**
- b. Quali risorse, condizioni e comportamenti di vita quotidiana,**
- c. Quali relazioni fra generi, generazioni, tessuto sociale ed istituzionale**

# Chi siamo, dove viviamo, come stiamo

## Il contesto locale: "segnali di crescita e sviluppo"

L'ambito del comprensorio forlivese, seppure di piccole dimensioni, rappresenta tuttora un territorio di grande interesse per le peculiarità e per i risultati raggiunti, collocandosi fra le realtà più sviluppate della regione, manifestando buoni segnali di crescita e sviluppo.



Comprensorio forlivese		
Superficie	1.260 kmq	5,7% di RER
Popolazione	180.623 ab.	4,27% di RER

Secondo recenti analisi (tratte dal PTCP) complessivamente la provincia, che scontava ritardi significativi rispetto ad altre realtà regionali, sta recuperando il gap, soprattutto per quanto attiene il livello di sviluppo economico, un po' meno forse per l'innovazione e l'internalizzazione del sistema produttivo locale. In questo scenario provinciale il comprensorio forlivese si muove sulle stesse direttrici, pur mostrando alcune tendenze proprie. Seppur rallentati i processi innovativi e contenuta l'attività di ricerca e sviluppo delle imprese, (non elevati i brevetti), tuttavia discreta è la dotazione di capitale umano, soprattutto se misurata in termini di iscritti all'università, grazie al polo universitario. Buona la densità di imprese e la relativa dinamica. Ottimi lo sviluppo della telematica, in termini di copertura della popolazione e della dotazione infrastrutturale a banda larga e la dinamica imprenditoriale nell'ITC. Dall'analisi comparata di un indicatore composito che analizza le grandi dimensioni che connotano l'economia della conoscenza (attività terziario, commercio estero, attività innovative, nuove tecnologie, ecc..) il comune di Forlì risulta al **quinto posto in regione**, dopo centri capoluogo quali Bologna, Parma, Modena, ecc.. Il livello della qualità della vita e benessere raggiunto dai residenti è nella media regionale, mentre spicca per quanto riguarda le dotazioni paesaggistiche ed ambientali, sia come estensione delle aree a parco sia come estensione di superfici forestali e boscate.

Anche gli indicatori utilizzati per la misurazione della coesione (forse solo un po' più contenuto il fenomeno del volontariato) mostrano un buon contesto, associato ad un discreto livello di governance in cui spiccano il livello di cooperazione (ovvero di servizi gestiti in forma associata) ed un'ottima dotazione di welfare raggiungendo punti di eccellenza (ospedaliera e territoriale).

### **.. tre cittadini su quattro vivono in pianura..**

Pur essendo un piccolo territorio (siamo il 5% della regione), con alta concentrazione della popolazione nel comune capoluogo (63%) tuttavia, la bassa densità abitativa dei comuni collinari e montani, associati al fenomeno dell'invecchiamento di tali popolazioni e ad una configurazione geografica con limiti geo-morfologici, richiede di presidiare l'equità distributiva dei servizi. Occorre tenere presente che ben 8 dei 15 Comuni hanno una distanza superiore ai 30 km da Forlì, dove è presente gran parte dei servizi ospedalieri e delle tecnologie e che alcuni di questi si posizionano su linee di fuga orientate verso territori esterni all'ambito forlivese come Modigliana e Tredozio, situati nella Vallata del Tramazzo, che presentano una fisiologica destinazione verso ambiti territoriali dell'Azienda USL di Ravenna.

## **Chi siamo?**

### **cresciamo.. un po' meno della regione e soprattutto in collina**

Questa dimensione ha assunto negli ultimi tempi una rilevanza sempre maggiore ai fini programmatori, sia per il perdurare del fenomeno dell'invecchiamento, con piramidi di età ben esplicative della predominanza femminile soprattutto nelle classi di età anziane e di grandi anziani, sia per la crescita del fenomeno dell'immigrazione diffuso nei vari Comuni. Questo ultimo fenomeno concorre da alcuni anni ad innalzare il tasso di natalità che nel 2006, dopo tanti anni, ha superato la media regionale.

La popolazione del comprensorio forlivese dunque negli ultimi dieci anni è cresciuta (7,11%), ma a ritmi inferiori a quelli regionali (7,98%), avendo tuttora dei saldi naturali negativi compensati in parte dall'immigrazione. Dal 1999 all'inizio del 2008 in particolare risulta in crescita la popolazione della pianura e della vicina collina soprattutto nei comuni di Bertinoro con un incremento del 13,5%, Forlimpopoli (+13%), Dovadola e Galeata (+12%).

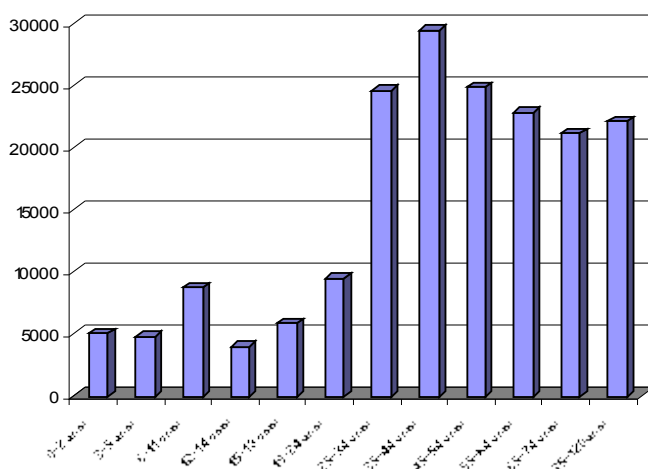
La popolazione si riduce significativamente soltanto nei comuni di montagna Portico e San Benedetto (-9,2%), Premilcuore (-6,5%).

La composizione della popolazione ci indica che se da un lato i giovani tra 0 e 18 anni crescono ( negli ultimi 5 anni l'incremento rilevato nel comprensorio forlivese supera quello regionale 12,35% versus 10,69%) tuttavia costituiscono il solo 15,57% a fronte del 16,21% della regione, dall'altro il rallentamento della crescita continua degli ultra 65enni non riduce la forte incidenza di tale fascia sull'intera popolazione.

L'incremento della popolazione inferiore ai 18 anni, è una tendenza che deve essere attribuita a due fattori: da un lato all'incremento della fecondità, in quanto negli ultimi anni i livelli di fecondità hanno cominciato a recuperare gli "anni di ritardo" e dall'altro l'incremento dei ricongiungimenti familiari. Quest'ultimo fenomeno da una parte aumenta il numero dei minori, dall'altra incide a sua volta sul numero delle nascite in quanto le donne immigrate hanno tassi di fecondità più elevati.

Nel periodo 2005-2008 in particolare, l'incidenza della popolazione straniera in età inferiore ai 14 anni del comprensorio forlivese è aumentata costantemente fino a raggiungere un valore pari a 14,15%, leggermente superiore al dato regionale (13,64%).

### **Popolazione residente per fasce d'età - comprensorio forlivese, 31/12/2007**



### **...nascono più bambini.. sempre più tardi dalle mamme italiane**

Nel 2006, per la prima volta negli ultimi dieci anni, il tasso grezzo di natalità del comprensorio forlivese ha superato la media regionale (9,53 per 1000 ab. versus 9,38 per 1000 ab.): i tassi più elevati si riscontrano a Premilcuore, Modigliana e Forlimpopoli. E un bimbo su otto è straniero. La ripresa delle nascite è infatti imputabile in larga misura all'incremento di presenza di donne straniere in età feconda, che risultano in percentuale superiore rispetto alla popolazione di donne italiane. Confrontando poi la distribuzione per età e cittadinanza delle madri si nota che le madri straniere sono più giovani rispetto a quelle italiane infatti il 34% ha un'età compresa fra i 25-29 anni, mentre per le italiane la maggioranza delle partorienti (41%) ha un'età compresa tra i 30 e i 34 anni.

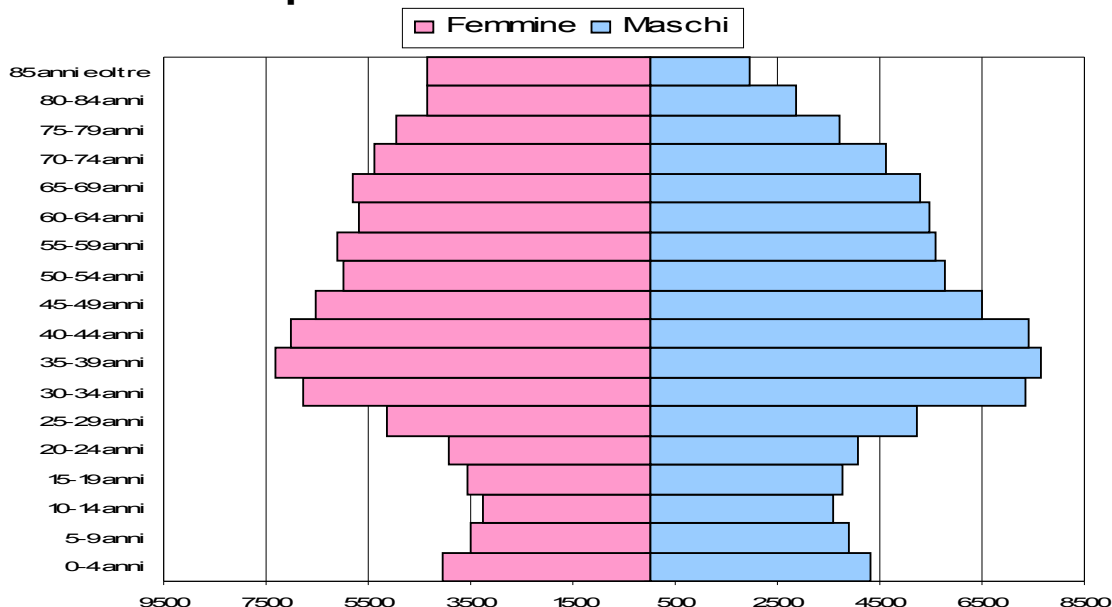
Va comunque segnalato che pur avendo il tasso di fecondità nella provincia Forlì-Cesena un andamento positivo a fronte di andamenti meno positivi a livello nazionale e regionale, i valori sono ancora lontani da quello, di poco superiore a 2, considerato necessario a garantire il ricambio generazionale e la stabilità della popolazione, dati gli attuali livelli di mortalità.

Nonostante ciò la ripresa delle nascite suggerisce di rivolgere una crescente attenzione ad un fenomeno che si riteneva in calo, ovvero ormai attestato su livelli minimi. Devono cioè essere valutate le conseguenze nei settori servizi della medicina neonatale e materno-infantile anche alla luce dell'accresciuta eterogeneità delle madri per età, cittadinanza, costumi, lingue, cultura che aggiunge problemi nuovi nell'assistenza alla gravidanza, al parto, al puerperio, così come nei servizi di ginecologia e di pediatria. Anche i servizi sociosanitari rivolti all'infanzia devono attrezzarsi per poter raggiungere e dialogare efficacemente con le giovani famiglie, nonché conformare i servizi sanitari ed assistenziali scolastici e, più in generale, all'infanzia.

### **..siamo più longevi e sempre più anziani (ogni cinque persone una ha più di 65 anni)**

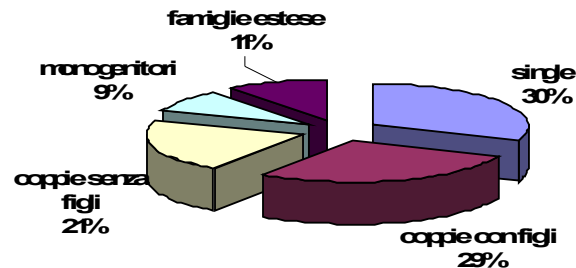
Nell'ultimo decennio l'indice di Invecchiamento sul complesso del territorio forlivese è stato in costante aumento, fino a raggiungere un valore pari al 23,72%, superiore a quello regionale (22,64%). Nonostante il contributo di "ringiovanimento" dato dall'afflusso di popolazioni immigrate, ogni cinque persone una ha più di 65 anni.

### **Popolazione residente al 1.1.2008**





In particolare la presenza di grandi anziani ultra 75enni e ultra 85enni rappresenta un fenomeno sia in crescita nel tempo sia più accentuato per le zone montane rispetto a quelle di pianura e collina. All'1/1/2008 nel nostro comprensorio risiedono ben 68 centenari. Per quanto riguarda nello specifico la popolazione definita "anziana", cioè tra i 65 ed



i 74 anni, va sottolineata che dovrebbe essere questa una popolazione sulla quale poter contare non solo per poter limitare gli interventi di assistenza sociosanitaria più impegnativi e dispendiosi, ma anche, in progetti innovativi e lungimiranti per una "anzianità attiva", per poterne trarre risorse umane e professionali in azioni di volontariato, di auto-aiuto e simili. In effetti, è questa una popolazione che ha davanti a sé ancora consistenti speranze di vita (al 70° compleanno, circa 14 anni gli uomini e 17 le donne).

Si tratta di un gruppo demografico dalle buone potenzialità che, peraltro, vanno migliorando con il progressivo subentrare in questa classe di età di generazioni più istruite, più attente alla propria salute e, forse, più disponibili ad impegnarsi, una volta pensionate, in attività post-lavorative.

Per i "grandi anziani", oltre i 74 anni, che nel comprensorio forlivese hanno un peso estremamente elevato ( 7,42% rispetto al 6,83% regionale) occorre avere particolare attenzione programmatica perché, se diversi studi hanno accertato che il picco di spesa sanitaria per individuo si concentra negli ultimi mesi della sua vita, tutti i dati statistici confermano che le disabilità e le malattie croniche aumentano con l'età e che lo stesso mantenimento in buona o accettabile salute comporta più frequenti ed estesi interventi sia di prevenzione che curativi e farmacologici.

### **...sulle spalle della "generazione sandwich"**

Fra i giovani che crescono e gli anziani sempre più numerosi, si colloca una popolazione attiva, in età lavorativa (pari al 61,56%) ad incidenza inferiore a quella regionale ( 62,15%). Infatti l'indice di dipendenza strutturale (o totale) del comprensorio forlivese è superiore a quello regionale e, a causa della maggior presenza di anziani, assume il valore più elevato nelle zone montuose (68,25%).

In generale, in tutti i comuni del comprensorio, eccetto Bertinoro (48%), a 100 abitanti potenzialmente attivi corrisponde un numero pari a più della metà di individui non attivi. Si sta, infatti, delineando negli ultimi anni il fenomeno della cosiddetta "**generazione sandwich**", quella generazione schiacciata tra le responsabilità dell'allevamento dei figli, dell'accudimento dei genitori anziani e gli impegni del lavoro, tendenzialmente ad età media più elevata, solo in parte ringiovanita dall'immigrazione. Per la programmazione, il dato riveste una particolare rilevanza soprattutto se associato alle dimensioni dei nuclei familiari ed investe tutti i tempi di vita e l'organizzazione del lavoro e della città.

### **..famiglie sempre più piccole: 50% in coppia (quasi la metà senza figli), più famiglie allargate, single al 30%**

Nel comprensorio forlivese, la composizione del *nucleo familiare* si sta riducendo con il passare degli anni, infatti nel 2001 le famiglie con uno o due componenti rappresentano

la tipologia più frequente, percentuali in aumento tra i due censimenti. Al contrario le famiglie con più componenti sono nettamente in riduzione, sia quelle formate da 3 componenti (23,8%), da 4 (14,9%) e da 5 componenti (3,7%), mentre un esiguo numero di famiglie supera i 6 componenti (1,3%).

Nella popolazione del territorio sono presenti varie tipologie di famiglia:

- il 50% vive in coppia e più della metà ha figli (il 57% delle coppie con figli ne ha uno solo e il 36% due)
- il 30% è single,
- il 10% sono famiglie estese, che rappresentano un nucleo "allargato"<sup>1</sup>.
- il 9% rappresenta invece nuclei monogenitoriali

I nuclei monogenitoriali suddivisi per sesso risultano composti per l'82% da donne e per il 18% da uomini. Le donne adulte 15-64 anni sono il 53% del totale e gli uomini sono il 13%. Le over 65 sono il 26% mentre i maschi sono l'8%. Si tratta in maggioranza di donne con figli minori (73%risulta avere un solo figlio, il 23% due figli) o donne anziane sole.

Per quanto riguarda lo stato civile desideriamo precisare che coloro che risultano coniugati sono di fatto, nella maggioranza dei casi, persone separate: tra i due generi sono maggiormente rappresentate le nubili e le separate rispetto alla stessa condizione per gli uomini.

Tale dato di forti cambiamenti della istituzione famiglia, evidenzia una minore potenzialità di cura a fronte di un aumento dei bisogni: le famiglie sono molto più piccole che in passato, assumono forme nuove e diverse, hanno meno figli e meno generazioni compresenti nello stesso nucleo, non possono quindi contare su una rete parentale allargata e sono complessivamente più a rischio.

Il complesso di tali mutamenti sopra richiamati si intreccia con altri processi di trasformazione degli assetti sociali, in particolare del mercato del lavoro e della famiglia, infatti pur discostandosi leggermente dagli indici regionali, anche Forlì ha alti tassi di occupazione femminile, ed il potenziale conflitto tra lavoro fuori casa e lavoro in/per la casa pare essere ancora a carico prevalentemente delle donne e interferisce con molta probabilità con diverse scelte cruciali della loro vita. Il lavoro di cura all'interno della famiglia verso gli anziani, i minori, etc. sembra avere ancora una rilevante connotazione di genere; lo sviluppo di politiche di conciliazione e sostegno ai caregivers, garantendo coerenza e integrazione delle diverse programmazioni di settore assumono grande rilevanza nella promozione delle pari opportunità.

### ***Gli immigrati arrivano .. e fanno famiglia***

Per quanto riguarda la **presenza di stranieri**, in aumento costante negli anni, i flussi migratori mostrano una costante variabilità nelle aree geografiche di provenienza e nelle caratteristiche socio-demografiche. La loro residenza si sta concentrando o nei comuni del comprensorio dove è più facile reperire alloggi a costi sostenibili ed ove esistono migliori opportunità lavorative. Ormai gli stranieri residenti costituiscono l'8,43% della popolazione totale a fronte di un dato regionale pari all'8,55%.

Naturalmente la popolazione straniera è più giovane e, da sempre, multietnica. La percentuale di popolazione in età lavorativa è superiore al 50%. Anche se il numero degli uomini rimane superiore, l'incremento della popolazione femminile straniera è da alcuni anni più marcata di quella maschile per i ricongiungimenti familiari e per l'ingente richiesta di assistenti familiari da parte di famiglie italiane. Va comunque sottolineato che il fenomeno migratorio nel comprensorio forlivese rispetto ad altre realtà regionali si è manifestato con alcune caratteristiche distintive:

---

<sup>1</sup> Uomini e donne che nel proprio nucleo, oltre ad avere un compagno/a e almeno un figlio, hanno persone a vario grado di parentela.

- innanzitutto si è manifestato tardivamente e in modo particolarmente incisivo durante gli ultimi 4 anni con un aumento della popolazione straniera residente pari al 56,63%, superiore a quello regionale (42,17%): Galeata è il comune del comprensorio in cui si è verificato il maggiore incremento del rapporto tra stranieri e totale dei residenti,

- tende alla stabilizzazione, ovvero stanno crescendo i ricongiungimenti familiari (fenomeno particolarmente marcato in alcune comunità del circondario), la quota di immigrati che sceglie il rischio di fare impresa (settore edilizia, commercio all'ingrosso e al dettaglio e attività manifatturiere) anche se permane il rilevante numero di disoccupati, la richiesta di soluzioni abitative, ecc..

Per la programmazione dei servizi sanitari questi elementi inducono ad attivare sistemi di comunicazione ed informazione per indurre un corretto utilizzo dei servizi (riducendo l'uso ripetuto ed inappropriato dei soli servizi in emergenza) e di sorveglianza attiva (con reclutamento all'interno dei programmi di vaccinazione o screening), mentre le politiche sociali di inclusione nei percorsi educativi, formativi e professionali richiedono una forte integrazione di politiche settoriali, per rispondere ai bisogni complessi sempre di molteplice natura.

### ***Dove viviamo?..***

### ***..Contrastare l'ambiente insalubre e costruire un ambiente che induca comportamenti di popolazione più salutari.***

Crescono sempre più le evidenze scientifiche e la diffusa consapevolezza anche degli effetti negativi che mutamenti ambientali e condizioni economiche possono provocare sulla salute della collettività o su alcuni gruppi di popolazione più fragili, più esposti, o più svantaggiati.

E' quindi logico nel cercare di descrivere lo stato di salute di una popolazione tener conto dei determinanti ambientali e socio economici anche se intervenire direttamente sui contesti ambientali e socioeconomici non è competenza del Sistema del Welfare e dei Servizi sanitari, quanto piuttosto, in una logica di approccio intersettoriale, riguarda l'insieme delle politiche di sviluppo del territorio, per cui esistono già linee di indirizzo, strumenti programmatici, sistemi di responsabilità definiti sia a livello sovralocale (direttive europee, piano di sviluppo regionale) sia locale (PTCP) particolarmente avanzati, fra l'altro sostenuti da strumenti conoscitivi accurati e dettagliati.

La nostra attenzione sarà quindi rivolta soprattutto all'ambiente costruito e agli ambienti interni (case, scuole etc.) in cui ridurre i rischi per la salute presenti negli ambienti di vita e di lavoro rientra sicuramente fra gli obiettivi possibili di un piano per la salute e il benessere e nei programmi specifici di intervento, sia individuali che collettivi, nei confronti di specifici gruppi di esposti (lavoratori, comunità, anziani, malati).

Le matrici ambientali (aria, acqua, suolo, ecc..) sono presidiate e presentano analoghi indici rispetto al resto della Regione e dell'area padana, con alcuni miglioramenti rispetto alla qualità dell'aria (PM10 ed ozono), e rallentamento di alcuni fenomeni (produzione rifiuti).

In estrema sintesi possiamo comunque affermare che la popolazione del comprensorio vive in un contesto urbanistico-ambientale che, se complessivamente valutato, pare sovrapponibile a quello regionale (es: qualità dell'aria); tuttavia si rilevano alcune criticità già oggetto di attenzione nella programmazione settoriale locale (PTCP e PSC) per quanto riguarda ad esempio le infrastrutture viarie a supporto dei nuovi insediamenti di servizi sanitari o sociosanitari (IRST) e le dismissioni degli insediamenti produttivi che insistono sul territorio di pianura fortemente antropizzato (ORBAT, es-Eridania).

Dal quadro conoscitivo del PTCP così come dai Piani tematici provinciali (PGQA, PPGR e P. Energetico) emerge una sintesi descrittiva dell'Ambiente costruito, che insiste molto sulla razionalizzazione delle Infrastrutture, in particolare di quelle viarie (mobilità) secondo un duplice fine assolutamente rispondente ai criteri del Piano della Prevenzione regionale:

a) creare flussi di scorrimento del traffico pesante sempre più periferici nei confronti dei centri urbani e residenziali ;

b) rendere più sicure le strade di ogni ordine e grado mediante percorsi protetti per ciclisti, pedoni e utenti " fragili" e razionale impiego di sistemi di dissuasione della velocità ;in tale quadro rientrano i percorsi dei nuovi assi di arroccamento per la città di Forlì ; i miglioramenti della viabilità di vallata con collegamento tra le vallate e riduzione dei punti critici per frequenza di incidenti.

Ancora molto comunque va fatto con gli strumenti di pianificazione territoriale in ogni Comune del comprensorio, per ridurre quel fenomeno, certamente più diffuso in altre realtà regionali, ma presente, di sfruttamento del territorio di pianura che si presenta oramai come un unico insediamento diffuso a bassa densità (sprawl urbano) percorso da una fitta rete stradale.

Le scelte indicate nel Piano territoriale regionale orientano la pianificazione su tre linee di intervento: Reti ecologiche di connessione, Contenimento dell'espansione degli insediamenti residenziali e produttivi, Sviluppo delle reti urbane.

Tali linee che vedono la provincia di Forlì-Cesena in condizioni più favorevoli anche rispetto ad altre aree regionali a sviluppo particolarmente avanzato, delineano un nuovo modo di gestione del territorio fondato sulla stretta integrazione fra sviluppo e conservazione dell'ambiente naturale sicuramente meno conflittuale con le ragioni della salute rispetto al passato e in grado di indurre comportamenti più salutari, ovvero:

- contrastare la dipendenza dall'uso dell'automobile nella mobilità: gli spostamenti connessi alla vita quotidiana (percorsi casa-scuola-lavoro-spesa-svago) sono prevalentemente compiuti con l'autoveicolo privato (e per lunghe distanze) comportamento che introduce barriere fisiche invalicabili alle relazioni tra le persone;
- incentivare la mobilità a piedi ed in bicicletta (esercizio fisico): il camminare, conversare e giocare in strada sono state scoraggiate dai pericoli presenti, dall'angustia degli spazi, dal rumore e dall'assenza di fini per cui camminare, se non l'esercizio fisico stesso;
- favorire la rete di relazioni locali; del senso di appartenenza e di identità locale; del controllo sociale del territorio.

### ***Come viviamo?***

#### ***In una società del benessere a.. rischio disuguaglianze***

Gli studi sui determinanti di salute hanno dimostrato la rilevanza che politiche sociali ed economiche possono avere sulla salute dei cittadini, in particolare fra i fattori che più incidono sulla quantità e sulla qualità della vita delle persone è individuato il **gradiente socio-economico**, ossia la condizione sociale e la disponibilità di risorse economiche, valutabile attraverso tre dimensioni: **reddito, occupazione, istruzione**. Ognuna delle tre componenti, secondo un'ampia evidenza scientifica, influenza la salute della popolazione attraverso diversi e numerosi percorsi causali.

Ad esempio il reddito consente di accedere a migliori servizi sanitari e a maggiori risorse materiali (cibo, abitazione più salubre ecc.) offre più opportunità di realizzazione sociale e gratificazione personale. Persone con più basso reddito hanno meno probabilità di controllare la propria vita e di partecipare pienamente alla vita sociale, sono più esposti allo stress e all'esclusione sociale, con effetti negativi sulla salute<sup>2</sup>. Numerosi studi in Italia e nel mondo hanno confermato la relazione fra disuguaglianze di reddito e aspettative di salute.

Dal punto di vista delle **condizioni socio-economiche**, nel comprensorio forlivese la variazione del PIL è in mantenimento nell'ultimo decennio, mentre nei Comuni più piccoli (Portico e Premilcuore) si assiste accanto ad una progressiva contrazione della popolazione ad una significativa riduzione del PIL (sia totale che pro-capite) come si evince dall'annuale rapporto della Camera di Commercio.

<sup>2</sup> OMS: "Social determinants of health" The solid facts 2003

Per quanto riguarda S.Sofia si assiste ad un mantenimento/incremento degli indici, anche grazie allo sviluppo di alcuni insediamenti produttivi e al permanere per ragioni strutturali, di servizi pubblici quali l'ospedale. Il sistema socio-economico complessivo, pur continuando a produrre ricchezza, mostra tuttavia una sostanziale riallocazione **dei redditi** a favore di alcune classi sociali, una tendenza che ha come principale conseguenza un ampliamento della forbice retributiva ed una riduzione del grado di tollerabilità sociale della disuguaglianza. È un fenomeno che, con intensità differenti, sta interessando tutte le economie avanzate. Rispetto ad altre aree questo processo di sperequazione, nel comprensorio, sta avvenendo in modo poco accentuato; è però una dinamica che comincia ad essere tangibile, così come ben visibile è la percezione dei cittadini di un peggioramento del loro livello di benessere.

### ***.Il lavoro c'è.. ma meno per le donne***

Per quanto concerne **l'occupazione** è sicuramente la disoccupazione il principale fattore di rischio (ridotta disponibilità di beni materiali, depressione, emarginazione sociale, stress, frustrazione). Anche la precarietà del posto di lavoro incide negativamente sulla salute dell'individuo.

È stato dimostrato che la mancanza di sicurezza del lavoro o un lavoro insoddisfacente aumentano disturbi psichici (in particolare ansia e depressione), la percezione di cattivo stato di salute, le malattie cardiache, le assenze per malattia e il ricorso ai servizi sanitari. Occorre considerare che le classi occupazionali più basse sono esposte a maggiori rischi fisici e psicosociali connessi con l'attività lavorativa rispetto alle classi dirigenti. Tra questi, gli infortuni, l'esposizione a carcinogeni, il basso livello di controllo sul lavoro, il grado di stress.

Secondo elaborazioni camerale il mercato del lavoro ha fatto rilevare in provincia un andamento sostanzialmente positivo. Il tasso di occupazione (15-64 anni) per il totale maschi e femmine è risultato pari al 68,2%, dato leggermente inferiore a quello regionale (70,2%) ma nettamente superiore al dato nazionale pari al 58,6%. Il dato più critico appare quello relativo alla minore occupazione delle femmine rispetto alla media regionale o quantomeno ad una minore tendenza ad entrare e a rimanere attivamente nel mercato del lavoro: a determinare tale fenomeno concorrono sicuramente crisi economica e lavoro precario ma anche una ancora non equilibrata distribuzione fra i generi degli impegni domestici e dei carichi di cura.

### ***.. Stiamo aumentando i nostri livelli d'istruzione***

Il grado di **istruzione** è, secondo alcuni studi, una delle "proxi" più affidabili per valutare l'influenza sulla salute dello stato socio-economico; una migliore istruzione offre migliori prospettive di lavoro e di condizione sociale, fornisce conoscenze e capacità in grado di facilitare l'accesso alle informazioni, risorse materiali e servizi di grande importanza per la salute.

I tassi di scolarizzazione riferiti al decennio 1996-2006 mostravano nel 1996 in ambito provinciale una percentuale maggiore di soggetti con bassi livelli di istruzione (liceo, elementari, nessun titolo) nella popolazione femminile rispetto a quella maschile e in generale rispetto alla media regionale.

Tali dati sono verosimilmente da mettere in relazione alla prevalenza femminile nelle classi di età più anziane in cui, come è noto, il tasso di istruzione è in genere più basso; analogamente discrepanze fra dati provinciali e regionali sono ascrivibili alla maggiore presenza di anziani nella nostra provincia rispetto alla media regionale.

Da sottolineare che nel 2006 i tassi sono sensibilmente ridotti e che, considerando insieme soggetti con basso e nessun titolo di studio, lo scarto rispetto alla regione si è praticamente azzerato per entrambi i generi. La situazione appare senz'altro positiva anche in chiave prospettica. Infatti, come si evince dall'Annuario 2007 sul sistema scolastico dell'Emilia Romagna la provincia di Forlì e Cesena, secondo varie ricerche condotte, si distingue come una delle province dell'Emilia Romagna in cui le performance del sistema scolastico risultano migliori.

### ***Come stiamo? Abbastanza bene...***

In questo contesto socio-economico, lo stato di salute della popolazione forlivese si può considerare complessivamente soddisfacente, fenomeno comune a tutti i paesi industrializzati, ciò discende, in buona parte dal miglioramento delle condizioni socio-economiche e quindi del tenore di vita della popolazione e, in minor misura, dalla qualità dell'assistenza sanitaria. Uno degli indici più significativi è sicuramente la speranza di vita, più che raddoppiata in un secolo e cresciuta ancora di oltre un anno nell'ultimo decennio: la speranza di vita alla nascita è oggi pari a 79 anni per gli uomini e 84 per le donne. Ciò premesso, sappiamo bene che la qualità della vita aggiunta non è sempre ottimale, e le malattie non sono scomparse, sono cambiate e che la percezione dello stato di salute dipende da molte variabili.

Ad esempio, dall'indagine regionale (Studio Passi ) effettuata a livello locale, lo stato di salute percepito a livello individuale , valutato con il metodo dei "giorni in salute", conferma la più alta percezione negativa nella classe d'età più avanzata e nelle donne, sovrapponendosi ai risultati emersi nell'indagine multiscopo ISTAT. A Forlì il 58% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, valore leggermente inferiore alla media regionale. In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute:

- i giovani nella fascia 18-34 anni
- gli uomini
- le persone con alta istruzione
- le persone senza patologie severe.

Si tratta di risultati sostanzialmente in linea con le aspettative; che confermano da un lato la sostanziale rispondenza della percezione di salute alle reali condizioni e dall'altro alcune differenze di genere nell'approccio ai problemi e l'influenza di determinanti socio-economici come l'istruzione sulla percezione del rischio.

### ***.. ma stiamo vivendo gli effetti della "transizione epidemiologica"..***

Ovvero stiamo passando da una fase storica, appena conclusa nel secolo scorso, in cui la causa di morte dominante nelle società occidentali era rappresentata dalle malattie infettive, alla fase attuale, in cui questo ruolo è stato assunto in particolare dalle malattie cardiovascolari e dai tumori; queste ultime patologie, un tempo definite "dell'opulenza", per la loro stretta correlazione con la mortalità delle fasce sociali privilegiate, si sono progressivamente concentrate, fino a dilagare, negli strati più svantaggiati delle ricche popolazioni occidentali.

Fra le caratteristiche di queste patologie due in particolare assumono grande rilevanza:

- la multifattorialità, cioè l'esistenza di numerosi fattori di rischio, legati alle abitudini di vita, alle condizioni ambientali e socio-economiche, alle caratteristiche biologiche degli individui, che possono essere presenti in misura variabile in ciascun individuo e giocare un ruolo più o meno significativo sui tempi di insorgenza e sulla gravità della malattia. Questa variabilità ostacola la raccolta di evidenze sperimentali univoche sui rischi per la salute, spiegando in parte il ritardo con cui le acquisizioni scientifiche hanno ricadute su programmi, servizi e sui comportamenti della popolazione;
- la cronicità, cioè un'evoluzione nel tempo caratterizzata da un lungo periodo di latenza, da uno sviluppo progressivo e dalla impossibilità di completa guarigione e di totale remissione una volta che la malattia si sia instaurata.

Queste "evidenze epidemiologiche" costituiscono i presupposti della Riforma da cui è nato 30 anni fa il Servizio Sanitario Nazionale, ma rappresentano anche le ragioni dell'evoluzione dei modelli di assistenza sanitaria che si sono andati lentamente sviluppando e affermando nell'ultimo decennio:

- la salute come processo dinamico e permanente, non uno status da difendere ma una condizione da promuovere e migliorare nel corso dell'intera esistenza;



- il ruolo della prevenzione come compito di tutti gli operatori sanitari nelle sue tre dimensioni (prevenzione primaria, tempestività della diagnosi, prevenzione delle complicanze);

- un approccio integrato e la continuità dell'assistenza come perni delle strategie di gestione delle patologie croniche per impedire ulteriori aggravamenti e assicurare, oltre che la sopravvivenza, la migliore qualità della vita e una ragionevole autonomia funzionale.

### ***Ci occupiamo della nostra salute? si può fare di più.. e si può presidiare di più..***

Secondo i dati dell'OMS l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causati da alcune patologie strettamente collegate ai "fattori di rischio modificabili", comportamenti quotidiani che contribuiscono a determinare la qualità della vita e le aspettative di salute degli individui.

Nella lista dei **fattori di rischio redatta dall'OMS** compaiono il fumo di tabacco, l'abuso di alcol, l'obesità e il sovrappeso, la sedentarietà, un'alimentazione scorretta e uno scarso consumo di frutta e di verdura. Questi fattori, pur rientrando nella sfera delle scelte e dei comportamenti individuali, subiscono l'influenza dell'ambiente di vita e di quello sociale.

Alcuni di essi rappresentano manifestazioni estreme di comportamenti in realtà in sé non nocivi o socialmente ed eticamente accettabili. Sono comunque espressione di gradi di libertà degli individui e rappresentano spesso effetti collaterali di scelte o modelli di sviluppo economico, sociale e culturale storicamente radicati nella nostra società.

Non è superfluo infine ricordare che in realtà ogni comportamento umano "estremo" è potenzialmente fonte di malessere fisico e psichico, è altrettanto vero peraltro che situazioni di malessere fisico o psichico inducono o facilitano comportamenti a rischio.

La popolazione forlivese rispecchia da questo punto di vista la situazione emiliano-romagnola,

infatti:

- l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica importante non solo negli adulti ma anche nei minori, fra i quali 1 su 4 è sovrappeso. La percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con quella reale: fra gli adulti solo la metà dei sovrappeso (52%) è cosciente di esserlo e soltanto due su tre persone obese considerano la propria alimentazione non idonea. Questa mancata consapevolezza probabilmente si ritorce anche sui figli minori come sembra emergere dalle indagini eseguite. Le misure di prevenzione individuali dell'obesità, l'esercizio fisico e una dieta, sono praticate rispettivamente solo dal 31% e dal 21% degli adulti in eccesso ponderale.

- gli adulti sono tendenzialmente sedentari e i dati sull'attività motoria in età giovanile confermano che questa preoccupante tendenza alla sedentarietà si instaura molto precocemente,

- l'abitudine al fumo è ancora molto diffusa, in particolare, un elemento che desta preoccupazione è l'alta prevalenza tra i giovani, specialmente nella classe d'età dei 25-34enni, dove circa 4 persone su 10 riferiscono di fumare,

- si stima che nel territorio forlivese circa il 70% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e una persona su cinque abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Questa informazione è particolarmente importante alla luce dell'alto livello di incidentalità stradale riscontrata sul nostro territorio soprattutto nei weekend a carico dei giovani. E' particolarmente critico il dato dello studio PASSI che riguarda alcool e guida: un numero troppo elevato di persone ammette di guidare dopo consumi di alcool tale da compromettere seriamente la capacità di guida.

Analizzando gli stili di vita della popolazione residente e la percezione che si ha rispetto agli stessi emerge che i fattori di rischio non sono sufficientemente presidiati. I risultati mostrano che è necessario promuovere una maggiore consapevolezza nella popolazione del valore della prevenzione mentre si dovrà operare per migliorare il livello di conoscenza e gli atteggiamenti della popolazione in favore della prevenzione con interventi integrati di promozione della salute di provata efficacia, monitorandone l'impatto e seguendone l'evoluzione nel tempo.

L'adozione di un approccio esclusivamente comportamentale (ossia interventi di promozione della salute rivolti esclusivamente ai singoli individui) per migliorare la salute di una popolazione non ha molte probabilità di successo in quanto alla singola persona non appaiono sufficientemente evidenti i benefici che può ottenere adottando certi comportamenti, per cui l'approccio non potrà che essere con interventi integrati intersettoriali a largo spettro (strategie di popolazione) ed interventi interprofessionali sul singolo (medici di medicina generale e specialisti) per forme di counselling mirato all'alto rischio.

Comunque molti dei nostri modelli teorici tradizionali di analisi del comportamento nell'ambito della salute continueranno ad avere un valore esplicativo limitato se non ci impegniamo a studiare i processi teorici attraverso i quali i fattori sociali possono influenzare la salute. Gli interventi di promozione della salute dovranno quindi sforzarsi di essere il più possibile interdisciplinari, concentrarsi a livelli diversi (individuo, famiglia, comunità e società) e considerare la necessità di intervenire anche sul contesto sociale in modo da renderlo più favorevole alla adozione di stili di vita positivi per la salute.

Da segnalare, infine la rilevanza dei comportamenti umani, oltre che degli elementi legati alle strutture e alle tecnologie nella genesi dei rischi per la salute legati agli infortuni in ambito stradale, domestico e lavorativo.

### **...si muore di meno e sempre più vecchi...**

Pur non avendo tuttora un sistema di analisi dei fattori protettivi e tanto meno degli esiti positivi dei comportamenti dei singoli o delle collettività, per rappresentare lo stato di salute di una popolazione, in sintesi, possiamo analizzare alcuni indici che rischiano di essere la punta dell'iceberg di un fenomeno e non la sua reale rappresentazione, ma che permettono comparazioni fra popolazioni e nel tempo, fra i quali i più significativi sono:

la ripresa della **natalità** e degli indici di fertilità della popolazione, come già documentato,

- l' **alta speranza di vita** alla nascita con un divario fra generi a favore del genere femminile attribuibile ai minori livelli di mortalità delle donne alle varie età e per la maggior parte delle cause di morte (non è infondato supporre che possa esistere a favore del genere femminile una sorta di vantaggio in termini di caratteristiche biologiche e psicoattitudinali correlate al genere che ne accrescono le capacità di adattamento agli attuali contesti di vita e di lavoro),

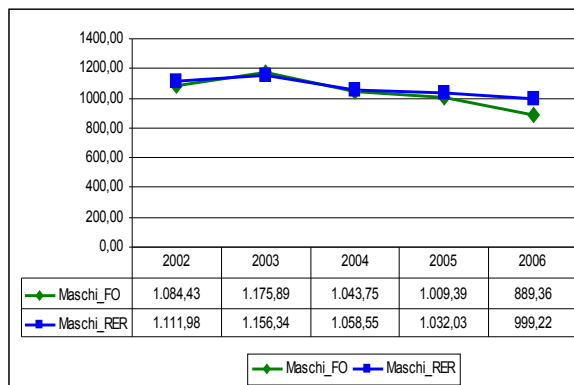
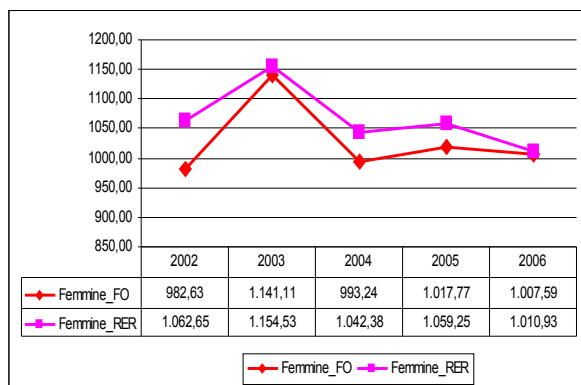
- **tassi di mortalità** in costante e lento decremento a valori mediamente inferiori a quelli regionali; se analizzati per causa evidenziano come circa il 41% circa dei decessi nell'Azienda Usl di Forlì è determinato da malattie del sistema circolatorio, seguite dai tumori, che costituiscono rispettivamente il 28,87% dei decessi femminili e il 36,53% di quelli maschili, poi in ordine decrescente seguono le malattie dell'apparato respiratorio, i disturbi psichici e le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso. In particolare il tasso di mortalità infantile, parametro molto importante in quanto costituisce un indicatore del livello di sviluppo di un paese in relazione alle sue caratteristiche sanitarie, sociali ed ambientali, risulta a 2,43, valore inferiore a quello regionale pari a 3,58 per mille residenti.

La lettura dei problemi di salute basata su indici di mortalità porta con sé un rischio molto evidente di distorsione: fotografa un apice ma non fornisce indicazioni sul numero di ammalati che muoiono né sulla diffusione, sulla durata e sulle conseguenze invalidanti della malattia.



Poiché siamo di fronte a malattie croniche, non necessariamente ad alta letalità questa distorsione è potenzialmente ancora più evidente soprattutto per quanto riguarda i costi del sistema sanitario da una parte e la qualità della vita degli individui dall'altra.

**Tassi standardizzati per età per tutte le cause di morte nel Comprensorio di Forlì e Regione E.R specifici per sesso - Periodo 2002-2006 -**



- **tassi di "Mortalità evitabile"** con i quali si identificano tutti quei decessi che si sarebbero potuti evitare, in virtù di adeguati programmi di prevenzione e/o grazie ad un corretto intervento diagnostico, terapeutico o riabilitativo (prevenzione primaria, secondaria e terziaria). L'analisi della mortalità evitabile assume grande significato come indicatore di salute in quanto oltre a quantificare il problema fornisce anche indicazioni utili alle scelte di politiche sanitarie, consentendo di stimare i guadagni di salute potenzialmente ottenibili con adeguate azioni preventive. Le aree critiche, individuate anche con l'indicatore degli anni medi di vita potenzialmente persi sono: i tumori alle vie respiratorie in cui si incrementa il dato negativo per le donne in associazione all'aumento dell'abitudine al fumo, sia a Forlì che in regione, le patologie cardiovascolari, in cui ancora sembrano esistere margini di recupero per il sesso maschile ed infine l'incidentalità stradale, soprattutto nelle fasce giovani, che sembra riguardare nel nostro territorio anche il genere femminile.

**E quando ci ammaliamo?...un sistema di cure adeguato**

Le patologie di maggiore rilevanza a livello locale in termini di diffusione, gravità, impatto sulla salute e sui servizi sociali e sanitari sono di seguito riportate con le evidenze di criticità nelle risposte.

**...cuore: intervento tempestivo ma prevenzione lenta..**

**Le malattie del sistema circolatorio:** principali cause di morbilità e mortalità nel nostro Paese, tanto che l'indagine multiscopo sulle famiglie pubblicata dall'Istat su un campione di popolazione, ha stimato che una persona su cinque (221 ogni 1.000 abitanti in Emilia-Romagna e 181,5 in Italia) presenta una patologia a carico del sistema cardiocircolatorio. Nella nostra azienda si è in grado di intervenire con assistenza sanitaria tempestiva ed efficace (vedi indici di sopravvivenza ad IMA fra i più elevati della RER), ma i fattori di rischio come ipertensione, sovrappeso, ipercolesterolemia non sono sufficientemente presidiati, infatti si stima ad esempio che al 17% della popolazione di 18-69 anni dell'Ausl di Forlì non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 40% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia (Si tratta del valore più alto in Regione Emilia-Romagna e significativamente sopra la media regionale); questa quota sale al 49% tra le persone di 50-69 anni. La variabilità nei consigli ricevuti dalle persone con ipercolesterolemia da parte degli operatori sanitari mostra la necessità di ricorrere ad un approccio di counselling più standardizzato e più esteso alla popolazione con questi fattori di rischio.

### **..tumori: verso la cronicità.. ma più attenzione alle donne**

**I tumori** rappresentano la prima causa di morte nella popolazione tra i 35 ed i 64 anni. Un uomo ogni 3 e una donna ogni 4 hanno la probabilità di sviluppare un tumore nel corso della vita (fra 0 e 74 anni), mentre la probabilità di morire per tumore nello stesso periodo riguarda 1 uomo ogni 6 e una donna ogni 11. Il quadro delle patologie tumorali appare da una parte caratterizzato da un aumento del numero delle diagnosi in entrambi i sessi, ma dall'altra anche da una graduale diminuzione del livello della mortalità, soprattutto tenendo sotto controllo il peso della variabile età. Da diversi anni le neoplasie nel Comprensorio forlivese rappresentano la seconda causa di morte (con circa 600 morti ogni anno). Nel 2006 i decessi per tumori maligni sono risultati pari a 628 (il 31,94% delle morti complessive), di questi il 36% circa è costituito da uomini. Nel corso del 2006 le principali responsabili di morte sono la neoplasia del polmone, prostata, stomaco negli uomini, mentre nelle donne il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il tasso standardizzato di mortalità per tutti i tumori maligni è pari a 315,85 per 100.000 abitanti, in diminuzione rispetto agli anni precedenti e in linea con i valori regionali. Essenzialmente la riduzione della mortalità per tumore dipende da un migliore accesso ai programmi di screening e da percorsi diagnostici e trattamenti più efficaci.

Un aumento della mortalità per tumore, rispetto agli anni precedenti, interessa solo le donne del Comprensorio di Forlì, per le quali si registra un tasso standardizzato di mortalità di 302,69 per 100.000 abitanti. Sia per quanto riguarda i tassi di copertura della popolazione che le incidenze e le sopravvivenze emerge un'unica criticità per il sesso femminile: il tumore del collo dell'utero che presenta dati di mortalità e incidenza superiori alla media regionale, mentre per gli uomini le sopravvivenze per tipologia di tumore mostrano un arco temporale più ampio rispetto al dato regionale per tutti i principali tumori.

#### **Sopravvivenza osservata e relativa<sup>3</sup> a 5 anni (%) dei casi incidenti dal 1996 al 2000 – femmine**

FEMMINE	Forlì		Totale Romagna	
	Osservata	Relativa	Osservata	Relativa
<b>C16 Stomaco</b>	37,9%	47,8%	34,0%	42,2%
<b>C18-21 Colon retto</b>	52,1%	62,6%	51,0%	60,5%
<b>C33-34 Polmone, trachea e bronchi</b>	19,1%	21,7%	17,3%	19,7%
<b>C50 Mammella</b>	80,3%	88,3%	80,4%	87,5%
<b>C53 Utero collo</b>	61,3%	64,3%	64,4%	68,9%
<b>Totale tumori maligni (escluso pelle C44)</b>	<b>56,4%</b>	<b>65,2%</b>	<b>55,5%</b>	<b>63,5%</b>

#### **Sopravvivenza osservata e relativa<sup>8</sup> a 5 anni (%) dei casi incidenti dal 1996 al 2000 – maschi**

MASCHI	Forlì		Totale Romagna	
	Osservata	Relativa	Osservata	Relativa
<b>C16 Stomaco</b>	28,7%	35,6%	27,0%	34,2%
<b>C18-21 Colon retto</b>	49,4%	61,0%	47,6%	58,9%
<b>C33-34 Polmone, trachea e bronchi</b>	14,0%	16,9%	11,5%	13,8%
<b>C61 Prostata</b>	68,4%	89,1%	66,4%	86,4%
<b>Totale tumori maligni (escluso pelle C44)</b>	<b>44,1%</b>	<b>54,6%</b>	<b>41,7%</b>	<b>51,4%</b>

<sup>3</sup> La sopravvivenza relativa è una stima della sopravvivenza nella condizione in cui il tumore osservato sia l'unica causa di morte possibile e che quindi non vi siano altre cause.

### **..aumenta la percezione di malessere....**

**Le malattie mentali:** nel Rapporto sulla Salute pubblicato nel 2001, l'Organizzazione mondiale per la salute (OMS) prevede che entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei Paesi industrializzati. Il Libro Verde "Migliorare la salute mentale della popolazione - verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea" stima che un cittadino su quattro abbia sofferto nell'arco della propria vita di una patologia mentale: le tipologie più frequenti sono i disturbi legati all'ansia ed alla depressione. Il costo socio-sanitario delle patologie mentali è notevole e si valuta attorno al 3-4% del PIL.

In Italia le malattie mentali e le malattie del sistema nervoso, prese nel loro complesso, rappresentano la terza causa di morte. Nel nostro paese diverse ricerche affermano che il 7% dei cittadini (sopra ai 18 anni) ha sofferto almeno di un disturbo mentale nell'arco di 12 mesi, il 5% ha sofferto di un disturbo d'ansia, mentre la prevalenza dei disturbi depressivi è stimata nel 4%. Si stima che nei Paesi europei, mediamente, circa la metà (44-70%) delle persone colpite da malattie mentali non venga mai curata.

Questi dati, in prospettiva allarmanti, rappresentano solo la punta dell'iceberg di un disagio psichico crescente. La percezione soggettiva di malessere, diffusa in strati sempre più vasti di popolazione, si traduce in fenomeni e comportamenti ampiamente documentati che stanno ormai uscendo dalla sfera di interesse delle scienze sociali per passare alle cronache e agli annuari statistici e giudiziari (consumo crescente di psicofarmaci, violenze domestiche, omicidi e suicidi, stress, mobbing e burn out, bullismo e sbalzo, etc...). Occorre anche considerare il peso che fattori psicologici hanno sul determinarsi di numerose patologie organiche o sull'adozione di stili di vita a rischio. Non è quindi assurdo considerare non tanto remota la possibilità di una nuova transizione epidemiologica che veda nel prossimo futuro il sorpasso delle patologie mentali su quelle fisiche. Del resto nella percezione della gente ciò è già avvenuto, come dimostrano i risultati dello Studio Passi.

Anche a Forlì, come in Emilia-Romagna, il 14% delle persone intervistate durante l'indagine Passi 2006 riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive dei 12 mesi precedenti l'intervista, sintomi di depressione. Se si sommano quelli che hanno riferito almeno un sintomo si arriva al 25%. Per queste patologie che sono da un lato causa diretta della disabilità e mortalità che coinvolge spesso le fasce più deboli (giovani e anziani) della nostra popolazione, dall'altro indirettamente responsabili di un'esclusione sociale che alimenta le disuguaglianze, occorre rinforzare l'approccio intersettoriale dei servizi sanitari soprattutto territoriali.

### **...attenzione ai bambini.. e agli anziani**

Si tratta di due gruppi di popolazione particolarmente fragili e più esposti agli effetti sulla salute di condizioni ambientali e psico/sociali sfavorevoli.

**Le malattie respiratorie** sono tra le patologie croniche più diffuse, interessando larghi strati della popolazione, comprese le fasce di età più giovani e sono causa di mortalità prematura, con elevati costi sociosanitari ed economici.

I fattori di rischio che determinano il quadro epidemiologico sono sia di natura sociale che individuale: per quel che riguarda quelli attinenti alla sanità collettiva occorre sottolineare l'importanza della qualità dell'ambiente di vita - dunque quello dell'aria, in modo particolare, e dell'ambiente di lavoro - e dei fattori associati allo stile di vita individuale - come il tabagismo - e allo status socioeconomico. In età pediatrica è particolarmente avvertita la crescente incidenza dell'asma. Anche se nel nostro Paese la prevalenza di questa malattia appare ancora più bassa, rispetto ad altri paesi industrializzati, essa costituisce comunque, insieme all'obesità, la patologia cronica più diffusa nella popolazione infantile e una causa importante di ospedalizzazione.

Un tempo tipica patologia infantile, con un'incidenza pressoché stabile e tendenza all'attenuarsi di sintomi con l'aumentare dell'età, l'asma e le altre sindromi respiratorie su

base allergica, come del resto le altre patologie allergiche, sono andate nel tempo estendendosi e diffondendosi in relazione sia all'aumentare delle sostanze allergogene presenti nell'ambiente sia al modificarsi delle risposte immunitarie in presenza di stimoli sempre più numerosi ma di bassa intensità.

***...fra vecchie e nuove patologie .. grandi progressi clinici, ma occorre non abbassare la guardia.***

**Le malattie infettive:** Fra i fattori che più hanno inciso sul miglioramento dello stato di salute vi è senza dubbio un controllo più efficace delle malattie infettive, da attribuirsi da un lato al miglioramento delle condizioni di vita e di igiene e dall'altro allo sviluppo delle misure di profilassi soprattutto vaccinale e alla disponibilità di terapie sempre più mirate. Le malattie infettive continuano però a minacciare pesantemente il resto del pianeta: oltre che un problema di solidarietà su scala mondiale i flussi migratori ma soprattutto la continua e rapida circolazione di merci e passeggeri da tutto il mondo rappresentano un potenziale veicolo di diffusione di "nuove patologie" (v. Chickungunya) e una possibile causa di recrudescenza di malattie infettive che credevamo ormai debellate (v. TBC). Anche per l'AIDS, che grazie soprattutto all'introduzione delle terapie antivirali si sta stabilizzando, va mantenuta alta l'attenzione per ridurre i nuovi casi: Infatti il Comprensorio di Forlì registra tassi di incidenza AIDS alti, superiori a quelli regionali. Come per la regione anche sul territorio del Comprensorio si registra un aumento costante del numero dei casi prevalenti come conseguenza dell'aumento della sopravvivenza da imputare all'efficacia delle terapie.

Per tutte le patologie e' quindi importante mantenere desta l'attenzione: programmi vaccinali, soprattutto in età infantile, sistemi di sorveglianza, gestione tempestiva ed appropriata dei focolai epidemici si confermano i pilastri di ogni efficace strategia di controllo della malattie infettive. Sul versante delle terapie l'abuso di antibiotici continua ad essere un diffuso problema di appropriatezza prescrittiva e di utilizzo inadeguato delle risorse, peraltro non facile da contenere, sia per gli evidenti interessi economici in gioco, sia soprattutto per la difficoltà di conciliare buoni principi di economia sanitaria e di sanità pubblica con le preoccupazioni per la salute di pazienti particolarmente fragili come anziani e bambini.

#### ***Sicurezza: fra prevenzione e percezione***

La sicurezza riferita alle strutture, agli impianti, ai comportamenti in ambito stradale, lavorativo o domestico, fa parte da tempo delle priorità degli operatori della salute e in particolare di chi si occupa di prevenzione, visto che l'azione preventiva è lo strumento classico nella gestione di tali problematiche.

Pur con le specificità dei singoli ambiti di rischio, i problemi di sicurezza presentano diversi aspetti simili: la gravità (in molti casi come è noto le conseguenze sono gravi e invalidanti), la diffusione (sono milioni le persone quotidianamente esposte) e la prevenibilità ( nella quasi totalità degli incidenti e/o degli infortuni, caso e fortuna entrano ben poco, si tratta quasi sempre di inadeguatezze strutturali, impiantistiche o comportamentali, cose assolutamente prevedibili e in molti casi previste o quantomeno raccomandate da norme di legge o buone tecniche professionali.

Molto spesso, anzi, carenze strutturali e comportamenti a rischio concorrono insieme a determinare gli infortuni e ad accrescere la gravità: al di là dei numeri sicuramente allarmanti è preoccupante notare quanto questi rischi siano sottostimati da chi vi è esposto, e ciò facilita il mancato rispetto delle più elementari regole di sicurezza: è d'altra parte noto che sono generalmente sottostimati i rischi connessi ai nostri comportamenti quotidiani, mentre sono percepiti come inaccettabili i rischi causati dai comportamenti altrui.

Anche per questo, ma certamente non solo per questo, un altro aspetto legato alla sicurezza è andato recentemente imponendosi all'attenzione dell'opinione pubblica e quindi dei media (o viceversa a seconda dei punti di vista): la paura per la propria incolumità fisica o patrimoniale in conseguenza di atti di criminalità o microcriminalità.

In realtà dati e statistiche alla mano le dimensioni oggettive dei due fenomeni non sono assolutamente paragonabili: da una parte migliaia di morti, milioni di coinvolti ed esposti, costi economici e di risorse umane ingenti; dall'altra conseguenze comunque inaccettabili, ma sicuramente molto più contenute (considerando che la maggior parte degli omicidi e delle violenze private avvengono fra parenti, consanguinei o conoscenti e non ad opera di sconosciuti o criminali).

Altrettanto ingiustificata, ma non incomprensibile dal punto di vista delle dinamiche psico-sociali, è l'associazione fra aumento di criminalità e presenza dei cittadini stranieri; ancora una volta sono dati e statistiche a ridimensionare il problema, anche se certi fenomeni di microcriminalità sono comunque più diffusi nei gruppi socialmente ed economicamente più svantaggiati.

Consideriamo, quindi, la preoccupazione per questo aspetto di sicurezza, non come un problema di interesse primario per la salute; si tratta però di un indicatore del malessere e del disagio che manifestano strati sempre più ampi della nostra società in cui crescono gli elementi di incertezza economica e di prospettive future mentre diminuiscono gli effetti protettivi indotti dal senso di appartenenza ad una comunità solidale.

In questo senso è di grande interesse e di rilevanza anche per la salute e il benessere sociale.

Alcuni dati riferiti all'intero paese a confronto (le cifre sono approssimate, trattandosi in ogni caso di stime).

Mortalità per incidenti stradali	circa 6000 morti all'anno
Mortalità per infortuni domestici	circa 4500 morti all'anno
Mortalità per infortuni sul lavoro	circa 1200 morti all'anno
Mortalità per omicidi	circa 800 morti all'anno

(di cui oltre il 50% fra parenti, conviventi, conoscenti ed amici)

# **Quali risorse, condizioni e comportamenti di vita quotidiana**

*Piccolo è bello... se in filiera*

Le analisi dei cambiamenti avvenuti nella struttura produttiva hanno generato una serie di classifiche aventi come obiettivo quello di fornire una valutazione quantitativa e qualitativa del livello di sviluppo del territorio che mettono in evidenza due elementi sui quali va focalizzata l'attenzione: lo sviluppo visto dalle imprese e lo sviluppo visto dai cittadini.

Il territorio provinciale si colloca tra i più ricchi d'Europa ed è caratterizzato da una diffusa imprenditorialità tanto che il rapporto abitanti e imprese attive sia decisamente elevato con la presenza di una impresa attiva ogni 9,2 abitanti, maggiore delle medie regionali e nazionali. Significativa è sia la presenza dell'imprenditoria femminile con una incidenza superiore a quella regionale che nazionale.

Contemporaneamente si registra tuttavia un rallentamento della crescita dovuto al fatto che la media e grande dimensione continuano ad ottenere risultati apprezzabili, mentre le piccole imprese faticano a mantenere la propria competitività in una economia globale, mostrando la difficoltà ad agganciare la ripresa da parte di un modello che si era dimostrato vincente in passato.

Dal 2000 ad oggi sono aumentate le imprese attive del 5% soprattutto nel settore immobiliare e informatico con un modesto aumento della produzione pari al 4,6%. Tra le forme giuridiche si registra un significativo aumento delle società di capitale. Le cause del rallentamento della produttività sono in parte attribuibili ad una insufficiente capacità innovativa delle piccole imprese in quanto manifestano difficoltà a reperire personale qualificato associato alla percezione di rischio elevato sulla domanda futura di beni innovativi.

Vi è crescente attenzione nel territorio verso la cultura d'impresa, non più solo come procedure, ma che attribuisce valore intrinseco ai prodotti e servizi

Gli **elementi di forza** si trovano nei **circuiti di filiera** all'interno dei quali piccole e medie imprese sono complementari in quanto consentono di superare la dicotomia dimensionale permettendo ad un gruppo limitato di tali imprese l'**eccellente posizionamento** della Provincia Forlì-Cesena nel territorio nazionale ed in quello europeo.

Dal punto di vista delle imprese Forlì-Cesena si colloca ai primi posti per posizionamento competitivo attribuibile ad un numero ristretto di imprese ma che trae origine da un intero sistema territoriale.

**....reddito alto ma non per tutti...**

Nel 2005, con un valore pari a 20.616 euro, il reddito disponibile pro-capite delle famiglie della provincia è risultato uno dei più alti tra le province emiliano-romagnole (dopo Bologna con 21.120 e Modena con 20.846), ed è più elevato rispetto al dato italiano (16.427)<sup>4</sup>. Tale indicatore misura sinteticamente il livello di benessere economico, di cui possono godere i residenti nella loro veste di consumatori.

Accanto all'informazione sul reddito è utile affiancare quella sul patrimonio, suddiviso tra attività reali e attività finanziarie. La provincia di Forlì-Cesena presenta un valore del

<sup>4</sup> Fonte: I numeri dell'Economia 2007, Camera di Commercio Forlì-Cesena, Settembre 2008

I dati sono elaborati dall'Istituto Tagliacarne e contengono informazioni relative alla formazione del reddito, che corrisponde ai redditi da lavoro e da capitale-famiglia che affluiscono al settore famiglie, al netto delle relative imposte dirette e contributi assistenziali e previdenziali; dal lato degli impieghi invece è la somma dei consumi e dei risparmi dello stesso settore. Per dettagli vedere "Note metodologiche", Camera di Commercio Forlì-Cesena, maggio 2008.

patrimonio pro-capite pari a oltre 181 mila Euro, dato inferiore alla media regionale che colloca la provincia al settimo posto in Emilia-Romagna.<sup>5</sup>

Altre considerazioni si possono fare sulla base di recenti statistiche del Ministero dell'Interno e dell'Istat, pubblicati dal Sole 24 Ore ad Agosto 2008, il **reddito medio per contribuente nella provincia di Forlì-Cesena è di 15.770 euro**<sup>6</sup>, con una variazione reale del 3,2% dal 1999-2007, occupando il 44° posto nella classifica nazionale. La media regionale nel 2007 è di 18,303 euro con una variazione reale 1999-07 del 5,9% mentre in Italia la media è di 16,249 con una variazione 99-07 del 2%. Nella stessa indagine risulta che Forlì è tra i Comuni più "ricchi" con 17.510 euro; bisogna tuttavia tenere in considerazione che queste "medie" non danno ragione dei motivi di successo e risentono molto del peso di false dichiarazioni. Una inchiesta giornalistica (Panorama maggio 2008) sugli italiani che dichiarano zero, emerge che in Italia sono milioni coloro che non dichiarano redditi e tra questi numerosi sono non solo avvocati, trasportatori o esercenti, ma anche agricoltori e allevatori.

**Il valore del reddito per famiglia a Forlì nel è pari a € 32.787**<sup>7</sup>. Recenti statistiche hanno tuttavia evidenziato come la crescita dei salari anche nel territorio forlivese sia stata modesta. Ciò ha determinato una perdita del potere di acquisto che non ha colpito tutte le fasce, ma soltanto quelle più deboli: nel periodo 2002-2007 si è ridotta la capacità di acquisto delle famiglie, con ampliamento della forbice di reddito disponibile.

Soprattutto le donne e i più giovani evidenziano un percorso lavorativo più frammentato e dalle prospettive di reddito incerte. Questo vale anche per i lavoratori di recente immigrazione.

L'**allungamento della vita**, particolarmente evidente nel nostro territorio, ha portato ad una dipendenza **crescente dalla componente straniera** che dimostra anche una discreta propensione a fare impresa.

Nel 2007 a Forlì-Cesena sono state erogate quasi 77mila **pensioni di vecchiaia** (al cui interno ricadono quelle di anzianità, di vecchiaia e i prepensionamenti). Per avere un ordine di grandezza dell'incidenza dei pensionati, il 20,3% dei residenti percepisce una pensione di vecchiaia, percentuale notevolmente superiore a quella nazionale e di poco inferiore alla media regionale. Dal 2003 al 2007 il numero delle pensioni è aumentato di circa l'11%, rispetto al 7% nazionale.

Anche dall'analisi delle pensioni si evince come vi siano classi di popolazione che - soprattutto se prive di una solida rete familiare - si collocano pericolosamente vicino alla soglia della povertà.

L' Istat stima che la Povertà relativa sia dell'11.1% sul totale famiglie in Italia mentre il dato della Regione Emilia Romagna è del 3.9% (2.5% nel 2005) e 6.20% per Nord. Considerando che le Famiglie **Comprensorio Forlivese sono 77.320**, la **stima sulla povertà relativa** riguarda n. **3.015 nuclei familiari**.

**Le caratteristiche della persona di riferimento** sono molto importanti nel delineare i profili delle famiglie povere infatti occorre considerare non solo l'età, ma anche il sesso e livello di istruzione, e i fattori maggiormente associati alla povertà sono la partecipazione al mercato del lavoro, la condizione e la posizione professionale. A livello nazionale se la persona di riferimento è una **donna** si osserva una **incidenza di povertà del 6,1%** con 1,3 punti superiori alla media se la persona di riferimento è un uomo. Si tratta di **anziane sole** che rappresentano il **44% delle famiglie povere in Italia con a capo una donna ed il 24% di monogenitori**

<sup>5</sup>Stima della Banca d'Italia che somma i valori delle attività reali e finanziarie ed ottiene la ricchezza lorda delle famiglie (tra cui: attività reali, fabbricati, terreni, aziende, gioielli, depositi, ecc) depurata da debiti verso altri settori. Per dettagli vedi : Note metodologiche, Camera di Commercio Forlì-Cesena, luglio 2007.

<sup>6</sup>su dati IRPEF 2006, raggruppati ed aggiornati al 2007, con gli indici Istat dal Centro Studi Sintesi

<sup>7</sup>Fonte: stima su dati pubblicati dal Sole 24 ore, agosto 2008



In particolare risultano a **rischio le famiglie monogenitoriali** dove capofamiglia sia una **donna con figli minori** e donne **anziane sole**. Nel Comprensorio sono 12.787 le coppie con un figlio minore e 2364 quelle con un solo genitore, in prevalenza donna.

Anche se le statistiche **collocano Forlì-Cesena nel gruppo delle province al vertice della graduatoria nazionale**, è opportuno valutare la variazione fra sviluppo economico e la direzione ed intensità del benessere dei cittadini.

Sulla base dei dati utilizzati per il calcolo degli indicatori si può affermare che anche **il benessere è aumentato** nel periodo considerato, ma con una velocità notevolmente inferiore a quella della crescita economica. In Emilia-Romagna la variazione del benessere è stata pari al 28% di quella della crescita economica, **a Forlì-Cesena il benessere ha viaggiato ad una velocità pari ad un terzo di quella della crescita economica.**

*...da ridistribuire meglio...*

Al fine di migliorare ulteriormente il benessere economico del territorio è opportuno valutare che le dinamiche della crescita economica non hanno prodotto un equivalente aumento diffuso del benessere dei cittadini in quanto la **riallocazione dei redditi** è a favore di alcune classi sociali, ampliando la forbice retributiva.

Nonostante si tratti di un fenomeno comune a tutte le economie avanzate e che nel nostro territorio è presente con toni meno accentuati, è da rilevare che il minor benessere, è divenuto tangibile nella percezione dei cittadini rispetto al proprio livello di vita. Sembra che vi sia stato un indebolimento del circolo virtuoso tra imprese e territorio che necessita la programmazione di nuove linee di intervento a favore di nuove forme di responsabilità delle imprese volte alla internazionalizzazione della produzione, lavoro di rete ed investimenti in formazione e innovazione.

Condizione necessaria per avviare un ulteriore miglioramento delle condizioni socio economiche del territorio è la **de-frammentazione**. Tra le numerose anomalie che caratterizzano il Sistema Italia, la frammentazione costituisce uno dei vincoli principali allo sviluppo. De-frammentare deve essere la parola d'ordine.

Appare necessario trovare forme aggregative in tutti gli ambiti sociali ed economici per riuscire a dare risposta, efficacemente e tempestivamente, ai nuovi bisogni e alle nuove domande che si levano da una società in continua trasformazione.

Appare evidente come **le dinamiche economiche e quelle sociali siano tra loro strettamente correlate** e come la governance di un territorio non possa essere vista come la sommatoria di politiche maturate in ambiti diversi – quello industriale, quello sociale, quello ambientale – ma come un'unica politica per lo sviluppo, dove le scelte che riguardano un ambito non possono essere disgiunte dal contesto complessivo.

Appare prioritario favorire le condizioni – economiche e sociali - per la ricostituzione di obiettivi e, soprattutto, di valori condivisi, e **creare su nuove basi il senso di appartenenza**, l'identità di territorio. È questa la seconda condizione necessaria per riprendere il cammino di sviluppo.

In conclusione, sono tre i paradigmi sui quali si gioca il futuro: **fare della conoscenza un differenziale competitivo, de-frammentare e ri-creare l'identità di territorio.**

Il legame tra capitalismo e territorio è tanto più stringente quanto è maggiore la capacità di far evolvere la componente su cui il territorio può agire direttamente, **il patrimonio della conoscenza.**

Sviluppare un differenziale competitivo basato sulla conoscenza sembra essere una condizione necessaria per rinsaldare il rapporto di convenienza tra capitalismo e territorio e, se ci si riferisce a larga parte del capitalismo manifatturiero il contesto appare positivo.

**Negli ultimi anni**, come hanno dimostrato i dati, **i sistemi territoriali manifatturieri hanno proseguito nel creare ricchezza, ma distribuendola in maniera meno omogenea rispetto al passato.** Vi è stata la comparsa di fenomeni sperequativi, determinati sia dai cambiamenti nella base sociale – afflusso di



extracomunitari e invecchiamento della popolazione di cittadinanza italiana, ad esempio- sia dai mutamenti nei meccanismi che regolano l'economia, principalmente ascrivibili alla globalizzazione e alla trasformazione del mercato del lavoro. Sulla base delle analisi condotte nel territorio, sembra di poter affermare che il circolo virtuoso tra imprese e territorio nella provincia di Forlì-Cesena si è indebolito ma non si è interrotto e necessita di interventi per non allentarsi ulteriormente, a partire da nuovi strumenti a sostegno dei cittadini a rischio di esclusione sociale.

La differente velocità con cui viaggiano crescita economica e benessere dei cittadini sembra suggerire che, tra le linee di intervento, sia opportuno pensare **a nuove forme di responsabilità delle imprese** verso il territorio, in particolare quando sembra non esistere il rapporto di reciproca convenienza.

### ***...lavoro sì.. a volte un po' scoraggiante***

Anche il **mercato del lavoro** ha indicatori molto buoni tanto che sono stati già raggiunti gli obiettivi della strategia di Lisbona, caratterizzato da alta partecipazione al mercato del lavoro ed elevata occupazione. Vanno rilevati tuttavia alcuni elementi di criticità che riguardano disparità di genere con elementi che fanno pensare ad un effetto "scoraggiamento" delle donne che non trovano una adeguata offerta di lavoro. Da segnalare, tra le possibili cause, la caduta dell'occupazione femminile nel settore agricolo.

Tra i giovani si registra frammentarietà nell'inserimento nel mondo del lavoro caratterizzata dall'aumento di contratti a tempo determinato. E' infatti il settore dei servizi quello che crea maggiori occasioni di lavoro ma tende a sfruttare in maniera ampia i contratti a "intermittenza". Le imprese assumono profili con bassa professionalità, in particolare attraverso l'assorbimento di manodopera immigrata in comparti a bassa produttività o a carattere stagionale.

### ***...che attira chi viene da lontano***

Risultano complessivamente 3.458 i cittadini stranieri **titolari di piccole imprese attive**, evidenziando un trend di forte crescita con un incremento del 10% circa fra il 2006 e il 2007 e di oltre il 26% fra il 2005 e il 2007.

Questa tendenza si riflette anche sull'incidenza delle imprese straniere, pari al 5% del totale delle imprese iscritte all'1.1.08.

Oltre un terzo opera nel **settore dell'edilizia**; in secondo luogo, gli imprenditori stranieri si concentrano nel settore del **commercio all'ingrosso o al dettaglio** (22,2%), poi nelle attività manifatturiere (15,6%), riflettendo la distribuzione che già era stata rilevata nei dati relativi al 2006.

Da evidenziare, inoltre, la diversa incidenza per singoli settori di attività che le imprese con titolare straniero presentano rispetto al complesso delle aziende: se, come evidenziato, esse pesano complessivamente per il 5%, questa percentuale risulta essere quasi il 14% per il settore edile, il 5,4% per il commercio e il 5,3% per le attività manifatturiere, i trasporti e gli alberghi/ristoranti. Risulta più contenuta l'incidenza in riferimento agli altri settori, con valori che oscillano fra il 2,9% per servizi di vario genere (pubblici, sociali e personali) e lo 0,7% per la produzione e distribuzione di energia elettrica, gas ed acqua.

Per ciò che riguarda **la nazionalità degli imprenditori stranieri**, il Paese maggiormente rappresentato è **l'Albania** (13,9% dei casi in oggetto), seguita dalla **Svizzera** (11,7%) e, a maggior distanza, da **Marocco, Cina, Romania e Tunisia**. Rispetto ai dati riferiti alle iscrizioni 2000-2004, a quelli del 2005 e a quelli del 2006, non si evidenziano particolari novità, se si esclude che l'incidenza dell'imprenditoria rumena ha superato quella tunisina.

Procedendo alla disaggregazione per genere, si rilevano, poi, una considerevole **prevalenza maschile 76,1% contro il 23,9% di donne**, ma anche significative differenze di genere per Paesi di origine; sebbene, infatti, la prevalenza degli uomini sia comune a tutte le aree geografiche di provenienza degli imprenditori, essa risulta particolarmente marcata per alcuni Paesi (in primis Macedonia, Tunisia, Albania,

Marocco) ed invece assai più stemperata per altri (in particolare Cina, Svizzera, Germania, Argentina, Francia, Romania).

### ***...lavoro sì.. ma si può fare meglio***

Il dilemma quindi che devono affrontare le politiche è quello di sostenere le fasce più deboli ed i crescenti bisogni sociali della popolazione (immigrata e non) e al tempo stesso di incentivare il sistema produttivo a modificarsi e riqualificarsi.

Le politiche per l'occupazione, e in particolare quelle del Fondo Sociale Europeo, possono giocare un ruolo importante in questo ambito, soprattutto se integrate con le politiche economiche e di innovazione:

- favorendo la formazione del capitale umano, puntando sulla formazione superiore, l'istruzione universitaria e post-universitaria, e usando anche strumenti tradizionali (quali il nuovo apprendistato) per promuovere la Ricerca & Sviluppo e l'innovazione dentro le imprese;
- individuando e promuovendo nuove figure professionali, soprattutto all'interno dei servizi all'impresa realizzando azioni di accompagnamento e integrazione rivolti ai diversi soggetti del territorio (per esempio, espandendo e accompagnando con gruppi scientifici i tirocini di universitari in imprese locali; promuovendo reti di collaborazione tra servizi, imprese, e istituzioni);
- accompagnando i processi di crescita della qualità e della produttività con sostegni alle risorse umane dedicate e finanziando check-up dei sistemi innovativi e organizzativi locali).

Un'attenzione particolare deve essere riservata ai possibili riflessi dei processi di mutamento sul mercato del lavoro e alla necessità di far fronte alle possibili tensioni che questi cambiamenti possono creare. In questo senso le priorità sono molteplici:

gestire probabili fuoriuscite dal mercato del lavoro, con attività che in accordo con le parti sociali anticipino l'adattamento e il riposizionamento prima del licenziamento,

- porre attenzione a crescenti dinamiche di esclusione e in particolare alla partecipazione femminile, i soggetti più deboli (per qualifica, disponibilità, flessibilità orari, ecc..) che sono i primi a soffrire della riduzione della domanda di lavoro e si è visto quanto sta accadendo a discapito dell'occupazione femminile.

Il **tema delle pari opportunità andrebbe quindi ripreso** con forza e adeguato alle nuove condizioni del mercato, alla terziarizzazione e alla crescente domanda di servizi alla persona. A tutti gli effetti una azione di mainstreaming, che ponga cioè il tema delle pari opportunità in tutte le sedi e in tutte le decisioni appare rilevante e richiede strumenti di sostegno flessibili, obiettivi realistici e apprendimento di tutti i soggetti.

### ***...e più sicurezza sul lavoro***

In generale si può dire che il lavoro nero o irregolare e la scarsa sicurezza sono fenomeni che si rilevano anche nella nostra provincia, in parte a causa della presenza di aziende costituite da extracomunitari e di imprese provenienti da fuori regione, in prevalenza dal Sud Italia, non sempre rispettose delle regole.

L'edilizia è il settore nel quale l'attività di vigilanza continua ad essere più intensa; in tale comparto a livello nazionale sono in aumento gli infortuni e le morti bianche. In seguito all'entrata in vigore della legge 48 del 2006, le sanzioni da applicare sono divenute più severe: le imprese edili nelle quali si rileva la presenza in cantiere di una quota di personale irregolare pari al 20% rischiano la sospensione dell'attività da parte degli organi di vigilanza. Inoltre in questo settore sempre più "frammentato", si registra l'aumento di lavoratori pseudo-artigiani che sono di fatto lavoratori dipendenti.

Gli incidenti sul lavoro e le malattie professionali rappresentano una componente fondamentale nel processo di programmazione dell'attività dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro.

I dati confermano che gli infortuni sul lavoro nei settori industria, artigianato e servizi, come per altro in tutta la Regione ER, sono un problema di salute prioritario, con circa 4000 infortuni ogni anno, di cui circa il 3% con esiti permanenti e lo 0.08% con esiti mortali, con indici di incidenza più elevati nei settori metalmeccanico, costruzioni e trasporti. Risultano in diminuzione gli incidenti nel settore agricolo che dal 2002 al 2006, ha registrato 2412 infortuni di cui il 5% con esiti permanenti. Il settore a maggior rischio di infortuni mortali è quello delle costruzioni.

### ***Cosa c'è nella borsa della spesa?***

Nel 2006 la spesa media mensile delle famiglie in Italia è di € 2.461, con un aumento del 2,6% rispetto all'anno precedente. La spesa per generi alimentari e bevande si attesta ad un livello leggermente superiore a quello dell'anno precedente (467 euro) con un 19% di quota sul totale; mentre le uscite per spese non alimentari passano a € 1.994.

**Nel 2007 la spesa degli italiani per i principali servizi di pubblica utilità è aumentata del 52,7% rispetto al 1998.**

Il numero di componenti e la tipologia familiare sono le caratteristiche che maggiormente influenzano i comportamenti di spesa e determinano diverse scelte di distribuzione del budget familiare.

Tra le **famiglie più numerose** gravano di più le spese per alimentari, istruzione e trasporti mentre per quelle mono familiari è la spesa per la casa ad incidere maggiormente. Negli anziani le tipologie di spesa riguardano la casa ed le utenze, al contrario per i giovani è ridotta la quota destinata a generi alimentari, mentre spendono maggiormente per arredamento, elettrodomestici e servizi per la casa, ed anche spostamenti e comunicazioni. Altra voce significativa per i giovani è la spesa pasti fuori casa e vacanze che è del 15% circa. La presenza dei figli incide sulla spesa in particolare per abbigliamento, spese per l'istruzione ed il tempo libero.

### ***Ma è la casa il bene più caro***

Con una incidenza del 31%, il bene che assorbe maggiori risorse è **la casa**, aumenta l'indebitamento per acquisto della prima casa e crescono i provvedimenti per morosità. Risultano in affitto in Italia il 19% delle famiglie. In Regione il 64% delle famiglie lamentano costi per la casa troppo alti in quanto il mercato della locazione, oggetto di speculazioni finanziarie, ha subito costanti aumenti ed inoltre il 45 % non è soddisfatto della casa in cui vive. Di fatto le famiglie sono diventate più sensibili ai movimenti dei tassi di interesse ed alle variazioni del reddito specie se dovute alla disoccupazione, rendendole più esposte al rischio di impoverimento.

Gli incidenti che avvengono in casa sono conformi ai dati regionali e si registra una maggiore incidenza nella popolazione anziana e bambini. Complessivamente il 15% della popolazione ha probabilità di avere un infortunio nell'arco di un anno.

L'esame degli **stili di vita** evidenziano che le caratteristiche dell'abitare e del lavoro contribuiscono al fenomeno del pendolarismo che risulta in aumento ed il luogo dove più frequentemente si registrano incidenti nel nostro territorio è l'ambito urbano dove si evidenzia che i maggiori comportamenti a rischio sono la velocità e l'alcol.

### ***Scuola & cultura: ottimi voti!***

La dimensione culturale è importante in tutte le economie avanzate. È infatti associata positivamente alla crescita del reddito pro capite e assume nel nostro Paese una particolare rilevanza, sia con riferimento alla dotazione di beni storici artistici e culturali, sia perché nelle attività ricreative e culturali dei cittadini italiani emergono alcune significative peculiarità di atteggiamento e di comportamento.

Dalla ricerca di Italia Oggi sulla qualità della vita 2007, emerge che Forlì-Cesena si colloca al 29° posto per spesa media pro-capite per spettacoli teatrali e musica, al 7° posto per spesa media pro capite per spettacoli cinematografici, al 42° posto per spesa media pro capite per intrattenimenti vari, al 73° posto per librerie ogni 100mila abitanti, e all' 11° posto per presenza di associazioni ricreative, artistiche, culturali ogni 100mila

abitanti. Da un'altra indagine, su 103 province, Forlì-Cesena si colloca al 5° posto per intrattenimento, al 28° posto per acquisti in libreria, e al 9° posto per presenze di cinema.

Per quanto concerne le **presenze turistiche in strutture ricettive a Forlì**, notiamo un generale **aumento del fenomeno**, infatti, il totale dei turisti aumenta dal 2004 al 2007 del 42,8% . Nello specifico gli arrivi e le presenze sia di turisti italiani che esteri è in aumento rispettivamente del 43% e 29,4% per stranieri. Il soggiorno medio è di 1,8 giorni. È possibile affermare che Forlì è ormai entrata nel circuito degli itinerari delle vacanze organizzate delle agenzie turistiche e meno quello "fai da te" motivo che potrebbe indurci a spiegare l'aumento delle strutture alberghiere a 4 stelle mentre tutte le altre restano invariate. Sono aumentate anche le camere da 470 a 600 e i letti da 809 a 1072.

In uno scenario che vede il Welfare connesso alla condizione lavorativa e messo in crisi dalla precarizzazione del lavoro, si propone un **nuovo sistema di protezione** - Welfare attivo o Workfare- fondato sullo scambio tra tutele e disponibilità al lavoro; ne consegue che la formazione viene proposta come dispositivo principe per lo sviluppo dell'occupabilità, ma anche come strumento di accompagnamento e di **empowerment del soggetto** di fronte alle incertezze di un mercato del lavoro instabile.

Una sfida aperta nella costruzione di modelli educativi e formativi orientati e finalizzati allo sviluppo delle competenze verso un **"patto di cittadinanza attiva"** dei soggetti: leggere le trasformazioni in atto, comprendere il contesto in cui si vive, saperne cogliere le opportunità, integrare saper fare ed essere, mettendo al centro la responsabilità personale.

La scuola dell'Emilia-Romagna è un vero e proprio ecosistema sociale e formativo 'complesso'. Nell'a.s. 2007/08 sono oltre 540.000 gli studenti che frequentano le scuole, tra statali e 'paritarie' non statali. Dopo anni di decremento demografico la natalità è tornata a salire e le quote di immigrazione sono in aumento: così, ormai da qualche anno, la scuola accoglie circa 10.000 allievi in più ogni anno scolastico. Un abitante su 8 della regione si trova nella condizione di studente, in Provincia di Forlì-Cesena un abitante ogni 7. Questa crescita incide sulla costituzione di classi e sezioni con un incremento in Provincia del 0,9% tra le classi e sezioni nella scuola statale e 2,3% nelle scuole non statali (tra il 2006/07 e il 2007/08).

In Provincia nel 2007/08 le sezioni dell'infanzia sono 403, le classi elementari 846, le classi della scuola media 427 e le classi della scuola superiore 727. I tassi di iscrizione alle scuole sono elevati per tutti i livelli scolastici, a partire dalla scuola dell'infanzia. A 15 anni oltre il 99% dei ragazzi frequenta una scuola a dimostrare la propensione verso il 'bene istruzione' della società regionale. **Il 77% circa dei 18enni giunge ad un diploma** (anche in questo caso, con una percentuale di alcuni punti superiore alla media nazionale). È dunque una scuola che cerca di promuovere il 'successo formativo' dei propri allievi, anche se restano alcuni nodi del sistema, come ad esempio il differenziale tra maschi e femmine (queste ultime ottengono risultati sempre migliori) ed il diverso tasso di riuscita negli indirizzi delle superiori: più alto nei licei, rispetto a tecnici, professionali ed artistici.

Il panorama scolastico fa emergere una **forte prevalenza di scuole statali** (sono 476.258 gli allievi iscritti nell'a.s. 2007-08), e una presenza stabile della scuola non statale (15% di 'copertura' dell'utenza, pari a circa 80.000 allievi). Il suo punto di forza è nella **scuola dell'infanzia** (privata e comunale) con un'incidenza nel settore superiore a quella nazionale, dovuta alla folta presenza di scuole comunali; al contrario, la presenza non statale è assai contenuta nella scuola primaria, media, superiore.

In Emilia Romagna il **tasso di passaggio** dalla scuola superiore nel 2005/06 è 71.5% mentre in Italia è il 69.7%; anche in questo caso il tasso è più alto per le femmine, in Emilia Romagna è il 76,5%.

### ***... e non si smette mai di imparare!***

La formazione permanente risponde alla necessità sociale del life long learning, sospinta dall'innovazione delle tecnologie, dal confronto e dalla competizione a scala locale, europea e globale e dalla domanda che è in forte crescita. L'Italia si trova in difficoltà, per il raggiungimento degli obiettivi di Lisbona nell'ambito dell'apprendimento permanente.

Nell'ambito del sistema dell'obbligo formativo, nella fascia d'età 14-16 anni, la formazione professionale risulta essere instabile infatti si registra un calo degli iscritti del 20% negli ultimi tre anni. È da specificare che, in quest'ambito, anche se c'è una minore percentuale di bocciati e di abbandoni quest'ultimi riguardano soprattutto i portatori di handicap e gli stranieri.

In questo panorama **la Regione Emilia Romagna ha una quota di adulti in età lavorativa in formazione del 7%, superiore alla media italiana**, ma inferiore al 9,9% già in atto nell'Unione Europea (anno 2004) e ancora lontano da quel 12,5% posto come obiettivo da raggiungere nel 2010. Si evidenzia da una parte una crisi dell'educazione ancora in difficoltà ad affrontare la società complessa, globalizzata e tecnologica dall'altra la debolezza di un sistema produttivo che non investe adeguatamente nella qualità competitiva della propria forza-lavoro.

Il Comprensorio forlivese presenta un sistema di **offerte educative extrascolastiche**, che si attuano sia in periodo invernale che estivo, ormai consolidato, composto da centri educativi pomeridiani, centri ludico-ricreativi, attività di ricerca e studio guidato e centri di aggregazione per gli adolescenti.

**Le famiglie che utilizzano queste opportunità cercano un supporto educativo nel tempo extra scolastico sia per maggiore sicurezza nei tempi-lavoro sia per migliorare la qualità formativa dei loro figli**; spesso emergono difficoltà nel sostegno scolastico, altre volte il desiderio di relazioni positive con i compagni, altre ancora una opportunità di maggiore sollecitazione culturale.

## ***Verso un nuovo modello di governance regionale e locale***

Il 23 maggio 2008 l'Assemblea legislativa regionale ha approvato il **nuovo Piano Sociale e Sanitario** risultato di una progettazione comune tra Regione e le parti sociali che, a partire dai bisogni delle persone e della comunità ha messo in campo una forte innovazione nelle politiche e nei servizi basata sull'integrazione di tutti i soggetti coinvolti nello sviluppo del welfare.

Gli assessorati alle **Politiche per la Salute e l'Assessorato alle Politiche Sociali** della Regione hanno condiviso l'impegno progettuale che ha avuto come obiettivo quello di cercare un'ampia partecipazione da parte dei territori per realizzare miglioiorare sviluppo e coesione sociale.

Ora spetta ai governi locali dare completa attuazione al programma affinché si trasformi in interventi e in servizi a sostegno di tutti i cittadini.

### ***Il Welfare di Comunità***

Il Piano porta a compimento un sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per la realizzazione di un nuovo **welfare universalistico, equo, radicato nelle comunità locali** e nella regione. I mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socioeconomico - invecchiamento della popolazione, aumento delle persone immigrate, contrazione e parallelo aumento dei nuclei familiari con esigua rete parentale, aumento delle forme di lavoro meno stabili e delle contraddizioni tra generazioni su lavoro e futuro - richiedono un significativo cambiamento delle politiche poiché i bisogni "della società che cambia", sempre più articolati e complessi, non consentono risposte settoriali, alla malattia o al disagio sociale ad esempio, ma richiedono **risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità**, anche di relazione, nella logica della continuità assistenziale. Obiettivo è lo sviluppo di una società solidale, in cui i diritti siano esigibili, e sia rafforzata quella coesione sociale che da sempre caratterizza la comunità regionale e che rappresenta un alto fattore di crescita e dunque di competitività.

Garantire risposte personalizzate, e nel contempo garantire equità d'accesso nei vari territori, è possibile in una logica di integrazione a tutti i livelli. Essa permette infatti lo sviluppo di reti assistenziali a cui partecipano servizi diversi e, al tempo stesso, permette di coinvolgere, valorizzando le singole autonomie, tutti i soggetti che sono chiamati a concorrere all'affermazione di una società più coesa, civile e dinamica.

Già nel piano programmatico 2005 2009 si era delineato il modello di riferimento per l'assistenza sanitaria del territorio forlivese: si tratta del modello per intensità di cura, il cui punto di forza è rappresentato dalla presa in carico del paziente. Gli obiettivi di tale modello sono stati raggiunti con una distribuzione dei pazienti per complessità di cura su aree assistenziali omogenee con particolare attenzione alla suddivisione tra pazienti acuti e cronici. Il Piano sviluppa inoltre l'integrazione a livello della programmazione e della valutazione, dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari, definendo ruoli e responsabilità dei soggetti coinvolti.

L'assetto istituzionale attraverso il quale la Regione e gli Enti locali hanno organizzato la funzione di governo del sistema pubblico di welfare regionale e locale si consolida attorno a due direttrici: il ruolo della Regione nel governo del Servizio sanitario, il ruolo degli Enti locali nel governo dei servizi sociali, esercitati entrambi in una logica di collaborazione e integrazione.

L'integrazione si sviluppa nella **Conferenza territoriale sociale e sanitaria** e nel **Comitato di Distretto e Direttore di Distretto** che hanno provveduto nel territorio di Forlì alla costituzione del **Nuovo Ufficio di Piano**, attraverso la messa in rete di personale ed uffici dei Comuni e dell'Ausl, a supporto della programmazione ed erogazione di servizi in ambito distrettuale.



### **La programmazione sanitaria**

La programmazione sanitaria attuale, come già detto, si fonda sul **modello di intensità di cura** caratterizzato dalla presa in carico del paziente al fine di garantire una assistenza di qualità continua e personalizzata.

Per quanto riguarda la dotazione ospedaliera di posti letto, vi è stato un ampliamento della disponibilità attraverso l'apertura del Centro specialistico dell'Irst di Meldola. L'offerta per la lungodegenza è ampia e differenziata, con strutture di hospice territoriale. Nonostante la crescita dell'offerta ospedaliera nel territorio, si mantiene un **basso tasso di ospedalizzazione**.

Si sottolinea che per quanto riguarda la popolazione anziana sono presenti due Country Hospital che costituiscono l'anello di congiunzione tra la rete dei servizi domiciliari, strutture residenziali ed ospedali. E' stato riorganizzato il sistema Emergenza e 118 con l'avvio a Ravenna della Centrale operativa Romagna Soccorso, con utilizzo di personale qualificato per garantire la competenza operativa sul territorio forlivese. E' in corso inoltre un programma per la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso. Si prevede l'avvio sul territorio del **Point of Care** che consentirà esami urgenti al fine di escludere o accertare la presenza di patologie importanti, senza ricorrere al laboratorio di Forlì. La più importante innovazione organizzativa territoriale è rappresentata dall'avvio **dei Nuclei di Cure Primarie** costituite da unità organizzative territoriali dove viene realizzata l'integrazione tra i Medici di famiglia, Infermieri, Specialisti di primo livello, operatori sanitari e sociali. Un ulteriore accordo con gli Specialisti ambulatoriali prevede la disponibilità a prestare servizio presso le sedi dei Nuclei al fine di costituire degli Ambulatori per Patologia. In termini di **Continuità Assistenziale** i medici di guardia medica saranno in grado di garantire l'assistenza primaria anche nelle giornate prefestive e festive, ove possibile nella stessa sede dei nuclei.

### **... e il Distretto cambia pelle...**

Il nuovo Piano sociale e sanitario 2007-2009 conferma e rilancia il nuovo ruolo del Distretto quale punto di programmazione e di erogazione dell'assistenza primaria e quale luogo appropriato per l'integrazione tra soggetti e servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, gestiti dal pubblico (Aziende Usl, ASP, Comuni) o dal privato sociale profit e no profit. In questo quadro, di fondamentale importanza, il ruolo dei medici di famiglia la cui attività deve avvenire in forme associate (i Nuclei delle cure primarie del Distretto) in modo da garantire maggiore accessibilità con ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori e continuità delle cure attraverso la rete con gli altri servizi.

Per l'**assistenza ospedaliera**, viene confermato il modello delle reti integrate di servizi: ospedali di alta specializzazione collegati agli ospedali del territorio per trattare casi complessi che richiedono alte tecnologie e professionalità. Dopo la genetica medica, i grandi traumi, la cardiologia e la cardiocirurgia, il sistema dell'emergenza-urgenza, i trapianti, il sistema trasfusionale (per citarne alcune), il Piano prevede prioritariamente lo sviluppo della rete oncologica regionale.

Per la **promozione della salute** e la prevenzione delle malattie il Piano regionale prevede la necessità di sviluppare le competenze professionali e una partecipazione più organica dei **Dipartimenti di sanità pubblica** delle Aziende Usl al tema generale della sanità pubblica sviluppando una azione più unitaria con gli altri servizi sanitari.

Lo sviluppo dei **Dipartimenti di salute mentale** riguarda tutte le aree che contribuiscono alla salute mentale della popolazione in tutte le età: promozione della salute mentale, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale e delle dipendenze patologiche nell'intero arco della vita. Leve strategiche sono la formazione degli operatori, la ricerca e l'innovazione anche attraverso il potenziamento del collegamento con l'Università, l'integrazione dei soggetti del terzo settore nella erogazione dei servizi.

### ***Più socialità per tutti...***

In Emilia-Romagna la diffusa e funzionale rete di servizi pubblici e privati, il ricco tessuto sindacale, della cooperazione, del volontariato laico e religioso, alimentano un capitale sociale che rappresenta una grande risorsa contro i rischi dell'emarginazione e della solitudine, ma i mutamenti che si sono verificati nell'ultimo trentennio sono stati contraddistinti da un ritmo e una profondità mai sperimentati prima.

Le politiche e i servizi, integrati con quelli sanitari e sociosanitari, sono rivolti in particolare all'infanzia, ai giovani, alle famiglie, agli anziani, alle persone con disabilità, alle persone che vivono in situazioni di disagio sociale o economico, e perseguono obiettivi generali di benessere sociale. In particolare: contrasto della povertà e del rischio di esclusione sociale, sostegno all'inserimento sociale e lavorativo delle persone e delle famiglie immigrate, supporti alle famiglie, promozione dell'agio e del protagonismo dei bambini e dei giovani, riqualificazione del sistema di accoglienza dei minori accolti in affido o in comunità, sostegno alla non autosufficienza, alla domiciliarità, alle responsabilità familiari di cura con particolare riferimento al ruolo delle donne, al potenziamento dei servizi educativi e per favorire l'inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità.

Il nuovo **Piano di Zona per la salute ed il benessere della popolazione 2009-2011** del Territorio di Forlì verrà elaborato sulla base delle indicazioni del Piano Sociale e Sanitario, entro la fine del 2008.

### ***L'integrazione è già in atto...***

La pianificazione dei servizi sanitari e sociali del comprensorio forlivese valorizzando le differenze tra i comuni a dimensioni geografiche e demografiche molto diverse ha garantito nel tempo un'offerta equa e incentrata sulla valorizzazione del patrimonio locale, del principio di prossimità, della qualità e specializzazione dei servizi centralizzati. In questo senso di grande aiuto sarà l'esperienza maturata sin dal 2000 di **gestione associata ed integrata dei servizi sociali e socio-sanitari** nel territorio del distretto di Forlì attraverso l'**Accordo di Programma** e convenzione attuativa sottoscritta tra i 15 Comuni del comprensorio, l'A.Usl di Forlì e la Provincia di Forlì-Cesena che vede il Comune di Forlì come comune capofila.

La zona sociale di Forlì è altresì articolata in tre distinte **associazioni intercomunali** (Associazione dei Comuni della pianura, Comunità Montana dell'Appennino Forlivese e Comunità Montana dell'Acqua Cheta e Valli del Tramazzo) che sono state individuate all'interno della gestione associata zonale come ambiti ottimali di organizzazione delle risorse umane e strumentali; i Comuni hanno altresì delegato alle suddette associazioni la gestione di alcuni servizi ed interventi sociali non rientranti nella convenzione a quindici.

### ***..su una storia molto ricca...e molto attrattiva***

Tale modello organizzativo si inserisce in un contesto di offerta di servizi sociali e sanitari che vede la realtà forlivese con una robusta storia alle spalle, testimoniata:

- dal patrimonio ospedaliero pubblico praticamente presente fino agli anni ottanta in ogni Comune ed ora riconvertito a strutture sanitarie ( country hospital ,Istituto di ricerca scientifico per i tumori (IRST) o riconvertito a fini formativi ( vedi ex-Morgagni destinato a campus universitario del polo forlivese);
- da una presenza significativa di strutture ospedaliere private ( con indici di PL/1000 abitanti superiori del 41% alla media regionale) con buona capacità di investimento e riconversione;
- dalla ricchezza di strutture socio-sanitarie o sociali per disabili e minori che hanno costituito addirittura nel tempo un polo di attrazione da altre regioni limitrofe o province della regione;
- dalla presenza di due strutture ex\_Onpi di bacino nazionale delle tre presenti in regione per anziani autosufficienti di grandi capacità ricettive ( fino a 300 posti letto cia-



scuna) poi trasferite negli anni 70 agli Enti locali e progressivamente riconvertite a strutture per anziani non autosufficienti a bacino comunale o sovracomunale.

A ciò si è associato uno spirito d'iniziativa in campo sociale e nelle diverse tipologie di assistenza alle forme di disagio che ha visto consolidarsi Associazioni e Cooperative ed una forte presenza sul territorio che ha indotto un'attrazione di persone.

Nel comparto sanitario ospedaliero la realtà forlivese presenta strutture di alto livello non solo nel confronto regionale, ma anche nazionale. Volendo riassumere con pochi indicatori il livello dei servizi, possiamo indicare il grado di autosufficienza che nel tempo si è consolidata: il 79% dei forlivesi che necessitano di assistenza ospedaliera si rivolgono infatti alle strutture del nostro territorio. Inoltre nelle medesime strutture ben il 30% dei pazienti giunge da altre realtà regionali (20%) o extraregionali (10%) il livello di attrazione da altre regioni non essendo legato a contiguità territoriali è certamente da attribuire al miglioramento del clima di reputazione dei servizi forlivesi e alla qualità delle prestazioni offerte.

Anche all'interno dell'organizzazione a **reti hub & spoke**, che prevedono piattaforme di complessità specialistica, a cui sono raccordati ospedali territoriali che trattano le patologie di media complessità e inoltrano i casi più complessi, le strutture forlivesi mantengono la propria identità di presidi in parte deputati ad assicurare l'autosufficienza ed in parte di sviluppare funzioni di eccellenza.

### **..i forlivesi usano bene i propri ospedali..**

A fronte di tali scenari di offerta qualificata, in cui si inserisce anche l'IRST, corrisponde un tasso di ricovero ospedaliero pari, nel 2007 a 175,76 ricoveri per 1000 abitanti, che continua ad essere inferiore a quello medio regionale, pari a 183,23 ed uno fra i più bassi della Romagna. Tali valori però hanno una netta inversione se si analizzano per strutture pubbliche e strutture private, infatti i cittadini forlivesi tuttora sono fra gli emiliano romagnoli che più si rivolgono al privato regionale (forlivese e non); infatti il tasso di ospedalizzazione sul privato risulta di ben 39,81 ricoveri per 100 abitanti a fronte di un valore medio regionale di 23,79 ricoveri: ciò naturalmente è determinato in grande quota parte dalla forte presenza di strutture private accreditate sul territorio forlivese..

Trend del tasso standardizzato di ospedalizzazione

	2004	2005	2006	2007	scost '07/'06	%
<b>Ausl Forlì</b>	172,00	175,13	176,67	175,76	-0,52%	
<b>Regione</b>	191,00	187,96	184,86	183,23	-0,88%	

### **...il territorio al centro dell'offerta**

I livelli di eccellenza si inseriscono su una copertura territoriale molto alta e capillare che certamente garantisce **l'equità distributiva**: la presenza dei servizi territoriali è diffusa, anche nei comuni di montagna, oramai tutti fortemente integrati con la nuova organizzazione per Nuclei di cure Primarie (NCP) che già ha preso l'avvio in tutti Comuni del comprensorio. Le attività sono dimensionate su tre livelli territoriali (bacini di utenza), ognuno dei quali ha un'autosufficienza tarata sulla funzionalità dei servizi (efficacia/efficienza):

-il Comune

-l'area territoriale omogenea: coincide con Forlì, città capoluogo e, in periferia, con il territorio di un Nucleo di Cure Primarie (rappresentato solitamente da una vallata), a loro volta aggregati tramite: l'Associazione dei Comuni del forlivese (Forlì, Castrocara e Basso Bidente), la Comunità Montana dell'Appennino forlivese (Alto Bidente e Rabbi), la Comunità Montana dell'Acquacheta (Montone e Tramazzo)

-il Distretto o l'Azienda USL, che per Forlì coincidono.

In questo territorio l'erogazione di prestazioni per Livello essenziale di assistenza (LEA) mostra, sia dal punto di vista degli indicatori di attività sia per quelli di costo, un forte indirizzo verso la presa in carico dei servizi territoriali, in applicazione al modello assistenziale per percorsi assistenziali per intensità di cura ed al modello organizzativo dell'assistenza primaria incentrato sui Nuclei di Cure Primarie (NCP) che ha come finalità principale quella di portare le cure all'interno del contesto di vita del cittadino, creando le condizioni per una presa in carico globale dei principali problemi di tipo cronico e per un corretto accesso ai servizi specialistici, operando in stretta integrazione con i servizi sociali e con i servizi sanitari specialistici di secondo e terzo livello nell'ambito di un processo assistenziale che non veda soluzioni di continuo fra i diversi momenti e luoghi di cura.

Anche dall'analisi condotta a costi pro-capite per livelli essenziali (vedi grafico sottostante con ultimi dati disponibili) **l'assistenza distrettuale** assorbe mediamente maggiori risorse rispetto a quanto avviene in regione, ciò è imputabile proprio al modello organizzativo adottato nel riordino dell'offerta, che tenta di dare risposta adeguata alle caratteristiche dell'assetto demografico (alti indici di invecchiamento), di quello epidemiologico (patologie croniche) e di contesto territoriale (dispersione per configurazione territoriale).

**Costo pro-capite ponderato per livello di assistenza**

		<b>Sanità Pubblica</b>	<b>Assistenza Distrettuale</b>	<b>Assistenza Ospedaliera</b>
<b>2001</b>	Ausl	48,07	752,58	548,47
	Region e	45,57	663,16	550,65
<b>2002</b>	Ausl	47,97	783,49	537,57
	Region e	46,38	715,57	565,30
<b>2003</b>	Ausl	46,95	786,29	540,57
	Region e	45,73	747,97	573,22
<b>2004</b>	Ausl	50,63	867,87	574,41
	Region e	48,32	799,44	607,86
<b>2005</b>	Ausl	52,89	911,28	583,17
	Region e	51,03	843,29	628,25
<b>2006</b>	Ausl	60,07	931,82	622,30
	Region e	57,35	884,47	653,45

Inoltre va considerato che queste forme di assistenza sanitaria più diffuse e/o onerose (ricoveri, assistenza specialistica, farmaceutica), sono dedicate ad alcune fasce di popolazione: il 23% degli ultra 65enni consuma il 58% di tali risorse; ovvero solo un quinto della popolazione consuma oltre la metà delle risorse impiegate per ricoveri specialistica e farmaceutica. Di queste risorse una quota elevata è destinata alla cura di patologie croniche.

Proprio per tali peculiarità la rete di servizi territoriali residenziali forlivesi è storicamente sviluppata a livelli superiori alla media regionale (vedi tabella di seguito riportata) ed estremamente differenziata. L'Ausl di Forlì è stata la prima, in Italia, ad avere avviato, nel 1995, un Ospedale di comunità (Country Hospital) nel comune di Premilcuore e successivamente, nel 1996, nel comune di Modigliana (che non essendo forme di assistenza incluse nei LEA, non sono inclusi nei posti letto conteggiati nei flussi regionali). Superata ormai la fase di sperimentabilità di tali strutture i dati degli ultimi anni

mostrano una situazione ormai consolidata in termini di numero di ricoveri e di degenza media, con un tasso di utilizzo medio intorno al 100% e in certi periodi anche superiore.

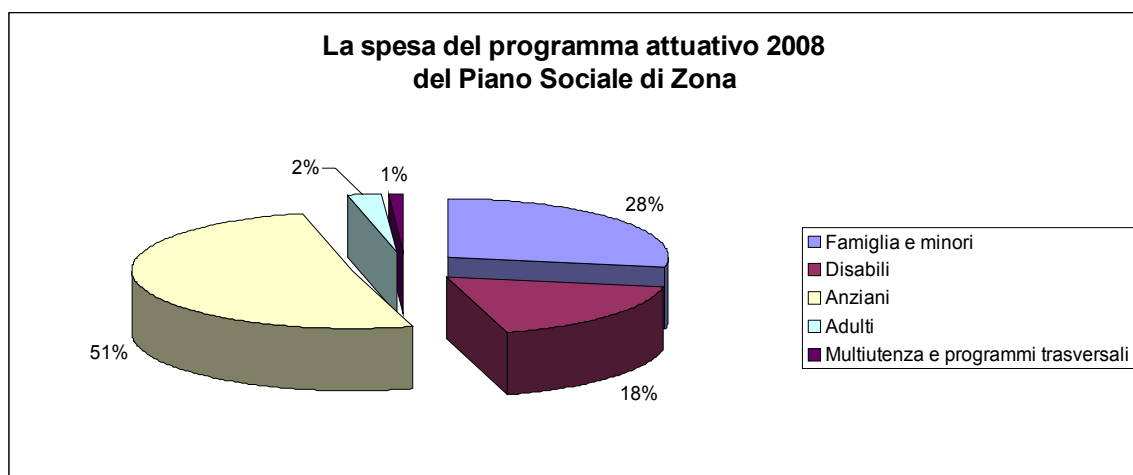
### **..non solo cura..**

Va comunque evidenziato che i forlivesi hanno un atteggiamento piuttosto responsabile anche verso altre forme di assistenza:

- screening: i programmi complessivamente hanno buone adesioni,
- vaccinazioni: sia per i bambini che per gli anziani, i tassi di copertura sono fra i più elevati della regione,
- trattamenti termali: anche in questo settore, forse per l'alta incidenza di patologie croniche o per il buon livello di offerta di stabilimenti, i cittadini del territorio forlivese ricorrono in ampia misura alle cure termali.

### **..e tanto sociale! la spesa sociale dei Comuni nel welfare territoriale**

Come rappresentato dal grafico seguente la metà degli investimenti relativi alle Politiche di Welfare del Comprensorio Forlivese, viene spesa per interventi sugli **anziani 51%**, seguono **famiglie e minori 28%**, **disabili 18%** ed infine **adulti 2%**.



**Fonte: Piano Sociale di Zona 2005/2007 – programma attuativo 2008, aprile 2008**

La spesa procapite del piano sociale di zona nel territorio forlivese è a preventivo 2008 pari ad € 302,88 per abitante, il 26% in più rispetto alla spesa procapite a preventivo 2005 pari ad € 240,89. Nel bilancio del piano sociale di zona è compresa tutta la spesa sociale e socio-sanitaria, quindi sia proveniente dai Comuni che dall'A.Usl, relativa all'erogazione dei servizi della rete ricompresi nella programmazione zonale.

Guardando invece alla sola spesa sociale dei Comuni è interessante evidenziare come quella del Comprensorio Forlivese, in linea con quanto accade nella Regione Emilia Romagna, in base al consuntivo 2005 rielaborato dall'Istat nell'indagine censuaria sugli interventi ed i servizi sociali dei Comuni pubblicata a giugno 2008, è per il 57% assorbita dai servizi per famiglia e minori, per il 17,3% per l'area anziani da cui è esclusa la spesa socio-sanitaria integrata per l'area della non autosufficienza e dei disabili, ed il 6,7% per l'area disagio adulti compreso immigrati e dipendenze.

La spesa sociale a rilievo sanitario e il fondo regionale per la non autosufficienza implementano in modo significativo l'investimento nei servizi per disabili e anziani che nella nostra regione e nel nostro territorio presentano **uno dei tassi di copertura assistenziali e di spesa più alti del Paese.**

Si conferma così l'importanza dell'integrazione, anche delle risorse economiche, tra sociale e sanitario soprattutto con riferimento alle aree anziani e disabili portata avanti nella Regione Emilia Romagna attraverso l'introduzione del Fondo Regionale per la non Autosufficienza.

Sempre con riferimento al consuntivo 2005, i primi 5 servizi con percentuale della spesa sociale netta dei Comuni più alta sul totale conferma come l'impegno finanziario dei Comuni sia concentrato prevalentemente sui servizi e strutture per quanto attiene all'area famiglia e minori (asili nido e comunità educative residenziali) e alla compartecipazione alla spesa delle strutture residenziali per anziani, oltre allo sviluppo dell'assistenza domiciliare.

Un aspetto che preme rilevare è come la ripartizione degli interventi tra servizi, strutture e trasferimenti monetari alle famiglie complessivamente nel territorio forlivese, in linea con l'andamento della regione, vede il 41% della spesa destinata alle strutture diurne e residenziali, il 29% investita in interventi e servizi ed un residuo 16,4% destinato ai trasferimenti in denaro alle famiglie.

Questo elemento evidenzia un dato strutturale del Welfare forlivese ed emiliano romagnolo in genere che ha visto negli anni un forte investimento dei Comuni in strutture socio-assistenziali e socio-educative ed in servizi, con una graduale riduzione dei trasferimenti monetari alle famiglie che tuttavia sono rimasti significativi nei contributi affitto e assegni di cura, in quanto interventi programmati e cofinanziati da comuni, regione e stato.

### ***Le risorse umane del sistema integrato***

Il sistema integrato di servizi ed interventi sociali e socio-sanitari del territorio forlivese può contare oggi sull'apporto di oltre 1700 operatori distribuiti tra pubblico (Servizi sociali dei Comuni e ASP) e privato sociale (cooperative sociali e associazioni di volontariato) di cui n. 1100 operano in area anziani, n. 200 in area disabili, n. 400 in area famiglia e minori. Le professionalità maggiormente rappresentate sono gli addetti all'assistenza (AdB o OSS che costituiscono oltre il 50% degli operatori), gli addetti ai servizi generali quali pulizia, cucina e lavanderia (12%), gli infermieri professionali (8%) e gli educatori con o senza attestato regionale o diploma specifico (7%). Seguono coordinatori di struttura, responsabili attività assistenziali (RAA) e assistenti sociali che svolgono servizio sociale professionale presso i comuni.

Per quanto riguarda il personale dell'Azienda USL di Forlì esso è costituito da 3000 soggetti e le tipologie contrattuali prevalenti sono rappresentate da personale dipendente che costituisce l'89%, mentre quello convenzionato è l'8%. Per quanto riguarda le professionalità presenti il 43% è rappresentato da infermieri, il 15% da dirigenti medici e veterinari e l'11% da personale tecnico.

### ***L'organizzazione dell'offerta dei servizi ed interventi sociali e socio-sanitari***

L'offerta dei servizi della zona sociale di Forlì è gestita da una pluralità di soggetti e copre complessivamente la gamma di servizi ed interventi nelle diverse aree, con percentuali di copertura sulla popolazione target (**tassi di assistenza**) che vanno dal **16,8% della popolazione anziana con 75 anni e più**, servita nell'ambito della rete di servizi ed interventi per gli anziani non autosufficienti ad una percentuale di bambini e ragazzi seguiti dai servizi sociali nel 2007 superiore al **11% della popolazione minorile** (6,6% media regionale nel 2003), ad **tasso di assistenza relativo ai disabili seguiti nei centri residenziali e diurni ed in assistenza domiciliare pari a 3,1 persone assistite ogni residente compreso tra i 18 ed i 64 anni** (tasso regionale 2005 = 1,7).

L'organizzazione dell'offerta è strutturata tra pubblico e privato sociale con delle specificità per area di intervento.

**L'area famiglia e minori** (che complessivamente ammonta ad un volume di spesa annuale superiore ai 15 milioni di euro per i 15 Comuni), vede la **gestione da parte di soggetti del terzo settore del 20% del totale della spesa**, ancorché vi siano servizi

come la rete di strutture residenziali per l'accoglienza dei minori in difficoltà (case famiglia, comunità di tipo familiare e comunità educative) che sono completamente gestiti dal privato sociale che ne ha anche la titolarità, nell'ambito dei servizi educativi nella fascia 0-3 anni e un ricorso all'apporto del terzo settore per il 14% del totale della spesa.

**L'area anziani**, su un volume di spesa annuale territoriale di oltre 28 milioni di euro, vede il ricorso alla **gestione da parte di soggetti del Terzo settore per il 45% della spesa**. Le IPAB, costituendo ASP, del nostro territorio che operano in area anziani offrono servizi che coprono il 44% del volume di spesa dell'area, con un ricorso all'esternalizzazione dei servizi per circa il 24% della loro attività, mentre i servizi come l'assistenza domiciliare, sono completamente gestiti attraverso appalti o concessioni a cooperative sociali.

**L'area disabili**, su una spesa annuale territoriale che sfiora i 10 milioni di euro, vede la gestione da parte di soggetti del terzo settore **per quasi il 90% delle attività**.

### ***Le risorse al servizio delle nuove famiglie...***

Il programma dedicato alla **Responsabilità genitoriale** intende sostenere le responsabilità familiari e i compiti di cura, valorizzare i legami e le relazioni familiari, promuovere la solidarietà tra le generazioni e i generi, riconoscendo alla famiglia una insostituibile funzione nella formazione e crescita degli individui e della comunità.

Gli interventi sono orientati al sostegno della quotidianità e puntano a rafforzare le risorse proprie delle famiglie riconoscendo i diritti soggettivi, l'equità tra le generazioni, la parità tra i sessi, e le pari responsabilità nei confronti dei compiti di cura, il valore della maternità e paternità, la stabilità dei legami familiari ed il superamento di ogni forma di discriminazione.

**Il Percorso nascita** è un progetto che accompagna i genitori dalla gravidanza al primo anno di vita del bambino attraverso diverse professionalità sia sociali che sanitarie. Tale programma prevede per i neo genitori di partecipare ai Gruppi Cicogna che forniscono consulenza sia prima che dopo la nascita.

I **Centri Famiglie** del Comprensorio offrono supporto alle famiglie attraverso interventi innovativi per il miglioramento della qualità della vita familiare con particolare attenzione al sostegno dei genitori nei primi anni di vita del bambino. Sono inoltre attivi i Centri Territoriali per le Famiglie con una presenza capillare su tutto il territorio.

La promozione del benessere e della qualità educativa per bambini e ragazzi vede **un sistema di strutture educative 0-6** dislocate sul territorio, sia pubbliche che private, che forniscono soluzioni per le famiglie e servizi educativi di sostegno per le età 6-17. Nuovo è il progetto per la promozione dello sport nell'età evolutiva come strumento per migliorare il benessere nei bambini. Gli adolescenti dai 15-18 anni hanno a disposizione diversi centri di aggregazione, aventi sia funzioni ricreative che di accompagnamento.

Il territorio offre una rete di **servizi all'infanzia** che rappresentano un momento importante per la qualità dei bambini dalla nascita ai sei anni. La finalità principale di questi servizi è di tipo educativo realizzando contemporaneamente anche una funzione di sostegno alle famiglie. La finalità educativa del nido e delle scuole per l'infanzia, si concretizza nel realizzare un contesto educativo in grado di sviluppare le potenzialità di crescita affettiva, cognitiva, relazionale e culturale dei bambini e delle bambine che li frequentano.

L'andamento dei **posti nidi d'infanzia** disponibili relativo all'anno scolastico **2008/09** mostra un considerevole **aumento** pari al **41,02%** rispetto all'anno scolastico 2003/04. I posti disponibili sono passati, nello stesso periodo, da 768 a **1.083 posti**.

L'incremento posti nido dal 2003/4 al 2008/9 è stato di 315 unità di cui l'82,22% è stato realizzato con interventi del Comune di Forlì. Si registrano inoltre ulteriori **70** posti relativi agli **"Spazi Bambino"** che si aggiungono ai precedenti portando il totale posti a **1.153**.

Considerando che i bambini 0-2, ovvero da 0 a 34 mesi, il **tasso di copertura del servizio** è pari al **37%**, superando ampiamente l'obiettivo Lisbona 2009 pari al 30%!

### **...anche quando c'è disagio**

Numerosi sono gli interventi a sostegno del **disagio familiare** che vedono in crescita i casi con problematiche di tipo economico ed abitativo ed anche quelli legati a conflittualità familiare; sono in aumento anche casi di adulti con patologie psichiatriche con minori a carico. L'affidamento familiare costituisce la risposta a quei nuclei che si trovano temporaneamente in difficoltà. Sono inoltre numerose nel territorio le Associazioni che si occupano di accoglienza di minori o che gestiscono comunità di tipo familiare. Nel corso del 2007 tali strutture hanno accolto 170 bambini e ragazzi con 224 interventi, con un significativo aumento di inserimenti in comunità educative e case famiglia.

### **... e per chi arriva da lontano**

Le attività principali del CENTRO SERVIZI PER STRANIERI di Forlì sono le seguenti:

- assistenza ai cittadini stranieri nella compilazione della domanda di permesso/carta di soggiorno e pre-inserimento elettronico dei dati nel sistema informativo per facilitare e semplificare le fasi di rilascio e rinnovo del titolo di soggiorno, secondo le indicazioni previste nell'accordo Anci-Ministero Interni-Poste;
- interventi di sostegno ai minori non accompagnati a supporto del Servizio Sociale del Comune di Forlì;
- progetti nel territorio atti a favorire l'integrazione dei cittadini stranieri

Dall'analisi dei dati relativi agli accessi gestiti dallo sportello di Forlì nel corso degli ultimi cinque anni di attività, si evidenzia:

riduzione della forbice che separa gli accessi maschili da quelli femminili, dovuto soprattutto ad un incremento dell'utenza femminile. La maggiore presenza femminile è rappresentata nelle seguenti provenienze geografiche: Italia (460), Cina (396), Marocco (365), Romania (308), Nigeria (294),

tra i bisogni espressi emerge l'alto numero di richieste di informazioni per ricongiungimenti familiari e per lavoro che confermano in modo sempre più deciso i propri connotati di stabilità e strutturalità. Nella voce lavoro è compresa non solo la ricerca di lavoro, ma anche questioni di tutela sindacale,

*rispetto agli utenti si rileva nel 2007 il ritorno della nazionalità marocchina al primo posto e Romeni che, nonostante l'ingresso della Romania nell'Unione Europea, necessitano di percorsi di accompagnamento,*

*la voce più rilevante è quella connessa alla tematica del soggiorno, intesa come conoscenza,*

gestione di una banca dati relativa alle badanti che hanno seguito una formazione professionale.

Il Servizio di mediazione culturale, è attivo nel Comune di Forlì e nei Comuni del comprensorio forlivese dal 2001, nei servizi sociali (in equipe con gli assistenti sociali dei Comuni, i Centri Famiglie e i Centri socio sanitari del territorio), nei servizi sanitari (Consultori familiari, Distretti sanitari e Presidi ospedalieri), nei servizi scolastici ed extrascolastici (Scuole del territorio, Centri estivi e Laboratori extrascolastici).

Il target del servizio sono le famiglie immigrate, che esprimono bisogni di integrazione nel territorio a tutto campo, che non possono essere attribuiti alla competenza di un unico servizio, ma che richiedono sempre più interventi complessi e capaci di mettere in campo competenze professionali differenziate

### **Sostenere l'autonomia dei disabili...**

Gli interventi a favore dei disabili favoriscono il principio dell'autodeterminazione delle scelte di vita e riguardano sia il sostegno scolastico che la formazione professionale volta



all'inserimento lavorativo.

Il territorio forlivese si caratterizza per una spesa sociale e socio-sanitaria per i servizi ed interventi a favore dei disabili tra le più alte a livello regionale con una media di **spesa pro-capite per abitante** dai 15 ai 64 anni **pari a 55 euro** contro una **media regionale di 46 euro**. Il trend della spesa nell'ultimo quadriennio, che assorbe il 18% del bilancio del piano di zona, ha visto un incremento del 34%.

Gli utenti inseriti nel corso dell'anno 2007 nei corsi di formazione professionale del territorio per l'orientamento e inserimento lavorativo sono stati 138 unità (notevole incremento rispetto agli anni precedenti). Inoltre alla fine del 2007 è stato avviato il nuovo periodo di programmazione 2007-2013 del Fondo Sociale Europeo e al momento sono state approvate attività rivolte ai disabili che prevedono il coinvolgimento per il 2008 di circa 76 persone.

Hanno frequentato gli Istituti Superiori del Circondario, nell'anno scolastico 2006/2007, 119 ragazzi disabili. All'interno della promozione di un patto territoriale per la qualità dello sviluppo con le parti sociali, è stato sottoscritto un protocollo d'intesa tra Comuni, Provincia di Forlì- Cesena (Formazione professionale e Centro per l'Impiego), Ufficio provinciale del lavoro, Azienda Usl di Forlì, Enti di Formazione professionale, cooperative sociali di tipo b) e organizzazioni sindacali e organizzazioni di categoria per l'inserimento lavorativo.

Nel corso dell'anno 2007 sono stati **72** (+ 3% rispetto al 2006) **i disabili inseriti nei 7 centri socio-occupazionali** gestiti in convenzione con cooperative sociali per disabili medio-gravi.

L'attuale rete di strutture socio-riabilitative per disabili presente nel nostro territorio, composta da n. 13 centri residenziali convenzionati e n. 14 centri semiresidenziali, è altamente qualificata e consente di far fronte alla domanda consolidata.

Anche **l'offerta residenziale** è stata adeguata alle esigenze emergenti che richiedono di realizzare contesti di vita che permettano una maggiore autonomia della persona disabile, anche prevedendo nuove tipologie di alloggi con servizi di appoggio. Nel 2007 sono stati seguiti 99 utenti e 133 sono stati i soggetti inseriti nei **centri socio-riabilitativi diurni**.

Il servizio di **assistenza domiciliare** è stato erogato a **46 persone**, e sono stati attribuiti **62 assegni di cura**, per favorire condizioni di domiciliarità dei cittadini in situazione di handicap grave.

#### **..e anziani meno soli**

Per quanto riguarda gli anziani **il Fondo per la Non Autosufficienza** garantisce un sistema di accesso, presa in carico ed accompagnamento al fine di contrastare l'isolamento e sostenere le reti sociali e relazionali. In questo ambito, l'istituzione della figura dell'**Operatore di Quartiere** ha permesso di raggiungere anziani non noti ai servizi, con attenzione a quelli senza una rete parentale. Dopo una prima fase sperimentale tale servizio sarà esteso a tutto il Comprensorio. Per la prevenzione dell'isolamento e del disagio delle persone anziane connessi al **caldo estivo**, si è attivato un nuovo programma di protezione in collaborazione tra Comuni, Protezione Civile, AUSL e Volontariato, realizzando un'ampia campagna informativa, con particolare attenzione ai Comuni della Pianura Forlivese in collaborazione con medici di base e farmacie; particolare attenzione è stata dedicata alle fasce maggiormente a rischio (in particolare anziani ultrasessantacinquenni che vivono soli).

Il **Servizio di Assistenza Domiciliare** permette il mantenimento di anziani presso il proprio domicilio in presenza dell'impossibilità dei familiari di fornire adeguata assistenza. E' molto diffuso il servizio di **consegna a domicilio dei pasti** e di **telesoccorso**.

Di importanza strategica per lo sviluppo della rete dei servizi per la non autosufficienza è la garanzia di un adeguato sistema di accesso, valutazione e **presa in carico** e di **accompagnamento** che assicuri informazione, accessibilità, tempestività, competenza ed integrazione professionale, continuità assistenziale.

L'insieme dei servizi ed interventi sociali e socio-sanitari rivolti alle persone anziane ed in particolare alla non autosufficienza rappresentano la voce di spesa più importante dei bilanci dei Comuni del piano sociale di zona di Forlì con una percentuale del 51%. Detta spesa si è fortemente incrementata nell'ultimo quadriennio passando da una spesa pro capite per anziano con 75 anni o più di € 985 del 2005 ad una di € 1.273 del 2008 con un incremento del 29%. **Il tasso di copertura degli interventi sulla popolazione target** (anziani con 75 anni o più) ha raggiunto nel 2007 il **28,6%** (n. 6.296 utenti su 22.038 residenti con 75 anni o più), considerando anche gli interventi di socializzazione e contrasto dell'isolamento ed il **16,8%** (n. 3700 utenti su 22.038 residenti con 75 anni o più), considerando i soli interventi socio-assistenziali rivolti ad anziani non autosufficienti certificati.

Citiamo di seguito i principali servizi.

Gli **assegni di cura** sono compresi nel fondo dell'Autosufficienza, eventualmente integrati da risorse messe a disposizione dai Comuni, e su progetti assistenziali definiti dalle assistenti sociali a seguito di indicazione espressa in merito da parte dell'Unità di Valutazione Geriatria. Si tratta di un contributo economico per le famiglie che mantengono nel proprio contesto un anziano non autosufficiente, evitando o posticipando in questo modo il ricovero nelle strutture residenziali e permettendo all'anziano di rimanere nel proprio contesto abitativo, sociale ed affettivo. Nel corso del 2007 hanno usufruito dell'assegno di cura complessivamente n. **1.204 anziani (+3,5%** rispetto al 2006), di cui n. 435 (36,13%) nuove assegnazioni. Forlì raggiunge così una delle percentuali più alte della Regione con riferimento al rapporto tra numero di assegni di cura erogati e popolazione con 75 anni o più (5,4% contro una media regionale del 4,2%).

I **Centri Diurni** per anziani offrono servizi di accoglienza durante il giorno favorendo la permanenza dell'anziano nel proprio nucleo familiare e sono usati in particolare per situazioni di media o alta gravità ed in genere precedono l'inserimento in case protette.

Il totale dei **posti convenzionati** nell'anno 2008 è di 837, di cui 45 ad Alta Intensità Assistenziale. In questo modo Forlì si attesta su un indice di posti protetti sulla popolazione anziana con 75 anni o più pari al 3,8%, al livello più alto della Regione.

L'**assistenza domiciliare sanitaria** permette a pazienti con malattie croniche o terminali, temporaneamente impossibilitati a raggiungere le strutture assistenziali, di restare presso il proprio domicilio e di ricevere adeguato sostegno e assistenza, in alternativa al ricovero ospedaliero per favorire il recupero e mantenere l'autonomia dei pazienti. Tale servizio nel 2007 ha seguito 1692 soggetti di varie età.

Il Punto Unico di Accesso alle cure domiciliari è lo snodo per pazienti ed operatori per il percorso di dimissioni protette dall'ospedale, per i post acuti, e garantisce la continuità assistenziale tra le varie Unità Operative ed il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata.

Il 2007 ha visto inoltre il potenziamento del Nucleo Alzheimer con ulteriori 10 posti e collabora con il Centro Esperto della Memoria di Forlì.

I **ricoveri di sollievo** inoltre permettono un inserimento temporaneo dell'anziano in caso di bisogno del familiare che si occupa della cura facilitandone il mantenimento a domicilio.

Varie iniziative e attività di prevenzione e contrasto all'isolamento sono inoltre state realizzate in collaborazione con le **Associazioni** del territorio, in particolare attività di sostegno alla vita quotidiana e accompagnamento, aggregative e di socializzazione, corsi di formazione, attività psicomotorie, ecc.. Si è inoltre favorita la possibilità degli anziani di spostarsi autonomamente, con servizi di trasporto a costo agevolato. Nel 2007 sono 2600 circa gli anziani coinvolti in attività di sostegno alle reti sociali.

**... e ci sono anche le badanti**



La metà degli immigrati regolarizzati in Emilia Romagna lavora nel campo della collaborazione domestica e dell'assistenza familiare privata. Le donne immigrate - soprattutto provenienti dai paesi dell'est- aumentano in maniera considerevole. Sono legate al mercato del badantato e dell'assistenza familiare a persone sole, anziani non autosufficienti e disabili, in una realtà locale dove l'indice di invecchiamento aumenta in maniera esponenziale.

In particolare nel 2007 si è sviluppato e consolidato il servizio di orientamento e consulenza e tutoring domiciliare per le famiglie con assistenti familiari private. Di grande importanza anche la promozione e sostegno alla partecipazione ai **corsi di formazione per assistenti familiari**, anche con servizi sostitutivi professionali per le famiglie durante l'assenza della badante.

### **Anche gli ultimi non sono dimenticati...**

Le politiche di welfare comunale hanno un forte impatto redistributivo del reddito grazie all'erogazione dei servizi e alla determinazione di tariffe di compartecipazione alla spesa da parte delle famiglie basata sui redditi ISEE (es. servizi domiciliari per anziani, centri per disabili, servizi educativi per l'infanzia ecc.) A questi si aggiungono un ventaglio di interventi di accompagnamento al lavoro e di sostegno economico in senso stretto.

I Contributi Economici erogati dai Comuni nel 2007 a sostegno del reddito sono stati n. 934 (il 11% in più rispetto al 2006) ovvero un contributo medio annuale di € 387,00 per nucleo familiare. Il 62% dei contributi erogati vanno ad integrare il reddito di famiglie con minori, l'ulteriore 28% riguarda adulti singoli o nuclei familiari di soli adulti ed il 10% residuo riguarda le famiglie di anziani (in netta diminuzione come destinatari di questa tipologia di intervento rispetto al triennio precedente).

### **Casa e dintorni**

E' importante considerare la Casa nella sua **complessità** che coinvolge sia aspetti strutturali che di design, ma rappresenta anche un aspetto fondamentale nella vita delle persone, soprattutto per i soggetti più deboli quali bambini ed anziani. Il senso di sicurezza e benessere va associato a evidenze sociali e psicologiche che implicano di valutare le abitazioni nel proprio contesto poiché non sono mai isolate ma inserite in una comunità più estesa fatta di un'ampia **rete di rapporti sociali**. Condizioni di reddito e **costi dell'abitare** hanno implicazioni importanti nella vita delle persone con **effetti sulla salute e benessere** soprattutto delle categorie **più deboli**.

L'indagine Casa & Salute svolta dall'**Organizzazione Mondiale della Sanità**, nel Novembre 2002 ha visto il **Comune di Forlì** uno studio che si è svolto in altre 7 città europee. In questa indagine si sono messi in relazione i dati delle abitazioni, informazioni socio-economiche e stato di salute e benessere dei suoi occupanti. Dalle rilevazioni è emerso che in 7 nuclei su 10, le spese abitative costituiscono meno del 46% del reddito disponibile e nell' 8,5% dei casi il nucleo spende più del 70% del reddito disponibile in spese abitative.

**Le politiche abitative** del Territorio sono rappresentate dal patrimonio di **edilizia residenziale pubblica** che dispone di **2618 alloggi** e dall'**Agenzia Affitti** che offre soluzioni abitative temporanee a costi calmierati a famiglie in grave disagio. La **Società per l'Affitto** acquisisce alloggi in locazione sul mercato privato al fine di assegnare alloggi a soggetti aventi determinati requisiti.

La risposta al fabbisogno abitativo espresso dal territorio forlivese deve tenere in considerazione la diversità non solo dei differenti ambiti territoriali in cui il Comprensorio si articola e si caratterizza, ad esempio il diverso livello di sviluppo economico; la differente presenza di insediamenti produttivi industriali o artigianali; il diverso andamento demografico della popolazione; ecc., ma anche delle diverse esigenze abitative tra i nuclei residenti.

Se da un lato infatti appare chiara l'impossibilità di garantire a tutte le famiglie titolari di alloggi assunti in locazione sul mercato privato l'accesso alla "casa popolare" (Edilizia Residenziale Pubblica), dall'altro appare necessario **aumentare la disponibilità di**

**soluzioni abitative alternative** sia potenziando il numero di alloggi in locazione a termine o permanente a canone calmierato, sia facilitando l'acquisto della prima casa in proprietà.

*Si è ampliata, con il contributo del fondo dell'Autosufficienza, l'offerta di **alloggi con servizi** per persone parzialmente non autosufficienti, di norma annessi o nelle vicinanze di case protette ed offerti in locazione a canoni agevolati*

### **Donne: pari o dispari?**

Rispetto alla **parità tra i generi** si può affermare che le donne forlivesi hanno raggiunto traguardi molto importanti grazie ad una continua attenzione alla cultura del genere che ha introdotto importanti iniziative di cambiamento nell'organizzazione dei servizi. Tuttavia l'assetto odierno della società richiede ulteriori investimenti a favore dell'integrazione di varie politiche che vanno da quelle economiche, della mobilità fino a quelle sulla formazione.

Il Centro Donna di Forlì è per l'intero Territorio un punto di riferimento per le politiche di conciliazione che opera anche come centro di ascolto per problemi di violenza e maltrattamento.

In particolare si sottolinea oggi l'esigenza di migliorare l'**integrazione delle politiche di genere** con le **politiche complessive** dei diversi soggetti del territorio che operano in ambito **economico, urbano, della mobilità, della cultura e della formazione**.

Nel 2007 il Centro Donna ha accolto 462 donne , con un totale di 1348 colloqui. L'utenza proveniente dal Comune di Forlì ha rappresentato il 79,91%, mentre quella dei Comuni limitrofi il 14,68%. Il 24% delle utenti è nubile, il 47% coniugata, il 13% separata ed il 9% divorziata. Le occupate rappresentano il 46,58%, le donne in cerca di occupazione il 31,74%, le precarie il 5,83%. Le utenti diplomate rappresentano il 43% e l'età media è di 41,6 anni.

All'interno del Centro Donna del territorio di Forlì, in stretto rapporto con l'attività di sportello informativo, opera il Centro di ascolto sulla violenza ed il maltrattamento.

L'intervento, che nasce dalla crescente richiesta di aiuto per situazioni di violenza che il Centro si è trovato a fronteggiare, ha comportato modificazioni rispetto all'organizzazione del Centro Donna nel suo complesso che ha portato anche all'apertura, nel 1998, di una casa rifugio per donne maltrattate.

Le politiche di conciliazione tra lavoro e vita personale affermatesi negli ultimi anni hanno promosso una concezione innovativa degli interventi non più mirati alle sole lavoratrici madri ma ad entrambi i genitori, nell'ambito di una politica globale dei tempi e degli orari.

**La legge sui congedi parentali** (L. 53/2000) costituisce il punto di approdo (e allo stesso tempo di avvio) di questo nuovo modo di affrontare il tema. Introduce infatti importanti norme sull'incentivazione dei permessi parentali da parte di entrambi i genitori, dei permessi per assistenza a familiari in difficoltà sia per gli uomini che per le donne, ed inoltre stanziando contributi alle aziende che applichino accordi contrattuali favorevoli all'assunzione di tali responsabilità familiari quali, ad es., il part-time reversibile, il telelavoro, orari flessibili in entrata ed uscita, banca delle ore. Le politiche per la conciliazione chiamano in campo inoltre altri due piani di intervento: quello dell'organizzazione dei tempi e degli spazi della città, tema che ha portato alla redazione, in numerosi comuni del nostro territorio, di piani regolatori degli orari, e quello della condivisione del lavoro di cura tra i membri della famiglia.

# **Relazioni di prossimità e coesione sociale**

## **Bambini e ragazzi tra dotazioni e incoerenze...**

La realtà della popolazione minorile rappresenta gli esiti dei processi educativi e dei sistemi culturali di una società; evidenzia gli effetti prodotti dalle tendenze comportali, dagli universi immaginari e in generale dal cambiamento culturale che guidano la funzione e le prassi educative quotidiane degli adulti e che trovano in esse sintesi tra norme e valori condivisi da una parte e condizioni materiali di vita dall'altra; non è possibile dire quanto pesi il sistema formativo piuttosto che l'organizzazione del mondo del lavoro o il funzionamento delle Istituzioni pubbliche nel benessere dei ragazzi, certo però ri-conoscere i meccanismi di funzionamento di queste agenzie e soprattutto come i genitori li assumono, si confrontano con essi e tra loro e quale coerenza trovano nel tessuto sociale può aiutare a individuare i punti deboli sui quali si innestano nuove vulnerabilità e disagi.

Nell'ultimo rapporto di LEGAMBIENTE si afferma che Una città a misura delle bambine e dei bambini non esiste, ma se ci fosse, si potrebbe immaginarla nella Regione Emilia Romagna, dove i tanti servizi, tradizionalmente di qualità, si completano con alcuni strumenti che favoriscono la partecipazione dei bambini allo sviluppo del territorio.

**Forlì si trova al 5° posto** tra le città con miglior predisposizione ad una politica culturale per i bambini, solo dopo Ravenna e Modena tra le città emiliano-romagnole.

Per descrivere la qualità delle relazioni interpersonali si può tener conto della:

- struttura familiare
- relazione genitori-figli
- disponibilità e la gentilezza dei coetanei

### **Le nuove tecnologie e i ragazzi**

Riflettendo sui processi di socializzazione sembra che i compagni della crescita di bambini e adolescenti siano principalmente gli strumenti tecnologici usati in tempi e modi autonomi e invadenti: il 43,6% dei bambini e il 56,4% degli adolescenti guardano la televisione quotidianamente, da una a tre ore al giorno; il 48,2% dei bambini e l'85% degli adolescenti dichiarano di navigare in Rete. Per quanto riguarda l'utilizzo del cellulare emerge che la maggioranza dei bambini (54,8%) e degli adolescenti (98%) possiede un proprio telefonino.

Bambini e adolescenti sono i protagonisti assoluti dell'accelerazione tecnologica che sta investendo la nostra società, sempre in prima linea nella scoperta e nella fruizione delle nuove tecnologie, tanto che si parla di "generazione tecnologica".

Per quanto concerne gli adolescenti italiani fra i 13 e i 17 anni, è emerso che il 95,5% dei giovani usa internet con una lieve propensione in più per le femmine. I motivi principali per visitare questi programmi sono per il 38% stare in contatto con gli amici, 9,7% conoscere nuove persone, 7,4% passare il tempo, 1,5% avere storie filtrate, 0,7% fare ricerche per studio.

Ma se nel campo della televisione e della carta stampata sono stati fatti negli ultimi vent'anni importanti passi avanti per quanto riguarda la loro regolamentazione, lasciando dubbi sulla possibilità reale hanno gli adulti di proteggere bambini e ragazzi che stanno ancora costruendo il senso di sé e dell'altro, della capacità critica e dell'intimità di fronte a strutture mediatiche onnipresenti che sfruttano l'anonimato, l'infinita possibilità di invenzione, la rappresentazione di sé, la quantità e la velocità dei contatti.

Anche l'attività ludica sta assumendo sempre più connotati virtuali e meno corporei: si stima che nel mondo il numero dei videogiocatori superi i 140 milioni di utenti, per lo più della fascia di età giovanile, e che la tendenza sia in crescita.

L'età media dei fruitori sembra essersi abbassata considerevolmente e, già nella fascia di età 3-5 anni, è riscontrabile un popolo di utenti caratterizzato per genere: i maschi sarebbero in maggioranza.

Nel nostro Paese, i videogiocatori sono circa 24 milioni, il 43% della popolazione dai 4 anni di età. Si tratta soprattutto di maschi (61%) con un'età compresa tra i 18 e i 44 anni che giocano nel 70% dei casi almeno una volta alla settimana ai videogames. Alcune ricerche hanno dimostrato come l'uso intensivo dei videogames, se non diventa ossessivo, favorisce lo sviluppo di capacità di concentrazione e coordinamento pari a quelle degli atleti pronti ad una prestazione sportiva.

I giovani non sono solo affascinati da nuovi miti, ma da nuovi modelli rappresentati da personaggi caricaturali delle famiglie moderne. Questi modelli, molto diversi tra loro, non lasciano intravedere motivazione univoche o priorità condivise.

### ***Le relazioni affettive negli adolescenti***

Per quanto concerne il tema della **sessualità** gli adolescenti si mostrano poco sognatori. A fronte del 49,1% che vede la sessualità come l'espressione di una relazione affettiva significativa, il 14,8% lo considera un'esigenza naturale e l'11,3% un'attrazione fra due persone. In generale, il 32,7% dei giovani ha un approccio pragmatico al sesso. Sono le ragazze, più dei ragazzi, ad essere ancorate alla visione affettiva del sesso: il 63,2% contro il 22,6% dei maschi.

Intorno ai 15 anni, a volte anche prima, gli adolescenti iniziano ad avere rapporti sessuali più o meno occasionali. In questo panorama generale i ragazzi/e sono in una situazione di grande **vulnerabilità contraccettiva** che si ricava dall'uso della contraccezione di emergenza. Un ulteriore elemento di vulnerabilità è la scarsa conoscenza delle strutture pubbliche: il 54% non sa se vicino casa può trovare un consultorio, il 77% non sa come arrivarci.

### ***Mamma e papà: a volte insieme a volte no...***

La famiglia e il matrimonio rimangono il modello prevalente della società italiana ma a farsi spazio sono progressivamente forme familiari diverse. La convivenza ha, nelle giovani generazioni, un richiamo significativo ed è immaginata come un 'periodo di prova' prima del matrimonio, mentre solo un gruppo minoritario di genitori (15%) la considera la forma di unione migliore per i propri figli; come dire : i genitori non approvano ma si adeguano.

Tra coloro che si sono sposati tra il 1999 e il 2003, il 34,1 per cento aveva una convivenza alle spalle.

L'andamento dei matrimoni del Comprensorio, compresi quelli celebrati con rito civile, hanno un andamento decrescente rispetto al 2005, ma in ripresa rispetto al 2006.

In Italia aumentata in modo rilevante è la percentuale di bambini nati al di fuori del matrimonio: nel 2007 sono stati il 18,6 per cento, contro il 12,3 per cento di 5 anni fa ma il confronto con alcuni paesi della comunità europea (Svezia 60% Inghilterra 40%) ci pone ancora in condizione di relativa continuità con le nostre tradizioni storiche.

Nei dati demografici del 2007 quindi troviamo più convivenze, meno matrimoni e ad età più avanzate, più bambini nati fuori dal matrimonio ma un numero molto inferiore di "figli naturali" nelle famiglie con figli.

I fattori in gioco sono tanti e questi cambiamenti negli stili di vita trovano diverse ipotesi: incrociando i dati dell'Istat con quelli sulle convivenze si può affermare che la convivenza è una scelta che dura qualche anno e l'arrivo di un figlio induce spesso le coppie a sposarsi. Insomma, in Italia la convivenza sembra ancora uno scivolamento verso una soluzione di fatto, anche di comodo perché è innegabile che nella convivenza si entra e si esce con più facilità; in parte influiscono problemi economici o ideologici o vera indifferenza verso il matrimonio. Il matrimonio per molti resta un traguardo, ma ci si arriva sempre più tardi e spesso è proprio la nascita di un figlio ad accelerare i tempi. Cambia il modo e soprattutto i tempi di far famiglia ma la stragrande maggioranza

segue ancora il percorso tradizionale. E' presente **un clima culturale** che non riconosce un valore di ordine e stabilità all'Istituzione civile del matrimonio.

In **Italia** il numero di **separazioni è aumentato** in 10 anni del 57,3% e i divorzi del 74% ma negli ultimi 5 anni l'incremento è molto rallentato per i divorzi. Questo andamento sembra un segno inequivocabile che dalla prevalente concezione della **separazione** come rimedio ad un fallimento si è passati alla possibilità di un **nuovo progetto di vita affettiva**. Infatti se nel 1995 su 10 separazioni non c'erano divorzi nei 10 anni successivi, nel 2005 il 47,5% dei divorzi avviene dopo i 3 anni dalla separazione, il 16,3% dopo 4 anni confermando il cambiamento di stili di vita dalla separazione come soluzione definitiva o comunque di lunga durata a prospettive di ricostruzioni familiari più concrete.

L'Italia resta comunque il paese europeo con la minor incidenza di divorzi, e il fenomeno nell'UE è in ancora crescita: tra il 2000 e il 2005 l'UE ha registrato l'incremento del'11% come sintesi di aumenti fortemente differenziati.

**La situazione Comprensoriale mostra un andamento relativamente stabile per le separazioni** (300 ricorsi x separazione/a. pari a 4,6 x 10 matrimoni) e ancora in leggera espansione per i divorzi; significativa la presenza di iter giudiziari.

**Il 70,5% delle separazioni e il 60,7% dei divorzi coinvolge coppie con figli.** Per quanto concerne la separazione, nel dettaglio, il 52% delle coppie ha almeno un figlio minore. Sono in calo gli affidamenti esclusivi sia a madri che padri a causa dell'aumento dell'affidamento congiunto. Gli affidi esclusivi alla madre, sono l'80,7% nelle separazioni e l'82,7% nei divorzi ma in caso di minori aumenta la percentuale di bambini affidati alle madri.

Il **52,8%** delle separazioni coinvolge **un figlio minore**, spesso addirittura un bambino in età prescolare, se poi si considerano le separazioni con figli dagli 0 agli 11 anni, scopriamo che proprio questa è la fascia più criticamente coinvolta: il 60% delle separazioni si lascia 'alle spalle' un bambino appartenente a quella fascia d'età. 3,4% è la percentuale di minori affidati al padre, una percentuale certamente esigua, soprattutto se confrontata al' 80,7% degli affidamenti alla madre.

Le **cattive separazioni** possono portare a delle conseguenze anche a volte gravi sui figli. Ad esempio la sindrome d'alienazione genitoriale è una delle più gravi patologie da separazione, un disturbo psicologico che può insorgere nei figli, tipicamente a seguito del loro coinvolgimento in separazioni conflittuali non appropriatamente mediate e non sufficientemente contenute nella gestione dei figli.

L'arma migliore, come per qualunque patologia, risiede però nella prevenzione: nella definizione di nuove regole del gioco e quindi nella prevalenza di una **cultura della condivisione della genitorialità** ancora però fortemente ostacolata dal contesto.

**La situazione di particolare fragilità dei nuclei monogenitoriali** si rileva anche dal dato ISTAT 2006 che a fronte del 14,7% di famiglie & figli con difficoltà di bilancio mensile, corrispondono il 19,6% dei nuclei monogenitoriali (1:5) e mentre il 25,4% della prima tipologia accusa difficoltà ad affrontare spese impreviste e progettare a medio termine, tra i nuclei monogenitoriali questa percentuale sale al 34,1% (1:3)

Anche dal punto di vista della cura dei figli la condizione di monogenitorialità espone a solitudine, invadenza dell'accondiscendenza educativa o al contrario estrema severità/irritabilità, in generale stress ed estrema difficoltà di conciliazione rispetto a cui il Welfare locale ma ancor più una diffusa sensibilità sociale possono essere determinanti. Nel 2007 nel Comprensorio sono 12.787 le coppie con almeno un figlio minore, mentre sono 2.364 i nuclei monogenitoriali con almeno un figlio minore.

**Le famiglie dei migranti**, non esenti da conflitti coniugali, ma prima di tutto con esigenze di conciliazione ancora più difficili per la mancanza di reti attribuiscono ai nonni, anche se presenti in misura molto esigua, una posizione straordinaria come fonte di stabilità, sicurezza ed equilibrio ma soprattutto perché sono disponibili a offrire consigli e sostegno nell'educazione, secondo la tradizione del Paese d'origine, come persone che

portano dunque i valori della terra nativa e soprattutto il mantenimento della lingua d'origine che rappresenta un fattore importante per i processi d'integrazione e al tempo stesso d'identità.

### ***In famiglia per necessità o vocazione?***

Il fenomeno della lunga permanenza nella famiglia d'origine è osservabile in tutti i Paesi occidentali avanzati ma particolarmente rilevante in Italia dove mantiene una certa stabilità tra gli anni 2001-2006: nel 2006 la percentuale di giovani celibi/nubili con età compresa tra 18-34 anni che vivono insieme ad almeno un genitore è del 60%. Si tratta soprattutto di giovani occupati (46,7%) studenti (31,7%) e giovani in cerca di occupazione (18,5%). In **Emilia-Romagna il 57% vive in famiglia e di questi il 65% è occupato.**

Rispetto al 2005 **cala il peso degli occupati** tra i giovani che vivono in famiglia e aumenta quello relativo a chi è in cerca di occupazione. L'aumento del dato relativo alla permanenza in famiglia dei giovani in cerca di occupazione riguarda nella stessa misura maschi e femmine e le giovani donne solo molto tardi scelgono l'indipendenza dalla famiglia d'origine.

Nel **territorio comprensoriale**, nel 2007, i giovani 18-34 che **vivono soli** sono **12,4%** della popolazione maschile della stessa fascia d'età e l' **8,4%** della popolazione femminile della stessa fascia d'età. Il 79,3% dei maschi single, è costituita da celibi, le femmine sono 75,9%.

### ***... oltre il lavoro d'ufficio...***

Il concetto di **conciliazione di tempi di vita e di lavoro** non è esclusivamente connesso a quello di *welfare*, ma una serie di politiche differenti e integrate ed i servizi sociali, socio-sanitari ed educativi, costituiscono una componente che può incidere molto sulla possibilità di conciliare i tempi di vita e di lavoro.

L'andamento sui tassi di attività della popolazione femminile e dei tassi di occupazione femminile evidenziano che sono soprattutto le fasce d'età centrali quelle che mostrano i maggiori differenziali tra il dato nazionale, quello regionale e quello provinciale, collocando la Provincia di FC in fase intermedia. In particolare la Provincia di FC è stata contraddistinta tra il 2004-2006 da una dinamica positiva sia del tasso di attività che dell'occupazione femminile e questo fa emergere una richiesta più consistente di sostegno alla conciliazione.

Alcuni elementi fondamentali che possono **favorire la conciliazione** dei tempi di vita e di lavoro rafforzando la terza componente del welfare locale sono:

- il ruolo delle imprese nello sviluppo della cultura di interesse reciproco nelle strategie di conciliazione (es: diminuzione assenteismo)
- la necessità di agire su altre aree di politiche locali per avere effetti sulla conciliazione (orari e tempi della città, urbanistica, mobilità, sicurezza, etc.)
- l'importanza centrale del welfare socio- sanitario ed educativo.

Ulteriori fattori influenti, oltre a quelli già elencati, sono:

- livello di istruzione, tipologia di occupazione e fascia di reddito per le differenti possibilità/opportunità di utilizzo di misure di sostegno a pagamento
- la disponibilità di una rete parentale/amicale di sostegno

Il problema della conciliazione tra tempi di vita e di lavoro non riguarda esclusivamente la cura dei

figli, l'assistenza a disabili e anziani ma è fattore influente nella complessiva gestione della quotidianità personale e familiare; la presenza di una buona organizzazione dei servizi pubblici, delle strutture "server" del territorio, del sistema economico garantisce un adeguato rapporto tra vita professionale, affettiva e sociale e restituisce quindi una



percezione di maggiore equilibrio e sicurezza emotiva ad ogni cittadino. Alcuni esempi registrati di flessibilità dei servizi:

- la conciliazione consegna dei farmaci a domicilio
- Telesoccorso a domicilio
- certificati e documenti on line
- Centri per le Famiglie, Centri donna, Asili Nido e Scuole per l' Infanzia, Centri Estivi Pubblici
- Centri diurni per disabili, Centri per anziani

Sul versante femminile alcune Indagini confermano che carriera e maternità non vanno d'accordo: infatti dirigenti uomini con almeno due figli sono il 42% mentre le donne nelle stesse condizioni sono il 21%; 18% di donne sono single contro l'8% degli uomini. Si registra tuttavia una positiva sinergia di donne che tengono insieme con appagamento più funzioni, e uomini che hanno modificato il loro ruolo, che sanno rendersi complementari, che sono più attenti a distribuire carichi interni e impegni esterni. E' un aspetto "laboratoriale" della vita familiare moderna che va ricondotto al più ampio fenomeno che attraversa tutta la cultura familiare nel nostro paese.

Si è cominciato a parlare del diritto fondamentale del bambino e della bambina di essere cresciuti/e ed educati/e da entrambi i genitori per arrivare a considerare con più forza l'impegno per **il sostegno ai neo padri e alle neo madri.**

I dati nazionali sull'**uso del tempo**, mettono in luce rispetto al'88/89 un **incremento del tempo dedicato al lavoro familiare da parte degli uomini** soprattutto nella classe d'età 45/64 anni (20%), specularmente diminuisce il tempo delle donne destinato alla stessa cosa. Queste due opposte tendenze sebbene di diversa intensità hanno contribuito a ridurre le differenze di genere nei carichi di lavoro familiare.

Le **differenze rimangono tuttavia notevoli** e le donne sembrano aver fatto fronte alle difficoltà di conciliare il lavoro e la famiglia, ma anche alle esigenze imposte da nuovi stili di vita, perseguendo una duplice strategia: da un lato, la compressione del tempo complessivamente dedicato al lavoro familiare, dall'altro una sua redistribuzione interna. Le donne scelgono di dedicare più tempo ai figli, anche se sono meno numerosi, mentre riducono l'impegno nei servizi domestici. Solo per donne di status professionale elevato (dirigenti, libere professioniste, imprenditrici) il lavoro familiare aumenta, ma anche in questo caso è la cura dei figli a originare questo incremento.

### **La generazione dei nonni**

E' possibile registrare negli ultimi anni anche un cambiamento di tendenza che vede protagonisti gli anziani non solo più come beneficiari di assistenza ma come risorsa per la comunità.

Il rapporto con l'invecchiamento è un processo altamente soggettivo, individualizzato, come per molti altri ambiti di vita delle persone, dove conta la capacità del singolo di adattarsi al mutamento e, anche, di sapere rilanciare, investendo sulle nuove condizioni. D'altro canto, il delicato passaggio dall'età adulta, quasi sempre centrata su un notevole carico di responsabilità tra lavoro e famiglie, all'età anziana richiede l'attivazione di strategie individuali di riposizionamento; l'analisi delle opinioni sulle priorità che dovrebbero guidare questo passaggio evidenziano differenze importanti, ancora una volta ascrivibili alla diversa dotazione di capitale culturale dei soggetti.

I "giovani anziani" intensificano le loro relazioni, partecipano al volontariato e forniscono supporto alle famiglie. Vi sono poi alcune attività particolarmente diffuse che tendono a caratterizzarsi come più congeniali alle condizioni materiali ed alle aspettative degli anziani e, tra queste, vanno citate soprattutto quelle relative al volontariato.

E', infatti, il 25,6% degli anziani a svolgere un'attività di volontariato, ed in questa quota di persone si colloca un "nucleo duro" di veri e propri volontari a tempo pieno che dedicano a tali attività circa 7 ore al giorno, come se fosse la loro nuova professione. Con



questa scelta di impiegare il proprio tempo in attività utili gli anziani danno un contributo decisivo alla coesione della società e contemporaneamente affrontano la loro stessa grande paura, la solitudine.

Anche l'esperienza delle Banche del tempo comincia ad affermarsi in tutta Italia: sono almeno 200, in maggioranza al Nord, e i correntisti, coloro che mettono a disposizione ore della loro vita sono 20mila. Donne per il 66%, occupate e con un titolo di studio medio-alto.

Per quanto concerne la **realtà locale forlivese**, l'esperienza risale agli anni '90 e ed esprime uno dei corollari fondativi dei Centri Famiglie e le persone che sono entrate nel circuito hanno avuto un trend positivo: attualmente i soci sono 47 di cui il 62% pensionati. Il numero di **ore scambiate** dal 2001 al 2007 sono state sempre in aumento **da 193 a 2958**; i saperi messi in gioco sono i più vari e riguardano esigenze nella gestione della casa e dei bambini, attività ricreative e compagnia, tecniche artistiche, approfondimenti culturali, offerta di collaborazione a servizi del territorio.

### ***Far bene agli altri fa bene a sé stessi...***

Gli aspetti fondativi delle organizzazioni di volontariato sono incentrati nel promuovere la cultura dell'**agire gratuito** e nel **favorire la crescita del capitale umano**. La specificità di tali organizzazioni consiste nella capacità di fornire **beni relazionali**, beni che possono essere goduti solo all'interno di una *relazione* in cui l'identità dell'altro conta in quanto dal rapporto tra persone può derivare la felicità. Questa è la dinamica delle organizzazioni di volontariato che nel momento in cui riescono a preservare la propria identità ed affermare la propria mission sono in grado di fornire un contributo decisivo al benessere della comunità in cui operano.

Il volontariato rappresenta espressione del **valore della relazione** e della **condivisione con l'altro** dove il singolo non viene considerato come individuo isolato ma come appartenente ad un contesto di rete nel quale cresce e si definisce la propria identità e dove quindi il tema del rispetto, che va dalla cura del sé alla relazione con l'altro, può essere un grande strumento di pratica ed educazione all'interno di relazioni virtuose volte a favorire la crescita di una cultura della responsabilità della socialità. Come si dice molto efficacemente nel rapporto Caritas di Forlì-Cesena "Occorre avere la consapevolezza che se un tempo la solidarietà nasceva spontaneamente all'interno delle famiglie, del vicinato, dei luoghi di lavoro, oggi essa va costruita e progettata consapevolmente.

Il mondo del volontariato e dell'Associazione trova nella realtà locale una consolidata e significativa espressione attraverso numeri forti ma anche esperienze qualificate e incisive; così come nel contesto nazionale gli ambiti di interesse sono molto vasti e riproducono quelle tendenze già evidenziate.

Le associazioni in provincia sono complessivamente 802 di cui **383 nel Comprensorio forlivese**: esse sono diffuse principalmente a Forlì (66%), Bertinoro (10,7), Castrocaro (8,3%), Civitella (4,7%). Le più rappresentate sono le Associazioni sportive con il 36,3%, seguono quelle culturali con il 18,5%, di promozione culturale il 22%, socio assistenziali il 16,4%. Rispetto al Comprensorio cesenate la zona forlivese presenta meno Associazioni ricreative e socio-assistenziali.

**Nel territorio forlivese** sono ben rappresentate anche le **cooperative sociali** che assieme alle associazioni formano un quadro di socialità ben distribuito di cui va tenuto conto nel sistema di welfare locale.

Nonostante il notevole incremento del numero di unità, restano alcune caratteristiche salienti dell'universo delle organizzazioni di volontariato.

In particolare si osserva:

- la prevalenza relativa di piccole dimensioni organizzative, sia in termini di volontari attivi che di risorse economiche disponibili

•la **diminuzione delle monosettoriali** a favore di impegno in più attività

•a maggiore presenza di **uomini** tra i volontari (**54,4% contro 45,6% di donne**). **Le donne volontarie hanno un'età più avanzata e sono più istruite**; per entrambi i sessi, cresce il numero di pensionati

•a **concentrazione relativa** di unità nei settori della **sanità e dell'assistenza sociale**, anche se cresce nel tempo il numero delle associazioni che operano in settori meno "tradizionali"( settori della ricreazione e cultura, protezione civile e protezione dell'ambiente)

•a **crescita del numero di organizzazioni** che hanno **utenti diretti**

•un **contenuto ricorso ai dipendenti** ma il raddoppio delle Associazioni con almeno un dipendente

•i **servizi più diffusi** ( intorno al 20% delle organizzazioni) sono quelli relativi all'ascolto, sostegno e assistenza morale e alla donazione di sangue; seguono servizi ricreativi, inserimento sociale, corsi tematici, spettacoli di intrattenimento, campagne di informazione, assistenza domiciliare, trasporto per anziani e disabili, protezione civile, soccorso malati.

In Provincia le fondazioni sono 27, di cui **15 nel territorio comprensoriale forlivese**: 12 a Forlì di cui 8 relative alle politiche sociali, 3 relative alla cultura e 1 relativa alla formazione professionale; 2 a Bertinoro che si occupano rispettivamente di scuola e cultura, 1 a Castrocaro che si occupa di politiche sociali.

Le fondazioni Emiliano Romagnole occupano il 48,9% di personale dipendente, 28,6% di volontari, 15,5% collaboratori, 3,8% distaccati da altri enti 2,7% religiosi, 0,4% servizio civile.

I servizi più diffusi offerti dalle fondazioni italiane sono quelli relativi all'erogazione di premi e borse di studio (15,0%) e, in valori progressivamente più bassi, alla realizzazione di convegni e conferenze, all'istruzione prescolastica, all'assistenza in residenze protette, al finanziamento di progetti socio-assistenziali, alla realizzazione di corsi tematici, al finanziamento di progetti educativi, alla realizzazione di spettacoli, al finanziamento di progetti artistico-culturali, alla gestione di biblioteche e centri di documentazione, all'organizzazione di mostre, all'erogazione di contributi a persone in difficoltà economica (7,4%) e il finanziamento di progetti medico-sanitari (7,2%).

### ***Home Sweet Home....***

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea che **la casa** è un concetto ampio che implica un approccio interdisciplinare. Non esiste un concetto univoco di abitazione ideale: per molti significa un rifugio dal mondo esterno, **parte del nostro senso di identità** sia come singoli che come famiglia. E' lo spazio dove essere pienamente noi stessi e se fattori esterni, quali ad es. il rumore, il freddo, la mancanza di sicurezza, interferiscono con questo sentimento, viene meno il senso di sicurezza, intimità e **controllo sulla propria vita**.

Un ampio numero di studi ha fornito evidenza al fatto che la coesione sociale di una comunità ed il suo senso di fiducia ed efficacia collettiva, dipendono sia dalla qualità del vicinato che dalla presenza di spazi pubblici e servizi progettati per migliorare la vita sociale di una comunità. In poche parole se si raggiunge facilmente il proprio vicino, potendo mantenere la propria privacy, la nostra vita si arricchisce in benessere.

Il concetto di abitazione implica l'analisi di quattro dimensioni che sono:

- l'ambiente circostante
- il vicinato
- le abitazioni
- i nuclei familiari

La presenza e la **corretta distribuzione delle varie tipologie di spazi comuni** sono indispensabili alla salute dei cittadini perché favoriscono l'esercizio fisico, il capitale sociale, il contatto con la natura e l'irraggiamento solare diretto.

Sono importanti le grandi piazze e le piazzette, i giardinetti di caseggiato e i grandi parchi e ogni altro spazio di utilizzo comunitario. Ognuno è adatto ad una esigenza diversa e per fasce di popolazione diverse: passeggiare, prendere il sole o respirare bene, giocare, fare sport, osservare la natura, incontrare persone, o rilassarsi.

Le relazioni sociali possono essere facilitate promuovendo una **ragionevole densità abitativa** e sviluppando lungo adatti percorsi pedonali e ciclabili, i nodi di aggregazione, come i negozi di vicinato, i servizi essenziali, le piattaforme di **scambio tra pedonalità e trasporti pubblici**. Importanti nodi di aggregazione sono anche le piazze, i giardini, i centri sportivi e ricreativi, ecc. soprattutto se attrezzati con luoghi di sosta, chioschi, aree ombreggiate o riparate dalle intemperie. L'accoglienza delle parti di **uso comune degli edifici**, come gli androni e le scale, promuovono la sosta e le relazioni sociali.

Negozi, marciapiedi, piazze, giardini, scale ed androni sono fondamentali anche per lo sviluppo della attività motoria di tutta la popolazione. Come già riportato, gli studi del World Health Organization mostrano che l'attività motoria dei cittadini è inversamente correlata con la **distanza tra abitazione e verde pubblico**.

Gli spazi aperti pubblici giocano un ruolo essenziale per la vita e la qualità dell'ambiente fisico.

Gli spazi verdi urbani possiedono molte funzioni nell'equilibrio dell'ambiente naturale che riguardano il ciclo dell'acqua, l'assorbimento dell'inquinamento, la vita della fauna ed il suo sostentamento, il clima, il flusso del vento.

#### **.... verso una società multietnica...**

Possiamo dire che si sono ormai concluse le fasi della prima immigrazione senza traumi eccessivi per la comunità, soprattutto grazie alla capacità che gli immigrati stessi hanno dimostrato nell'accettare il modello di sviluppo italiano. Modello costituito da lavoro flessibile, lavoro autonomo e sommerso, che li ha resi indispensabili alle famiglie nei servizi di cura alla persona, creatori di piccole imprese capaci di spostarsi sul territorio per seguire le esigenze del mercato, risparmiatori per acquistare una casa propria. Ora si deve pensare ad una seconda fase quella caratterizzata da una presenza che si ferma nel nostro territorio e di fare proprio il modello sociale che gli proponiamo. In questa seconda fase occorrono delle politiche che favoriscano l'iter di stabilizzazione, teso ad accogliere coloro che hanno deciso di vivere in Italia.

Sono inoltre confortanti i dati relativi alla capacità di impresa degli stranieri che concorre a modificare gli stereotipi dell'immigrato confinato in una marginalità economica dalla quale è difficile uscire.

Un ulteriore elemento positivo del nostro Paese è rappresentato dal peso dei lavori di cura svolti dagli immigrati e 500-700 mila stranieri sono occupati in **attività di collaborazione familiare**, un lavoro fondamentale, che ha **contribuito a sostenere il sistema sanitario e sociale di regioni ad alto tasso di invecchiamento** e che ha favorito un buon rapporto tra stranieri e famiglie.

Per i giovani la **frequenza scolastica** è una realtà sempre più naturale in tutte le fasi della vita. Infatti, dalla partecipazione alla scuola materna fino al passaggio alle scuole secondarie superiori gli indici hanno raggiunto valori prossimi al 100%.

Le **difficoltà di inserimento** dei giovani stranieri in realtà non sono poche perché, come la letteratura sociologica ci chiarisce, la generazione dei figli degli immigrati è considerata la generazione del sacrificio, quella che paga in termini psicologici e sociali le difficoltà dei genitori. Schematicamente potremo riassumere questi ostacoli in:

- 1) il trauma migratorio che può influire negativamente sulle capacità di apprendimento

2) le difficoltà linguistiche e la necessità di contribuire all'economia familiare che spesso rendono più arduo l'inserimento ed il raggiungimento di buoni risultati in ambito scolastico;

3) le contraddizioni che possono nascere fra l'ambito culturale di riferimento familiare e quello della società di accoglienza, con possibili crisi di identità e di valori. Il minore figlio di immigrati infatti, anche se nato sul suolo italiano, è considerato portatore della cittadinanza del paese di provenienza dei propri genitori ma si misura quotidianamente, attraverso il rapporto con i coetanei a scuola, con comportamenti, valori di riferimento e limiti/opportunità diversi.

### **Sicurezza e oltre...**

Le politiche per la sicurezza prevedono strategie complesse che agiscono anche in via preventiva per garantire permanentemente il miglioramento delle condizioni di convivenza civile e di sicurezza dei cittadini. Si cerca di favorire la collaborazione nella lotta alla criminalità, impostando l'azione delle Amministrazioni su politiche integrate di governo della sicurezza con particolare riferimento alla coesione sociale e alla diffusione della legalità.

Nel 2007 dai dati del Ministero dell'Interno, Ufficio per il Coordinamento e la Pianificazione delle Forze di Polizia, emerge che nella Regione Emilia-Romagna la delittuosità ha subito **una flessione di oltre il 7%**, confermando un andamento positivo già emerso a partire dal 1998. Alcune manifestazioni in particolare hanno subito un decremento: le rapine ( - 6,37%) ed i furti (- 4,4%). Nello specifico, per quanto concerne i furti e gli scippi hanno subito una flessione dell'8% ed i furti in appartamento del 4,55%.

Dall'analisi regionale anni 1984-2006, emerge come la Provincia di Forlì-Cesena, nella maggior parte delle fattispecie analizzate, si attesti al di sotto sia della media nazionale sia di quella regionale, salvo in alcuni casi precisi e circoscritti quali, ad esempio, i furti nei negozi, le rapine in banche ed ufficio postali.

Sempre a livello provinciale si registrano inoltre alcuni trend molto positivi, quali, ad esempio; il notevole **calo dei borseggi e gli scippi, i furti di autoveicoli**. In virtù dei dati appena citati, il dato totale delle rapine nella provincia di Forlì-Cesena (30,7 su 100.000 abitanti) è pari a quasi la metà del dato regionale (57,8) e pari a quasi un terzo del dato medio nazionale (85,6). In fine per quanto concerne i furti in appartamento la provincia è in linea con i dati italiani ma ben al disotto della media regionale.

La sicurezza andrebbe quindi interpretata come percezione nei suoi principali aspetti, quali la **sicurezza urbana**, intesa anche come cura dei luoghi e della buona prassi amministrativa, e la **sicurezza sociale** intesa come cura delle relazioni.

La **Casa Circondariale di Forlì** ospita 4 sezioni: una femminile, unica sul territorio romagnolo, che conta **in media** 25 detenute, una maschile di circa 90 unità, la sezione a custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti (disponibili a seguire un percorso di recupero) e alcooldipendenti, ed una sezione per semiliberi e detenuti imputati o con condanne non superiori a 5 anni.

Secondo i dati del Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria, **al 31/12/2007** presso l'**Istituto di pena forlivese** erano presenti 178 detenuti, di cui 20 donne e 158 uomini.

Si assiste oggi ad un sovraffollamento costante (la media è di circa 190 presenze), e del pari continua ad essere molto alto il numero degli ingressi (dall'inizio dell'anno ai primi di marzo 2008 sono entrati 141 detenuti, di cui 33 donne; nello stesso periodo dell'anno precedente gli ingressi erano stati 104); alto è anche il *turn over* dei detenuti (il numero degli usciti è pari a 2/3 di quelli entrati). Tale situazione impone un'attenzione particolare alle procedure di ingresso per **attenuare l'impatto dei nuovi giunti** ed agevolare l'acquisizione delle informazioni necessarie ad orientarsi in carcere fin dai primi giorni.

Recependo le nuove indicazioni del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, è stato recentemente istituito un **servizio di accoglienza**, che consente una presa in carico globale del detenuto nuovo giunto, tenendo conto non solo dell'aspetto psicologico, ma anche delle differenze culturali e dei bisogni primari, per indirizzare la persona allo staff dell'Istituto o agli altri servizi presenti all'interno. In particolare, nel 2007 sono stati incontrati 248 detenuti (di cui 158 italiani, 90 stranieri).

### ***L'impegno civico e le istituzioni***

**Le Circoscrizioni**, approvate con delibera del Consiglio Comunale di Forlì nel 2003, rappresentano organi di partecipazione, consultazione e gestione dei servizi di base, nonché di esercizio delle funzioni ad esse delegate, provvedono in autonomia alla formazione delle decisioni ed all'espletamento delle funzioni di competenza, contribuendo alla formazione delle scelte politiche e amministrative della città. Gli organi circoscrizionali sono i seguenti: il Consiglio ed il Presidente del Consiglio.

Le funzioni del **Consiglio di circoscrizione** sono:

- deliberative per ciò che concerne le materie proprie, delegate e quelle relative alla gestione dei servizi;
- deliberative relativamente ad indirizzi, programmi, obiettivi ed i servizi di base eventualmente assegnati;
- di sviluppo dei rapporti di collaborazione con le associazioni, i gruppi di volontariato e le altre attività di carattere culturale, ricreativo e sportivo, oltre che quelle di volontariato a scopo umanitario e sociale;
- di partecipazione, attraverso l'organizzazione di incontri ed assemblee con i cittadini e/o gli utenti dei servizi al fine di conoscerne i bisogni ed i problemi, ed altresì mediante la consultazione dei cittadini e/o utenti stessi su progetti, piani dell'Amministrazione Comunale, o su proposte della Circoscrizione da avanzare all'Amministrazione stessa;
- conoscitive e di iniziativa, consultive e propositive nei riguardi dell'Amministrazione Comunale;
- decisionali sull'uso dei locali delegati alla Circoscrizione e sui beni mobili in essa contenuti.

Il Consiglio di Circoscrizione gestisce i **servizi di base**, coinvolgendo nella fase attuativa, i comitati di quartiere, i comitati di utenti, gli operatori, i cittadini e le associazioni.

Alle Circoscrizioni spetta istituire i Comitati di Quartiere che è un organismo a base territoriale espressione dei cittadini che risiedono in quel territorio o che vi svolgono la loro attività lavorativa a carattere continuativo o che, comunque, sono impegnati nell'ambito di Associazioni, di organizzazioni di volontariato e di realtà sociali operanti nel Quartiere.

Il **Comitato di Quartiere** svolge, inoltre, diverse funzioni:

- esamina i problemi di carattere sociale, amministrativo, culturale, sportivo, igienico-sanitario del proprio territorio e ne indica le soluzioni in armonia con le esigenze locali;
- organizza incontri e assemblee su progetti e piani dell'Amministrazione Comunale o su proposte della Circoscrizione da proporre all'Amministrazione Comunale;
- svolge in proprio attività di promozione sociale, culturale e civile;
- funge da collegamento fra i cittadini, la Circoscrizione e la Pubblica Amministrazione;
- costituisce gruppi di lavoro, per approfondire particolari problematiche, le cui soluzioni sono sottoposte



al Comitato di Quartiere;

- esercita le funzioni eventualmente sub-delegate dalla Circoscrizione e gestisce il budget se da questa assegnato, fornendo infine il rendiconto.

Lo stato attuale delle circoscrizioni e quartieri a Forlì evidenzia la suddivisione in **quartieri e frazioni** "storicamente" riconosciuti, complessivamente sono **61** ed i **Comitati di Quartiere** istituiti sono **43**.



Per quanto riguarda la partecipazione attiva dei cittadini, anche nei comuni più piccoli del Comprensorio troviamo alcuni interessanti esempi come quello del Comune di Meldola che "al fine di promuovere una più attiva e consapevole partecipazione dei cittadini alla vita politica, culturale e sociale della città, ripartisce il proprio territorio in frazioni" attraverso l'adozione del Regolamento per il funzionamento dei Consigli di Frazione.

Similmente anche il Comune di Santa Sofia ha nominato la Consulta di due frazioni ed il Comune di Bertinoro ha istituito il Consiglio di Zona, che suddivide il territorio in cinque zone.